

## تأمین مالی خدمات درمانی به مصدومین ترافیکی در ایران: چالش‌ها و راهکار

سمیه نوری حکمت<sup>۱</sup>، رضا دهنویه<sup>۲</sup>، محمد جعفری سیریزی<sup>۳</sup>، طاهره شریفی<sup>۴</sup>

## چکیده

**مقدمه:** حوادث ترافیکی، اولین علت مرگ در ایران است و بنا به همین ضرورت در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، قوانینی در ماده‌های ۹۲ و ۳۷ برای ارائه خدمات فوری و رایگان به مصدومین حوادث ترافیکی لحاظ شده است. پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی و ارائه راهکار جهت رفع این چالش‌ها انجام شده است.

**روش‌ها:** در این مطالعه کاربردی، از روش کیفی پدیدارشناسی استفاده شده است. کلیه مصاحبه‌ها در سال ۱۳۹۲ و به صورت نیمه ساختار یافته با ۳۶ نفر از مدیران وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌های تخصصی تروما و بیمه‌های پایه صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای، هدفمند و گلوله برفی بود. تحلیل داده‌های کیفی به روش تحلیل چارچوبی داده‌ها و با استفاده از نرم افزار Atlas.ti 5.2 انجام گرفت.

**نتایج:** در نتیجه تحلیل داده‌های کیفی، ۳ مفهوم اصلی، ۱۴ کد و ۴ زیرکد استخراج گردید. مفاهیم اصلی چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی مربوط به حوزه‌های تجمیع مالی، انباشت و توزیع منابع مالی و خرید خدمت بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** ایجاد فرآیندی جهت تسهیل وصول مناسب‌تر منابع ماده ۹۲ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدوین بسته خدمات برای مصدومین موضوع ماده ۹۲ و اعمال نظارت قوی جهت افزایش کیفیت خدمات از جمله راهکارهای به دست آمده از این مطالعه می‌باشند که امید است با به کارگیری آن‌ها، پایداری در تأمین مالی و کیفیت در ارائه خدمات به مصدومین حوادث ترافیکی حاصل گردد.

**واژگان کلیدی:** تأمین مالی، مصدومین حوادث ترافیکی، خدمات درمانی

## مقدمه

تصادفات را در جهان دارد (۵). به طوری که سالانه بیش از ۲۴ هزار نفر در کشور جان خود را در اثر تصادف از دست می‌دهند و بیش از ۷۰۰ هزار بیمار تصادفی به صورت سرپایی و بستری در بیمارستان-های دولتی پذیرش می‌شوند (۶). از آنجایی که در اغلب موارد، تصادفات رانندگی ناشی از خطاهای انسانی و بی‌احتیاطی رانندگان است، در بسیاری از موارد نقش افراد در ایجاد

در میان علل از دست رفتن سال‌های مفید عمر، صدمات ناشی از حوادث ترافیکی، رتبه نهم در جهان و رتبه اول در ایران را به خود اختصاص داده است (۳-۱)، به طوری که در ایران آمار کشته شدگان در حوادث ترافیکی، ۲ برابر و آمار مصدومین در آن ۵ برابر میانگین جهانی است (۴). طبق آخرین بررسی‌ها، ایران رتبه سوم مرگ و میر ناشی از

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- دانشجوی دکترای تخصصی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: salinasharifi@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: طاهره شریفی

آدرس: کرمان، بزرگراه هفت باغ علوی، پردیسه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی تلفن و فاکس: ۰۳۴۳۱۲۱۵۷۹۳

صدمات، تعیین کننده استحقاق آن‌ها برای دریافت و یا عدم دریافت پوشش هزینه‌های درمان می‌باشد (۷). در کشورهای مختلف دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به تأمین مالی هزینه‌های درمان مصدومان حوادث ترافیکی وجود دارد. در برخی از موارد این هزینه‌ها از محل بیمه فرد مقصر و در برخی موارد از محل بیمه فرد غیر مقصر پرداخت می‌شود و در برخی از کشورها نیز کلیه هزینه‌ها، بدون توجه به مقصر بودن یا نبودن فرد سانحه دیده، از محل بیمه‌های عمومی پرداخت می‌گردد (۸).

در برخی از کشورها نیز سیستم تأمین مالی مجزایی جهت هزینه‌های درمانی مصدومین تصادفات ترافیکی در نظر گرفته می‌شود. به عنوان مثال در کلمبیا صندوق ویژه‌ای برای حمایت از مصدومین ترافیکی وجود دارد که مکمل بسته بیمه‌های پایه این کشور می‌باشد (۹). در کشورهایی چون تایلند و هنگ کنگ نیز صندوق جداگانه‌ای برای بازپرداخت هزینه‌های خدمات درمانی مصدومین تصادفات ایجاد شده است که بخشی از آن از حق بیمه خودرو و بخشی از آن توسط بودجه دولتی تأمین مالی می‌گردد (۱۰، ۱۱).

در کشور ما نیز در سال ۱۳۸۴، اهمیت پذیرش به موقع و بدون پیش شرط بیماران اورژانسی تصادفی و ارائه خدمات درمانی بدون فوت وقت، قانون گذار را برآن داشت تا با تصویب ماده ۹۲ در قانون برنامه چهارم توسعه و ادامه آن در ماده ۳۷ برنامه پنجم توسعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف نماید که اقدامات لازم را برای درمان فوری مصدومین سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین منابع مورد نیاز جهت

ارائه خدمات تشخیصی و درمانی رایگان به مصدومین فوق، مقرر گردید معادل ۱۰٪ از حق بیمه شخص ثالث، کلیه رانندگان از شرکت‌های بیمه تجاری اخذ و به طور مستقیم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت گردد. هدف از تصویب این قانون، ارائه خدمات لازم به مصدومین ترافیکی در کوتاه‌ترین زمان ممکن بدون توجه به توان مالی آنان بود تا با قطع ارتباط مالی بیمار با بیمارستان، وزارت بهداشت کلیه هزینه‌های درمان را پرداخت نماید (۱۲).

وزارت بهداشت از ابتدای اجرای این قانون، با صدور بخشنامه به مراکز ارائه خدمت، درمان رایگان بیماران تصادفی را در دستور کار قرار داد. اما با وجود ایجاد چنین ظرفیت قانونی، شیوه نامه اجرایی دقیقی برای این قانون تعریف نشد، به طوری که بسته خدمات قانون ماده ۹۲، ارائه دهندگان مجاز به ارائه رایگان این خدمات و رویه‌های بازپرداخت هزینه درمان به ارائه دهندگان، به صورت واضح مشخص نشده و منجر به سردرگمی بیماران در روند دریافت خدمات و نیز برخورد‌های سلیقه‌ای در بازپرداخت هزینه‌ها به مراکز ارائه خدمات شده است.

مرور مبانی نظری پژوهش حاکی از خلاء جدی مطالعاتی در زمینه نحوه اجرای قانون ماده ۹۲ و چالش‌های آن است. پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی و ارائه راهکار جهت رفع این چالش‌ها انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کاربردی است که با رویکرد کیفی به روش پدیدار شناسی

(Phenomenology) انجام گرفته است. از آنجایی که تحلیل سیاست‌های سلامت یک فرآیند مستمر است، مطالعه کیفی که به شناسایی، توصیف و تشریح تجارب و دیدگاه‌های افراد و گروه‌های ذینفع می‌پردازد، رویکرد مناسبی برای این گونه پژوهش‌ها می‌باشد (۱۳).

نمونه‌گیری برای تعیین مصاحبه‌شوندگان به صورت هدفمند، سهمیه‌ای و همچنین روش گلوله برفی (Snowball) انجام گرفت؛ در نمونه‌گیری هدفمند سعی بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد است (۱۴)، لذا سعی شد افراد مطلع از شرایط اجرای قانون ماده ۹۲ در بخش‌های مختلف شناسایی شوند. همچنین برای ایجاد موازنه بین داده‌های مصاحبه و جلوگیری از پرداختن بیش از حد بر یک یا چند جنبه موضوع مورد بررسی، مصاحبه‌شوندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و از میان نقش‌آفرینان اصلی فرآیند تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی انتخاب شدند (۱۵). نمونه‌گیری تا آنجایی ادامه پیدا کرد که داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، تکراری و اشباع گردیدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای بود که با استفاده از مبانی نظری موضوع و محتوای ۳ مصاحبه پایلوت، تدوین گردید و روایی آن به تأیید صاحب‌نظران رسید. این راهنمای مصاحبه حاوی سؤالاتی در خصوص نحوه شناسایی مصدوم ترافیکی، محتوای بسته خدمات ماده ۹۲ و کمبودهای آن، فرآیند اجرای هر یک از کارکردهای تأمین مالی (تجمع، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمت) برای خدمات موضوع ماده ۹۲، چالش‌های موجود در این فرآیندها و علت آن و در نهایت راهکارهای پیشنهادی، بود.

کلیه مصاحبه‌ها در سال ۱۳۹۲ انجام شد. برای انجام مصاحبه‌ها، از افراد وقت قبلی گرفته می‌شد و پیش از مصاحبه، توضیحاتی در مورد تیم پژوهشگر، هدف از انجام این پژوهش، بی‌نام و محرمانه بودن محتوای مصاحبه‌ها به مصاحبه‌شوندگان ارائه می‌شد. مصاحبه‌ها ترجیحاً در دفتر کار افراد انجام می‌گرفت تا افراد احساس راحتی بیشتری داشته باشند. کلیه مصاحبه‌ها با اطلاع و کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان ضبط می‌شدند و سپس در نرم افزار Word پیاده می‌شدند. پژوهشگر همچنین به طور مداوم یادداشت‌های در عرصه (Field Note) تهیه می‌نمود. مدت جلسات مصاحبه به طور متوسط ۶۰ دقیقه بود. در مورد صاحب‌نظرانی که وقت و یا تمایل به انجام مصاحبه حضوری نداشتند، مصاحبه از طریق تلفن به عنوان روشی مورد قبول (۱۶) مورد استفاده قرار گرفت.

جهت تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها از روش تحلیل چارچوبی (Framework Analysis) مشتمل بر ۵ مرحله آشناسازی (Identifying)، شناخت چارچوب مفهومی (Identifying a Thematic Framework)، کدگذاری (Indexing)، ترسیم جداول (Charting) و نگاشت نقشه و تفسیر (Mapping and Interpretation) استفاده گردید که روشی مناسب برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات حوزه سیاست‌گذاری می‌باشد (۱۷، ۱۸).

طی مرحله آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، فرمی حاوی اطلاعات مربوطه افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شده و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر

از انجام هر مصاحبه، متن مصاحبه را پیاده سازی می کرد و پیش از انجام مصاحبه بعدی کدگذاری می نمود. از سوی دیگر یادداشت‌ها (Notes) و یادآورنویسی‌ها (Memos) که جزء مهمی از گام‌های پژوهش بودند به تفصیل نوشته شدند. برای تأمین روایی (Validity) و پایایی (Reliability) مطالعه از روش ارزیابی لینکولن و گوبا استفاده گردید (۲۱).

معیارهای انتخاب مصاحبه شونده‌گان در این مطالعه عبارت بودند از: ۱- داشتن تحصیلات مرتبط (فارغ التحصیلان رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد بهداشت و سایر رشته‌های علوم پزشکی مرتبط) ۲- داشتن طرح پژوهشی یا مقاله منتشر شده مرتبط ۳- مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و یا سیاست‌گذاری‌ها و یا اجرای سیاست‌های مرتبط با تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی ۴- تخصص، خبرگی و اشتغال در زمینه سیاست مورد بررسی. داشتن حداقل یکی از معیارهای نامبرده برای انتخاب مصاحبه شونده‌گان الزامی بود.

در این مطالعه، در مجموع ۳۶ مصاحبه از گروه‌های مختلف نقش آفرینان سیاست ماده ۹۲ صورت گرفت. به منظور رعایت اصل ناشناس ماندن مصاحبه شونده‌گان و تفکیک آن‌ها از یکدیگر، به ترتیبی که در جدول ۱ نمایش داده شده است، به هر کدام از مصاحبه شونده‌گان یک کد اختصاص داده شد.

کدام از مصاحبه‌ها در مرحله آشنایی مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله، به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها یک یا دو کد اختصاص داده شد و سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شدند. در هر جا که لازم بود برای درک بهتر گفته‌های افراد، به اصل مصاحبه نیز رجوع و مطالب لازم به آن اضافه شد.

دو نفر از نویسندگان هر کدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی، از این مصاحبه‌ها استخراج نمودند. در جلسات مشترک، کدها نهایی شده و موارد اختلاف نظر، با مذاکره مرتفع می شدند. در تمامی مراحل بالا از نرم افزار 5.2 Atlas.ti استفاده گردید. این نرم افزار برای تحلیل داده‌های کیفی به کار می‌رود و امکان کددهی به متون مصاحبه‌های کیفی و تجمیع کدها را فراهم می‌آورد (۲۰، ۱۹).

چارچوب مفهومی در فرآیند انجام تحلیل بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت. به این معنی که اگرچه چارچوب اولیه شامل ۳ مفهوم بود و تقریباً بدون تغییر باقی ماند، اما زیر گروه‌های هر کدام از این اجزای مفهومی، طی این فرآیند، بارها تغییرات اساسی پیدا کردند.

از آنجایی که در این مطالعه گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان صورت می‌گرفت، پژوهشگر پس

جدول ۱: مشخصات مصاحبه شوندگان مطالعه چالش‌های اجرای قانون ارائه خدمات درمانی رایگان به مصدومین

مشخصات مصاحبه شوندگان	تعداد	جایگاه شغلی مصاحبه شوندگان
مسئولین وزارت بهداشت (م و)	۴	مسئولین و کارشناسان دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت
مسئولین دانشگاه علوم پزشکی (م د)	۱	معاونت توسعه دانشگاه
	۷	معاونت درمان دانشگاه، مسئولین و کارشناسان واحد اقتصاد درمان، مسئولین و کارشناسان واحد تجهیزات پزشکی
مسئولین ادارات بیمه پایه و تجاری (م)	۱۰	مسئولین و کارشناسان استانی و کشوری بیمه سلامت ایران(استان تهران، فارس، یزد، کرمان، سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان، خراسان جنوبی)
	۱	مسئولین استانی بیمه تأمین اجتماعی (استان کرمان)
	۱	مدیران و کارشناسان بیمه های تجاری
ارائه دهندگان خدمات درمانی (الف)	۴	مسئولین بیمارستان ترومای کرمان، کارشناسان ماده ۹۲ در بیمارستان های تروما
	۴	رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی استان کرمان، متخصصین طب اورژانس
	۱	نمایندگی فروش تجهیزات پزشکی طرف قرارداد با بیمارستان های تروما
پژوهشگران (ب)	۳	پژوهشگران حوزه های اقتصاد، مدیریت و سیاست گذاری سلامت
<b>کل</b>	<b>۳۶</b>	

\* جهت تعیین تعلق مصاحبه شونده به هر یک از گروه های فوق، در کنار هر نقل قول، مخفف عنوان طبقه مصاحبه شونده مربوطه ذکر شده است (به عنوان مثال ۲۵ الف، یعنی مصاحبه شونده ۲۵ از گروه ارائه دهندگان خدمات).

## نتایج

خرید خدمت، استخراج گردیدند. در جدول ۲ مفاهیم و کدهای مرتبط با چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی ارائه شده‌اند.

پس از تحلیل داده‌های کیفی، چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی در ۳ حوزه تجمیع مالی، انباشت و توزیع منابع مالی و

جدول ۲: مفاهیم و کدهای مرتبط با چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی

مفاهیم	کدها
چالش‌های تجمیع مالی	- عدم همکاری بیمه‌های تجاری در پرداخت به موقع سهم وزارت بهداشت - بی‌عدالتی در تجمیع منابع مالی - فرآیند پیچیده تجمیع منابع مالی
چالش‌های انباشت و توزیع منابع مالی	- فقدان اختیارات قانونی برای فعالیت اقتصادی یا منابع طرح - ناپایداری منابع مالی - عدم توزیع عادلانه منابع مالی - فرآیند پیچیده و زمان‌بر تخصیص و توزیع منابع مالی - چالش و تنش بر سر اعمال کسورات
چالش‌های خرید خدمت	- عدم شفافیت معیارهای شناسایی مصدوم - فقدان پوشش جامع بسته خدمتی ماده ۹۲ - نقص در پوشش خدمات/ عدم پوشش کامل جمعیتی / عدم پوشش خدمات با کیفیت / عدم پوشش زمانی - بسته خدمات درمان نگر - کمبود تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات تروما - چالش‌های عمومی خرید خدمت

## ۱- مفهوم اول: چالش‌های تجمیع مالی:

طی فرآیند تجمیع منابع مالی، بیمه‌های تجاری ۱۰٪ از حق بیمه شخص ثالث و مازاد را به طور مستقیم به خزانه دولت حساب وزارت بهداشت مربوط به ماده ۹۲، واریز نموده و بیمه مرکزی بر این روند اعمال نظارت می‌نماید، بنابراین متولی فرآیند تجمیع، بیمه مرکزی می‌باشد. در جریان این فرآیند، سازمان‌های درگیر، با چالش‌هایی مواجه هستند که در ذیل به آن‌ها اشاره شده است:

## ۱-۱- عدم همکاری بیمه‌های تجاری در پرداخت

به موقع سهم وزارت بهداشت:

برخی از مصاحبه‌شوندگان اشاره نمودند که بیمه‌های تجاری در پرداخت سهم خود، با وزارت بهداشت همکاری کافی نداشته و اغلب این پرداخت‌ها با تأخیر زیاد صورت می‌گیرد. اعمال کسورات سلیقه‌ای از سوی بیمه‌های تجاری، معضل دیگری است که یکی از پاسخگویان به آن اشاره نمود:

«طی مکاتباتی که با بیمه مرکزی برای پیگیری مطالباتمون داشتیم، بیمه تجاری اغلب اعلام می‌کند که دریافتی‌های ما کمتر از پرداخت غرامتتون بوده و متضرر شدیم، به همین خاطر سهم ده درصدمون رو واریز نمی‌کنیم. چون در این قضیه بیمه مرکزی و تجاری ذینفع نیست، زیاد همکاری نمی‌کنن» (۳۰ الف).

## ۱-۲- بی‌عدالتی در تجمیع منابع مالی:

بنا به اعتقاد گروهی از کارشناسان، فرآیند تجمیع مالی در قانون ماده ۹۲ از سه منظر ناعادلانه می‌باشد. اول این که رانندگان کم‌خطر و پرخطر در تأمین مالی درمان مصدومین مشارکت یکسانی دارند، دوم آن که مسئولیت درمان مردم بر عهده دولت‌ها است و نه خود آن‌ها و سوم این که، نقش رفتار عابرین پیاده در

تصادف نادیده گرفته می‌شود و ریسک تأمین مالی درمان مصدومین تنها بر دوش صاحبان خودرو می‌باشد. از سوی دیگر قانون هیچ محدودیتی برای رانندگان پرخطر در نظر نگرفته است و این افراد هر تعداد تصادف منجر به جرح را که متراکم شوند، باز هم می‌توانند از مزایای این قانون بهره‌مند گردند، لذا از این بابت، قانون هیچ گونه تفاوتی بین رانندگان پرخطر و ایمن قائل نشده است.

## ۱-۳- فرآیند پیچیده تجمیع منابع مالی:

بر اساس گفته‌های صاحب‌نظران، فرآیند تعریف شده در قوانین برای تجمیع منابع مالی، پیچیده می‌باشد. حق بیمه‌های شخص ثالث از شهرهای مختلف کشور جمع‌آوری شده و در سطح ملی تجمیع می‌گردد، سپس طی فرآیند طولانی منابع مالی در سطح استان و سپس در سطح شهرها و در میان مراکز تروما توزیع می‌گردد. این چرخه از دیدگاه صاحب‌نظران دارای یک دور تسلسل می‌باشد و می‌توان این فرآیند را کوتاه نمود.

## ۲- مفهوم دوم: چالش‌های انباشت و توزیع منابع مالی

۲-۱- فقدان اختیارات قانونی برای فعالیت اقتصادی: معمولاً یکی از ابزارهای صندوق‌های بیمه برای افزایش منابع صندوق، انجام سرمایه‌گذاری‌های قانونی است ولی وزارت بهداشت قدرت قانونی سرمایه‌گذاری بر منابع مالی خود جهت خلق منابع جدید را ندارد. به اعتقاد کارشناسان شرکت‌کننده در مطالعه، در صورتی که در قانون ماده ۹۲، فرآیند منطقی جهت انباشت و مدیریت منابع مالی تجمیع یافته تعریف گردد، وزارت بهداشت و دولت می‌توانند منابع مالی کسب شده از طریق این قانون را سرمایه‌گذاری نموده، ارزش افزوده ایجاد نماید و

سود حاصله را جهت بازپرداخت هزینه درمان مصدومین حوادث ترافیکی صرف کند.

## ۲-۲- ناپایداری منابع مالی:

از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان، بر روی منابع مالی تجمیع یافته، انباشت و مدیریت مناسبی صورت نمی‌گیرد. زیرا منابع به صورت مشخص در یک جا جمع و ذخیره نمی‌شود. به گفته صاحب‌نظران، در شرایط حاضر که پرداخت منابع مالی به وزارت بهداشت، از هزینه کرد این وزارت عقب‌تر است، طبیعی است که به علت ناپایداری منابع مالی، امکان انباشت و مدیریت بر روی آن فراهم نگردد. مصاحبه شونده‌ای در این رابطه بیان نمود:

«نظام پرداخت در این قانون، گذشته نگره و ابتدا هزینه می‌کند سپس منابع مالیش رو تأمین می‌کند. در مورد مصدومین تصادفات هم همین‌طور» (پ ۱۶).

## ۲-۳- عدم توزیع عادلانه منابع مالی میان مراکز ارائه دهنده خدمات:

پول واریز شده توسط وزارت بهداشت به حساب دانشگاه، به تناسب هزینه کرد بیمارستان‌ها در بین آن‌ها توزیع نمی‌شود. بنا به اظهارات کارشناسان، معاونت درمان دانشگاه‌ها، آمار مطالبات کلیه بیمارستان‌ها را به وزارت بهداشت ارسال می‌کنند. اما این وزارتخانه، اعتبارات هر دوره را به یک بیمارستان خاص تخصیص می‌دهد (بدون توجه به سهم هر بیمارستان از هزینه‌های ماده ۹۲ در آن دوره). در صورت توزیع منابع بین بیمارستان‌ها به تناسب هزینه کرد آن‌ها، این فرآیند عادلانه‌تر به نظر می‌رسد.

## ۲-۴- فرآیند پیچیده و زمان‌بر تخصیص و توزیع منابع مالی:

در فرآیند تخصیص و توزیع، بیمه تجاری طبق نظارت بیمه مرکزی منابع مالی تجمیع یافته را به

حساب وزارت بهداشت در خزانه دولت واریز می‌نماید، بیمارستان‌ها آمار خود را به معاونت درمان هر استان ارائه داده و در سایت وزارت بهداشت ثبت می‌شود، سپس منابع مالی براساس میزان هزینه کرد هر استان، به حساب همان استان واریز و توسط معاونت توسعه استان بین مراکز درمانی توزیع می‌گردد.

به اعتقاد برخی از مصاحبه شونده‌گان، این فرآیند به علت درگیر کردن معاونت درمان و بیمه مرکزی، پیچیده شده است. در فرآیند موجود، معاونت درمان برای اعمال نظارت، بخشی برای رسیدگی به اسناد پزشکی مصدومین راه اندازی نموده که علاوه بر زمان‌بر بودن، به دغدغه‌های معاونت درمان افزوده است. از سوی دیگر به علت مشکلات مالی ناشی از تأخیر در بازپرداخت به بیمارستان، فرآیند جدیدی برای تهیه خدمات تشخیصی و تجهیزات پزشکی ایجاد شده است که ضمن پیچیده بودن، بیمار و همراه وی را سردرگم نموده است. یکی از صاحب‌نظران در این خصوص بیان داشت:

«معاونت درمان پول ندارد که با بیمارستان تسویه کند ... بنابراین بیمارستان مجبوره لیست تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیمار را به همراه بیمار بده تا بخره و می‌گه فاکتور بیمار تا من بعداً که دانشگاه پول داد بهت بدم. حالا اگر بیمار پول نداشته باشه، درمانش طولانی میشه و یا باید صبر کنه تا بیمارستان بتونه پول تهیه کنه تا لوازم پزشکی رو بخره که در هر دو صورت نتیجه‌اش تأخیر در تأمین به موقع لوازم پزشکی مورد نیاز بیمار..... بیمارستان دوست نداره که با بیمار ارتباط مالی داشته باشه اما با فرآیند موجود این ارتباط برقراره» (م ۶).

از دیگر عواقب پیچیدگی فرآیندهای موجود، عدم تمایل مراکز درمانی خصوصی به پذیرش بیماران

ماده ۹۲ می‌باشد. تأخیر وزارت بهداشت و زیر مجموعه‌های آن در بازپرداخت هزینه‌ها، یکی دیگر از چالش‌ها در فرآیند خرید خدمت بوده و نتیجه این تأخیر، تحمیل فشار مالی به بیمارستان‌ها و ایجاد مشکلات مالی زیاد برای آن‌ها می‌باشد.

۲-۵- چالش و تنش بر سر اعمال کسورات:

از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان، در بررسی مالی پرونده های مصدومین، به علت ثبت غیر واقعی هزینه‌ها و یا نقص و غیرقابل قبول بودن مدارک، بر صورت حساب‌های بیمارستانی، کسورات اعمال می‌شود که علاوه بر ایجاد وقفه در بازپرداخت‌ها، مراکز درمانی را متضرر می‌نماید. این کسورات در دو سطح استانی (معاونت درمان هر دانشگاه) و کشوری (وزارت بهداشت) اعمال می‌گردد، به این ترتیب که معاونت درمان هر دانشگاه در واحد اقتصاد درمان خود اسناد را اعمال کسورات نموده، علاوه بر آن بعد از ثبت اسناد در سایت وزارت بهداشت نیز توسط کارشناسان مجدداً بررسی و کسورات اعمال می‌شود.

۳- مفهوم سوم: چالش‌های مرتبط با خرید خدمت

۳-۱- عدم شفافیت معیارهای شناسایی مصدوم:

به گفته مصاحبه شونده‌گان، مصدومین مراجعه کننده به اورژانس، بر اساس علت مصدومیت به مصدومین حوادث شغلی، خانگی و ترافیکی تقسیم بندی می‌شوند. در این میان مصدومین ترافیکی به علت روند متفاوت پرداخت هزینه‌ها، باید از سایر مصدومین تفکیک گردند. با وجود این که تعیین معیارهایی برای تشخیص مصدوم ترافیکی از سایر مصدومان ضروری است، اما این معیارهای شناسایی باید معقول و در تمام شرایط قابل استفاده باشند. چالشی که در این زمینه توسط مصاحبه شونده‌گان مطرح شد، محدودیت معیارهای تشخیص بیمار

تصادفی، دشواری یا عدم امکان تدارک مدارک تعیین شده برای بسیاری از موارد مصدومیت و فقدان معیارهای کارآمد مانند گزارش پزشکی قانونی بود؛ به طوری که در صورت عدم امکان تأمین هریک از موارد فوق، معیار جایگزین دیگری توسط وزارت بهداشت تعریف نشده است.

در نتیجه دشواری در شناسایی مصدومین ترافیکی و مستندسازی پرونده این مصدومین، بیمارستان‌ها برای این بیماران نیز از دفترچه‌های بیمه درمانی استفاده می‌کنند که در این صورت علاوه بر متضرر شدن بیمه های درمانی، مصدوم نیز از مزایای ماده ۹۲ محروم شده و مجبور به پرداخت فرائشیز می‌گردد.

۳-۲- فقدان پوشش جامع بسته خدمتی ماده ۹۲:

بسته پایه مصدومین ترافیکی به طور مشخص تعریف نگردیده است و آنچه که در قانون ذکر شده است، «ارائه کلیه خدمات سرپایی و بستری مورد نیاز مصدوم به صورت رایگان» می‌باشد. بنا بر دیدگاه صاحب نظران باز بودن بسته خدمات پایه توجیه علمی نداشته و علاوه بر اتلاف منابع، منجر به اعمال سلیقه‌های شخصی در اجرای قانون می‌گردد.

چالش‌های مربوط به پوشش بسته خدمات از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان عبارت بودند از:

الف) نقص در پوشش خدمات: اگر چه طبق قانون، بسته پایه در نظر گرفته شده برای مصدومین کلیه خدمات را شامل می‌شود، اما عملاً، بسیاری از خدمات تشخیصی و تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات بستری و یا سرپایی به صورت رایگان پوشش داده نمی‌شوند. بنا به اظهارات مشارکت کنندگان، این قانون در مقام اجرا، محدود به خدمات بستری شده و هزینه‌های خدمات پیگیری و گاهی تشخیصی و سرپایی که بیمار بعضاً به دلیل فقدان

امکانات لازم در مرکز پذیرش اولیه، به مرکز دیگری ارجاع داده می شود، را شامل نمی شود. در این شرایط هزینه های این بخش از خدمات با استفاده از دفترچه بیمه یا از جیب بیمار پرداخت می گردد.

ب) عدم پوشش کامل جمعیتی: طبق قوانین موجود، ایرانیان بدون شناسنامه و یا شهروندان غیر ایرانی بدون مجوز اقامت از خدمات رایگان بسته پایه محروم هستند.

ج) عدم پوشش خدمات با کیفیت: بنا به اظهار مصاحبه شوندگان در سال های اخیر، به پیشنهاد وزارت بهداشت، کنسرسیومی متشکل از چند شرکت تولید کننده تجهیزات پزشکی داخلی ایجاد شده است. بیمارستان ها نیز موظف شده اند تجهیزات خود را صرفاً از کنسرسیوم ها تأمین نمایند. این شرکت ها برای برنده شدن در مناقصه، کمترین قیمت را پیشنهاد می دهند و از آنجا که ملاک انتخاب در مناقصه فقط قیمت می باشد، اغلب کیفیت، فدای قیمت می گردد. لذا اکثر بیمارستان ها و پزشکان از کیفیت این محصولات رضایت کافی نداشته و تمایلی به خرید این تجهیزات ندارند. از سوی دیگر، وزارت بهداشت در سایت خود لیستی از شرکت های قانونی را جهت انعقاد قرارداد ثبت نموده است، در حالی که کیفیت تولیدات آن ها را تأیید نمی نماید و بیمارستان ها ملزم هستند از همین لیست استفاده کنند.

د) عدم پوشش زمانی: بر اساس قوانین، خدمات رایگان برای مصدومین فقط به دوره پیگیری ۹۰ یا ۱۲۰ روزه (برحسب نوع و میزان صدمه) محدود می شود و پس از این زمان را (حتی در صورت ادامه مصدومیت مربوط به تصادف) شامل نمی شود. از سوی دیگر در بسیاری از موارد، مراکز

درمانی هزینه دوره پیگیری و مراجعه دوم را متقبل نمی شوند و بیمه ها یا خود بیمار این هزینه را متحمل می شوند. همچنین سیستم اطلاعات الکترونیکی یکپارچه ای در نظام سلامت کشور وجود ندارد تا در صورت مراجعه بیمار به سایر مراکز درمانی، در طول دوره پیگیری، هزینه های درمان مصدومین ترافیکی را پوشش دهد.

۳-۳- بسته خدمات درمان نگر:

به طور کلی نظام سلامت کشور بیش از آنکه سلامت نگر باشد، رویکردی درمان نگر داشته و این دیدگاه در طراحی بسته خدمات مصدومین ترافیکی نیز اعمال شده است.

۳-۴- کمبود تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات تروما:

در اکثر شهرستان ها، تعداد بیمارستان های تروما محدود است و این کمبود، موجب روانه شدن حجم زیادی از مصدومین به مراکز تروما در مراکز استان ها می شود. ضمن این که وزارت بهداشت فعالیت چندانی در سطح بندی مراکز درمانی در خصوص تروما ندارد، بنابراین مشکل کمبود مراکز تروما در سال های آینده نیز پا برجا خواهد بود.

۳-۵- فرآیند طولانی ارائه خدمت به بیماران تصادفی:

زمان بر بودن تهیه مدارک لازم جهت پرونده های مصدومین و روال طولانی تهیه تجهیزات پزشکی مورد نیاز این بیماران، در کنار درخواست خدمات مازاد بر نیاز برای این مصدومین با انگیزه دریافت منابع بیشتر برای بیمارستان، از عواملی هستند که فرآیند درمان این مصدومین را طولانی تر از حد معمول می کند. کارشناسی در این باره بیان کرد که:

«برای تهیه پروتورها و سایر تجهیزات که در داخل بیمارستان موجود نیست، بیماران و همراهان به خارج از بیمارستان راهنمایی و هدایت می شوند و

فرآیندی برای این مشکلات در داخل مؤسسات تعریف نشده است» (م الف ۲۱).

۳-۶- چالش‌های عمومی خرید خدمت:

از دیدگاه صاحب‌نظران، در زمینه خرید خدمت، چالش‌های دیگری نیز وجود دارد که در مورد کل خدمات سلامت مطرح است و مختص خدمات مصدومین حوادث ترافیکی نمی‌باشد. لذا به بیان مختصری در مورد این چالش‌ها بسنده می‌نمایم. این چالش‌ها شامل عدم رعایت حق انتخاب بیمار در فرآیند درمان، پرداخت نامناسب به اعضای تیم درمان (کارانه) و اختلاف غیرمنطقی بخش دولتی و خصوصی می‌باشند. نظام پرداخت کارانه، موجب تقاضای القایی شده و تیم درمان به نتیجه خدمت اهمیتی نمی‌دهد، به طوری که یکی از کارشناسان در این باره می‌گوید:

«سیستم کارانه خوب نیست، بیمار داره دست و پا میزنه پزشک داره گزارش ارائه خدمت مینویسه که به ازاش پول بگیره» (الف ۱۱).

همچنین تفاوت زیاد بین تعرفه بخش خصوصی و دولتی، حق انتخاب را از بیمار سلب نموده، لذا بیمار نه بر اساس کیفیت خدمات، بلکه بر اساس قیمت، خدمات را انتخاب می‌نماید، لذا خدمات ارزان تر را انتخاب کرده و به بخش دولتی هجوم می‌آورد.

## بحث

در این مطالعه سعی شد تا چالش‌های تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی مشخص شده و راهکارهایی جهت رفع این چالش‌ها ارائه گردد.

در نتیجه تحلیل یافته‌های مصاحبه‌ها، سه کد اصلی در رابطه با تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین

حوادث ترافیکی شامل چالش‌های تجمع مالی، انباشت و توزیع منابع مالی و خرید خدمت که از کارکردهای نظام تأمین مالی هستند، استخراج گردید. چالش‌های فرآیند تجمع منابع مالی قانون ماده ۹۲ شامل عدم همکاری بیمه‌های تجاری در پرداخت به موقع سهم با وزارت بهداشت، بی‌عدالتی در تجمع منابع مالی و نهایتاً فرآیند پیچیده تجمع این منابع بودند.

یکی دیگر از چالش‌های تجمع منابع، مشارکت یکسان رانندگان پرخطر و سایر رانندگان، تحمیل کل ریسک به صاحبان خودرو و عدم مشارکت ابران پیاده می‌باشد که موجب بی‌عدالتی در تجمع شده است. این در حالی است که در کشور تایلند برای جلوگیری از انتقال کل ریسک مالی به رانندگان، علاوه بر کسر ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث برای بخش سلامت، بخشی از منابع مالی صندوق مرکزی تصادفات نیز از مالیات‌های عمومی تأمین می‌شود تا ابران پیاده و افرادی که رانندگی نمی‌کنند نیز در تأمین منابع صندوق سهم باشند (۲۲). جهت کاهش بی‌عدالتی در تجمع منابع ضروری است بخشی از منابع مالی ماده ۹۲ از درآمدهای عمومی همچون مالیات عمومی، مالیات بر بنزین و بخشی از جریمه‌های رانندگی تأمین گردد؛ به طوری که کل جامعه در تحمل ریسک ناشی از تصادفات مشارکت داشته باشند.

به نظر می‌رسد یکی از علل تأخیر بیمه‌های تجاری در بازپرداخت سهم وزارت بهداشت، فقدان الزام قانونی برای بازپرداخت به موقع مطالبات وزارت بهداشت و نقش غیرفعال سازمان بیمه مرکزی به عنوان ناظر فرآیند تجمع باشد (۲۴، ۲۳). در این راستا تبیین وظیفه بیمه مرکزی در تجمع منابع ماده ۹۲ و الزام

شرکت‌های بیمه خصوصی در بازپرداخت به موقع این منابع، ضروری است. همچنین از دیدگاه برخی از صاحب‌نظران، در صورتی که بیمه شدگان، سهم وزارت بهداشت از حق بیمه شخص ثالث را مستقیماً به حساب این وزارتخانه واریز نمایند، توان بخش سلامت در جمع‌آوری، انباشت و توزیع این منابع افزایش می‌یابد (۲۴).

انباشت و توزیع منابع مالی دو حوزه دیگر تأمین مالی می‌باشند که چالش‌های آن عبارت بودند از: فقدان اختیارات قانونی برای فعالیت اقتصادی در وزارت بهداشت جهت توسعه منابع مالی صندوق، ناپایداری منابع مالی، عدم توزیع عادلانه این منابع و فرآیند پیچیده و زمان‌بر تخصیص و توزیع منابع مالی.

علاوه بر آنکه واریز تمام حق بیمه به حساب بیمه‌های تجاری، دست وزارت بهداشت را از دریافت به موقع منابع مالی خدمات موضوع ماده ۹۲ کوتاه نموده است، وابستگی وزارت بهداشت به بیمه‌های تجاری برای دریافت این منابع، مانع از انباشت راهبردی منابع و خلق منابع جدید توسط این وزارتخانه می‌گردد.

اعمال کسورات به صورت حساب‌های بیمارستان‌ها و دیگرکرد در بازپرداخت هزینه‌های درمانی به بیمارستان‌ها یک چالش مهم در حوزه توزیع منابع می‌باشند. بخشی از این کسورات ناشی از ضعف عمومی بیمارستان‌های دولتی در مستندسازی پرونده‌های بیماران و عمدتاً ناشی از فقدان بسته خدمات مشخص برای مشمولین ماده ۹۲ می‌باشد. مطالعات اخیر، دلایل مختلفی مانند شلوغی و ازدحام بیماران در مراکز تروما، عدم ترغیب کارکنان بخش درآمد جهت پیگیری نقص پرونده‌ها و عدم ارائه آموزش کافی و ایجاد احساس مسئولیت در دانشجویان و

کارآموزان در بیمارستان‌های آموزشی جهت تکمیل صحیح پرونده بیماران را از عوامل زمینه‌ساز برای کسورات معرفی می‌نمایند (۲۶-۲۴). در این راستا آموزش دستیاران در مستندسازی پرونده‌ها، ثبت کلیه خدمات توسط ارائه‌دهندگان از ابتدای بستری تا هنگام ترخیص، ملزم نمودن پزشکان به رعایت کدهای جراحی و بیهوشی از طریق انتقال بار کسورات به درآمد پزشکان، برخی از مداخلات مؤثر در کاهش کسورات در بیمارستان‌های آموزشی می‌باشند (۳۱ - ۲۷).

آخرین حوزه از چالش‌های تأمین مالی در مطالعه حاضر به خرید راهبری خدمات برای مصدومین موضوع ماده ۹۲ اختصاص داشت. این چالش‌ها شامل عدم تعریف دقیق معیارهای شناسایی مصدوم، عدم شفافیت بسته خدمات ماده ۹۲ و فرآیند طولانی ارائه خدمت به بیماران تصادفی بودند.

هدف از تصویب قانون ماده ۹۲، ارائه پوشش همگانی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی بوده است. در حالی که پوشش هزینه‌ها در دو بُعد پوشش خدمات و پوشش افراد معنی پیدا می‌کند (۳۲)، در محتوای قانون ماده ۹۲ بسیار کلی بیان شده که باید کلیه خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی به صورت رایگان ارائه شوند (۱۲). این کلی‌گویی باعث شده هم بیمارستان‌ها در زمان ارائه خدمات و هم مسئولین وزارت بهداشت در زمان بازپرداخت هزینه‌های خدمات با ابهام مواجه بوده و کسورات سلیقه‌ای در ارائه خدمات و بازپرداخت هزینه‌های آن‌ها صورت گیرد.

کشور تایلند تنها کشوری است که مانند ایران صندوق اختصاصی برای تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی ایجاد نموده است. در این

کشور دو بسته خدمات درمانی پایه و تکمیلی برای مصدومین حوادث ترافیکی طراحی شده است که حتی مصدومین فاقد پوشش بیمه‌ای، نظیر اتباع خارجی، را نیز تحت پوشش خود قرار می‌دهد. همچنین معیارهای شناسایی مصدومین حوادث ترافیکی و مدارک لازم حداقل بوده و فقط شامل صورتحساب و تأییدیه بیمارستان و کارت شناسایی مصدوم، برای دارندگان بیمه شخص ثالث می‌باشد (۳۳).

در کنار موارد ذکر شده، چالش‌های دیگری نظیر نظام پرداخت ناعادلانه به پرسنل تیم درمان، فقدان حق انتخاب برای بیماران و اختلاف غیر منطقی تعرفه های بخش خصوصی و دولتی، در زمینه خرید خدمت برای مصدومین حوادث ترافیکی در مصاحبه ها مطرح گردید. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که این چالش‌ها مختص ارائه خدمت به مصدومین حوادث ترافیکی نبوده و در مورد سایر خدمات درمانی نیز صدق می‌کنند (۳۶-۳۴). در حال حاضر مکانیزم بازپرداخت هزینه‌ها درمان به بیمارستان‌ها، روش پرداخت کارانه است که تأثیر مخربی به لحاظ مالی بر خریداران خدمت دارد. زیرا ارائه کنندگان را تشویق به ارائه خدمات بیشتر و گاه غیرضروری می‌نماید (۳۷-۳۹). به همین دلیل برخی از کشورها برای بازپرداخت هزینه‌های این خدمات روش گروه‌های تشخیصی وابسته (-Diagnosis Related Groups) را در دستور کار خود قرار داده اند (۳۳).

در به کارگیری نتایج این مطالعه باید به محدودیت های آن نیز توجه شود. بسیاری از افراد جایگاه‌های حقوقی خود را بر اساس نظام موجود در کشور پذیرفته‌اند و به خصوص در مورد مدیران و سیاست

گذاران انتظار می‌رفت که پاسخ‌های آن‌ها متأثر و منطبق با موقعیت‌های شغلی آن‌ها باشد. این موضوع به هر حال جزء خصوصیات مطالعه‌های کیفی است و اجتناب ناپذیر می‌باشد (۴۰). همچنین باید اشاره کرد که حساس بودن برخی از مباحث مطالعه باعث شد که مصاحبه شوندگان ضمن محافظه کاری، از پاسخ شفاف به آن‌ها امتناع نمایند.

در پایان شایان ذکر است که در حال حاضر بیمه مرکزی متولی تجمیع منابع مالی و وزارت بهداشت متولی تولید و خرید خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی است و بیمه‌های پایه درمانی هیچ نقشی در تجمیع منابع مالی خدمات موضوع ماده ۹۲ و نظارت بر نحوه ارائه این خدمات ندارند. با این حال، به دلیل پیچیدگی فرآیند اثبات صدمات ناشی از حوادث ترافیکی و یا بازپرداخت دیرهنگام هزینه های خدمات موضوع ماده ۹۲ و تمایل بیمارستان برای غیرتصادفی جلوه دادن مصدومین، در بسیاری از موارد بیماران از دفترچه بیمه خود برای دریافت این خدمات استفاده می‌کنند. موارد فوق باعث شده است تا در خصوص سازمان متولی تأمین مالی خدمات موضوع ماده ۹۲ دو دیدگاه در بین صاحب‌نظران مطرح باشد.

برخی از صاحب‌نظران که اغلب از میان سازمان‌های بیمه‌ای بودند، راهکار رفع چالش‌های موجود را در سپردن تولید تجمیع منابع و خرید خدمت به سازمان های بیمه‌ای می‌دانستند؛ تا از این طریق ضمن جلوگیری از تحمیل بار مالی اضافی بر دوش بیمه های درمانی (علی رغم وجود منابع مالی آن نزد وزارت بهداشت)، ارتباط مالی بیمارستان با مصدومین حوادث ترافیکی قطع شده و این بیماران همانند سایر بیمه شدگان بیمه‌های درمانی بدون ایجاد دغدغه

خاطر برای همراهیان آنان، تحت درمان قرار گیرند. از دیدگاه آنان مشکل ضعف نظارتی موجود در کیفیت خدمات درمانی و ... نیز با وجود نظارت و پیگیری سازمان‌های بیمه‌ای مرتفع خواهد شد.

این در حالی است که برخی دیگر از شرکت کنندگان در مطالعه مخالف دیدگاه فوق بوده و معتقد بودند که علاوه بر خرید خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی، لازم است تجمیع منابع مالی ماده ۹۲ نیز به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سپرده شود. به اعتقاد این گروه از مشارکت کنندگان که اغلب از میان وزارت بهداشت و سازمان‌های تابعه بودند، در صورت واریز مستقیم ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث و مازاد به حساب وزارت بهداشت، مشکل درگیری این وزارتخانه با بیمه‌های تجاری برای بازپرداخت به موقع منابع مالی ماده ۹۲ و در نتیجه تأخیرهای موجود در تزریق منابع مالی به بیمارستان‌ها و چالش‌های مرتبط با آن، مرتفع می‌گردد.

نکته حائز اهمیت آن است که هر دو دیدگاه در میان گروه‌های مختلف صاحب‌نظران شرکت کننده در این مطالعه، طرفداران و مخالفانی داشت. توجیه طرفداران تأمین مالی خدمات موضوع ماده ۹۲ توسط وزارت بهداشت این است که سپردن تأمین مالی خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی به بیمه‌های پایه درمانی همانند روال قبل از تصویب این قانون، منجر به کنکاش بیمه‌ها برای یافتن مقصر حادثه و دریافت خسارت می‌شود. این در حالی است که هدف از تصویب قانون ماده ۹۲ ارائه خدمات به موقع به مصدومین بدون هیچ قید و شرطی می‌باشد. از سوی دیگر توجیه طرفداران دیدگاه دوم که اغلب آن‌ها از میان سازمان‌های بیمه‌ای بودند، این است که به علت

ضعف نظارتی وزارت بهداشت در فرآیند موجود، دشواری تدارک مدارک مربوط به تصادفی بودن بیمار و دیرکرد وزارت بهداشت در بازپرداخت هزینه‌ها به بیمارستان و بیماران است و بیمارستان‌ها تمایل دارند از دفترچه بیمه برای بیماران تصادفی نیز استفاده کنند؛ لذا بیمه‌های درمانی متضرر می‌شوند. بنابراین بهتر است بیمه‌ها با دریافت سهم ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث، کلیه هزینه‌های خدمات درمانی مصدومین حوادث ترافیکی را پرداخت نمایند.

### نتیجه‌گیری

بررسی چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه حاکی از آن است که در حال حاضر تأمین مالی خدمات موضوع ماده ۹۲ طی فرآیند پیچیده‌ای صورت می‌گیرد و به دلیل عدم تعریف نقش نظارتی برای سازمان‌های بیمه‌گر، عملاً این خدمات با نظارت محدود درون سیستم دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه می‌گردند. همچنین اشاره کلی به خدمات موضوع ماده ۹۲ در قانون، اجازه قضاوت به ارائه دهندگان و خریدار خدمت می‌دهد و گاهی بیمارستان‌ها از ارائه برخی از خدمات سرباز زده و یا معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت، بازپرداخت بخشی از هزینه‌های مربوطه را متقبل نمی‌شود.

با توجه به مفاد بسته اول برنامه تحول نظام سلامت در بخش درمان که بر کاهش پرداخت بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی و ارائه کلیه خدمات درمانی مورد نیاز به بیماران با دریافت حداقل فرانشیز، تأکید دارد، به نظر می‌رسد ضرورت اولیه‌ای که برای ارائه خدمات درمانی بدون قید و شرط به مصدومین حوادث وجود داشت، مرتفع گردیده است. در این

است که در گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. در پایان بر خود لازم می‌دانیم از تمامی صاحب نظران محترمی که با وجود مشغله فراوان از صرف وقت خود جهت انجام مصاحبه دریغ نورزیدند، مسئولین و کارشناسان بیمه سلامت ایرانیان، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مسئولین و کارشناسان دفتر برنامه ریزی بودجه وزارت بهداشت کمال تشکر را به عمل آوریم.

راستا ضروری است بسته‌های سیاستی جدیدی برای هماهنگ نمودن خدمات موضوع ماده ۹۲ با برنامه تحول نظام سلامت تدوین و از طریق آن قانون ماده ۹۲، به روز گردد. همچنین قبل از هر اقدامی، تدوین بسته خدمات برای مصدومین موضوع ماده ۹۲ ضروری می‌باشد تا با اعمال نظارت قوی جهت افزایش پایداری در تأمین مالی و کیفیت در ارائه خدمات به مصدومین حوادث ترافیکی حاصل گردد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد بوده

### References

1. Rezazade J, Jabbari S, Kaviani A, Ganji R, Arzamani K, Alavinia SM. Factors contributing to driver's condition after fatal and injury vehicle accidents in North Khorasan province-New Year 2012. *Journal of Safety Promotion and Injury Prevention*. 2013; 1(1): 19-25. Persian.
2. Ghorbani A, Nabavi Fard H, Khoshhal M, Hussein SH. Imposed costs due to traffic accident fatalities (a case study of Sabzevar). *Traffic Management Studies*. 2011; 6(20): 49-58. Persian.
3. Charkazi A, Esmaeili A, Garkaz G, Qoreishi Z, Gerey S, Nazari S. Epidemiologic survey of road traffic accidents in patients admitted in emergency department of Alejalil Hospital in Aq-Qala city, Golestan province. *J Health*. 2012; 3(2): 42-9.
4. Najari F, Asghar Zade B, Sadri A. A study of pre-hospital causes of road accidents in patients admitted at emergency ward of Shohadaye -7tir hospital, Aug 2008 to Sep 2009. *J Med Counc I.R. Iran*. 2011; 29(3): 230-6. Persian.
5. Central Intelligence Agency. *The World Fact book*; 2013. Available from: [cited 2014 Mar 24]. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/docs/profileguide.html>.
6. Tavanania M. Epidemiological study of road traffic accidents in Qom. *Qom Univ Med Sci J*. 2011; 5(2): 90-5.
7. Kheirabadi GR, Bolhari J. Role of human factors in road accidents. *J Res Behav Sci*. 2012; 10(1): 69-71.
8. Bastida JL, Aguilar PS, González BD. The economic costs of traffic accidents in Spain. *J Trauma*. 2004 Apr;56(4):883-8;
9. Dutta A, Hongoro C. Scaling Up National Health Insurance in Nigeria: learning from case studies of India, Colombia, and Thailand. *Futures Group, Health Policy Project*; 2013. [cited 2014 Mar 22]. Available from: [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/96\\_NigeriaInsuranceFinal.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/96_NigeriaInsuranceFinal.pdf)
10. Yongchaitrakul T, Juntakarn C, Prasarthittha T. Socioeconomic inequality and road traffic accidents in Thailand: comparing cases treated in government hospitals inside and outside of Bangkok. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2012 May;43(3):785-94.
11. International Group program (IGP). Summary of social security and private employee benefits, Hong Kong;2013. [cited 2014 Jul 22]. Available from: [http://www.igpinfo.com/igpinfo/public\\_documents/ss\\_summaries/China.pdf](http://www.igpinfo.com/igpinfo/public_documents/ss_summaries/China.pdf)
12. Iran's Fifth Five Year Development Plan; 2010. [cited 2014 Jun 20] <http://www.isacmsrt.ir/files/site1/pages/barnamepanjom.pdf>
13. DiCicco-Bloom B, F-Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ*. 2006 Apr;40(4):314-21.
14. Safiri K. *Qualitative research method*. 1th ed. Tehran: Pyam Pooya; 2009. Persian.
15. Jalali R. Qualitative research sampling. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012; 1(4): 310-20. Persian.
16. Meho LI. E-mail interviewing in qualitative research: A methodological discussion. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 2006; 57(10): 1284-95.
17. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy*.

2008 Feb;85(2):148-61.

18. Lacey A, Luff D. Trent focus for research and development in primary health care: qualitative data analysis. *Trent Focus*, 2001. [cited 2014 Mar 7]. Available from: [http://research.familymed.ubc.ca/files/2012/03/Trent\\_Universtiy\\_Qualitative\\_Analysis7800.pdf](http://research.familymed.ubc.ca/files/2012/03/Trent_Universtiy_Qualitative_Analysis7800.pdf)
19. Dolani A, Hariri N, Mohammah Hassanzadeh H, Valinejadi A. A review of qualitative research and current data analysis software. *J Health Adm*. 2012; 15(47): 77-90. Persian.
20. Mirzamohammadi A. *Qualitative analysis of data by Atlas.ti*. 1th ed. Tehran: Naghoos; 2012. Persian.
21. Lincoln YS, GubaEG. *Naturalistic inquiry*. 1th ed. Beverly Hills: SAGE; 1985.
22. Institute for Population and Social Research , Mahidol University. 10 dismantling the traffic accident: victim protection to provide justice to victims. Thailand, Social Research University Mahidol. [cited 2014 Jul 13]. Available from: [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2010/eng2010\\_24.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2010/eng2010_24.pdf)
23. Insurers delay payment for free treatment of traffic accident victims. *Islamic Republic News Agency*. 2013; [cited 2014 May 1]; Available from: <http://www.irna.ir/fa/News/210569/%>
24. 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): 111-19.
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. Persian.
26. Tavakoli N, Saghaeen Nejad S, Rezayatmand M, Moshaveri F, Ghaderi E, et al. Hospital records documentation and medical insurance cuts. *Health Inf Manage*. 2006; 3(2):53-61. Persian.
27. Tabatabaei SS, Kalhor R. The prevalence and causes of insurance deductions in records bills. *Homa-ye-Salamat Journal*. 2006; 3(5): 21-3. Persian.
28. Ghaderi S. *Survey of causes of insurance deductions and solutions to reduce them by FMEA technique in Shiraz Namazi Hospital [dissertation]*.

Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2008. Persian

29. Nasiriad N, Rashidian A, Joodaki H, Akbari Haghighi 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. Persian.
30. Abdolhak M, Grostick S, Hanken MA. *Health information: management of a strategic resource*. 4th ed. USA: Saunders; 2011.
31. Tinsley JA. An educational intervention to improve residents' inpatient charting. *Acad Psychiatry*. 2004;28(2):136-9.
32. Carrin G, James C. *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*. World Health Organization: Geneva; 2004.
33. Pramualratana P. *Health Insurance Systems in Thailand*. Thailand: Health Systems Research Institute; 2002.
34. Mainz J, Bartels PD. Nationwide quality improvement--how are we doing and what can we do? *Int J Qual Health Care*. 2006 Apr;18(2):79-80.
35. Rostami H, Montazam SH, Ghahremanian A. Survey of education barriers from nurses and patients viewpoint. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2010; 18(1): 50-5. Persian.
36. Musau S, Vian T. *Fraud in Hospitals*. [cited 2014 May 22]. Available from: [www.U4.no/themes/health](http://www.U4.no/themes/health)
37. Maleki MR, Ebrahimipour H, Karimi E, Gouhari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. *Payesh*. 2010; 9(2): 173-87. Persian
38. Boodenheimer TS, Grumbach K. *Understanding health policy: a clinical approach*. 5th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2009.
39. Safdary R, Tofighi S, Ghazisaeedi M, Goodini A. A comparative study on the necessity of using diagnostic related groups as a tool to facilitate the repayment of health units in selected Countries. *Health Inf Manage*. 2011; 8(2): 244-50. Persian.
40. Hasanzade A, Fakhim Alizade S. *The social insurance equity and Strategic purchasing of health*. 1th ed. Tehran: Bahram; 2012. Persian.

## Health Care Financing for the Victims of Traffic Accidents in Iran; Challenges and Solutions

Somaye Noori Hekmat<sup>1</sup>, Reza Dehnavie<sup>2</sup>, Mohammad Jafari Sirizi<sup>3</sup>, Tahere Sharifi<sup>4</sup>

### Abstract

**Background:** Traffic accidents are the first cause of death in Iran and due to its necessity in the fourth and fifth Socio-Economic Development plan, two laws (articles No. 92 and 37) were passed to provide immediate and free service to traffic victims. The current study was designed to explore the challenges and complexities related to health care financing for this victims and to provide solutions.

**Method:** In this applied research, the qualitative phenomenological approach was used. All interviews were conducted in 2013 by semi-structured questions with 36 people including the managers at the Ministry of Health, Medical Sciences Universities, trauma specialized hospitals and basic insurances. Sampling was done using snowball, targeted and quota techniques. Data analysis was done using framework method and through Atlas Ti 5.2 software.

**Results:** As a result of qualitative analysis, 3 main themes, 14 codes and 4 sub- codes were identified. The main challenges of health care financing for victims of traffic accidents included challenges of financial integration, accumulation, distribution of financial resources and service purchasing.

**Conclusions:** Creating a process to collect more appropriate resources for article No. 92 at the Ministry of Health, compiling a services package and applying strong monitoring to improve the quality of services were found as mechanisms that can be used to obtain sustainable financing and quality in providing services to victims of traffic accidents.

**Keywords:** Financing, Victims of traffic accidents, Health Care

1- Assistant Professor, Research Center for Health Services Management, Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD Student, Research Center for Health Services Management, Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- MSc, Medical Information Research Center, Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Corresponding Author:** Tahere Sharifi **Email:** salinasharifi@gmail.com

**Address:** Faculty of Management and Information Technology, Kerman University of Medical Sciences, Haft Bagh Alavi Blvd, Kerman, Iran

**Tel/Fax:** 03431215793