

# مطالعه‌ی موارد مغایر با ضوابط و مقررات مندرج در پرونده‌ی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان\*

آرش قدوسی<sup>۱</sup>، حیدرعلی عابدی<sup>۲</sup>، اکبر منصوری<sup>۳</sup>، احمدرضا ریاضیات<sup>۴</sup>

## چکیده

**مقدمه:** افزایش سریع هزینه‌های سلامت، جوامع را به استفاده از برنامه‌های بیمه‌ای ترغیب نموده است. همواره قیمت خدمات مذکور برای سازمان‌های بیمه‌گر مهم بوده است؛ به طوری که عدم کنترل هزینه‌ها به کاهش توان مالی آن‌ها در ارایه‌ی خدمات به بیمه‌شدگان می‌انجامد. تقلب و سوء استفاده از بیمه از عوامل اصلی افزایش هزینه‌های سلامت در آمریکا می‌باشد. سالانه ۳ تا ۱۵ درصد از بودجه‌ی بخش سلامت، از این طریق به هدر می‌رود. این پژوهش با هدف، تعیین موارد مغایر با ضوابط و مقررات سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی مندرج در پرونده‌ی قراردادی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه در سال ۱۳۹۰ به روش توصیفی انجام گرفت. از مجموع ۲۷۵۲ پرونده‌ی قراردادی پزشک، نمونه‌ای با حجم ۳۸۴ پرونده به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده، انتخاب گردید. پس از استخراج اطلاعات و انتقال آن‌ها به فرم گردآوری داده‌ها و ثبت در رایانه، از نرم‌افزار SPSS جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. اعتبار ابزار به روش تعیین اعتبار محتوی و پایایی آن با ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۵، تعیین شد.

**یافته‌ها:** انجام ویزیت با دفترچه‌ی غیر (P = ۰/۰۲)، جدا کردن بیش از یک نسخه در یک نوبت ویزیت (P = ۰/۰۰۸) و تجویز دارو و انجام خدمات درمانی منجر به خسارت مالی (P = ۰/۰۲۴) توسط پزشکان عمومی به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان فوق تخصص بوده است. عدم رعایت تعرفه‌ها توسط پزشکان متخصص به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان عمومی بوده است (P = ۰/۰۱). انجام ویزیت به صورت دسته جمعی توسط متخصصین به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان فوق تخصص بوده است (P = ۰/۰۰۷). ایجاد محدودیت در پذیرش بیمه‌شدگان توسط پزشکان فوق تخصص به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان عمومی بوده است (P < ۰/۰۰۱).

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی نتایج نشان داد که در بسیاری از موارد، پزشکان طرف قرارداد قوانین و مقررات را رعایت نموده‌اند و در کمتر از ۱ درصد موارد نسبت به برخی قوانین توجه کافی نداشته‌اند. بنابراین سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند با اطلاع‌رسانی قوانین و مقررات، حذف دفترچه‌ی بیمه و جایگزینی آن با کارت الکترونیک بیمه‌ی سلامت، پرداخت به موقع مطالبات، برگزاری سمینارهای بازآموزی اخلاق حرفه‌ای با محوریت شرع و قانون و ...، زمینه‌ی پیش‌گیری از کم‌توجهی نسبت به قوانین و مقررات را فراهم آورند.

**واژه‌های کلیدی:** بیمه؛ خدمات بهداشتی - درمانی؛ قوانین.

**نوع مقاله:** پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۵/۳۰ اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۹

پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۲۱

**ارجاع:** قدوسی آرش، عابدی حیدرعلی، منصوری اکبر، ریاضیات احمدرضا. مطالعه‌ی موارد مغایر با ضوابط و مقررات مندرج در پرونده‌ی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۳): ۳۳۹-۳۴۷.

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد است

و بدون حمایت مالی انجام شده است.

۱. استادیار، پزشکی قانونی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، آموزش پرستاری (گرایش سلامت جامعه)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول).

Email: mansouri.akbar@yahoo.com

۴. پزشک عمومی، مدیر کل بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان، اصفهان، ایران.

## مقدمه

افزایش هزینه‌های بخش سلامت، به خصوص هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان در سراسر جهان موجب گردیده است تا بسیاری از دولت‌ها در پی یافتن شیوه‌های جدید به منظور محدودسازی هزینه‌ها برآیند (۱). توجه سیاست‌گذاران به کنترل هزینه‌های سلامت روزافزون شده است و جمهوری اسلامی ایران نیز از این وضعیت مستثنی نیست. نتیجه‌ی طبیعی نگرانی از افزایش هزینه‌ها، توجه بیش از پیش به موضوع هدر رفت منابع در نظام سلامت است. بخشی از این هدر رفت به دلیل تخلفات و کوتاهی‌های مرتبط با آرایه‌ی خدمات سلامت بوده است که ممکن است منجر به ایجاد ضررهای مالی برای بیمار، سازمان‌های بیمه‌گر یا دولت شوند (۲).

یکی از عوامل مهم و بارز در افزایش کاذب هزینه‌های بخش سلامت در ایالات متحده آمریکا، تقلب (Fraud) می‌باشد. مؤسسه‌ی ملی ضد تقلب در مراقبت سلامت (National health care anti-fraud association)، تقلب را یک نیرنگ یا فریب تعمدی و یا تحریف واقعیت که یک فرد به صورت آگاهانه به منظور کسب سود و منفعت غیرمجاز از دیگران انجام می‌دهد، تعریف نموده است. اگر چه عواملی همچون پیشرفت در فن‌آوری‌های پزشکی موجب افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت می‌گردد، اما تقلب از عوامل اصلی اتلاف منابع مالی در این حوزه به شمار می‌رود (۳). این مؤسسه هزینه‌ی ناشی از تقلب را حدود ۱۰۰ تا ۱۷۰ میلیارد دلار در سال برآورد نموده است. این رقم به طور تقریبی ۳ تا ۱۵ درصد از کل بودجه‌ی بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین دولت آمریکا به منظور مبارزه با تقلب و سوء استفاده در نظام سلامت یک برنامه کنترلی را آغاز نموده است و بودجه‌ای در حدود ۲۵۰ میلیون دلار جهت مبارزه با این پدیده اختصاص داده است، اما با وجود صرف میلیون‌ها دلار در این راه، سالانه کمتر از ۵ درصد از هزینه‌های هدر رفته‌ی ناشی از تقلب قابل برگشت و جبران می‌باشد (۴).

در ارتباط با گروه‌های مرتکب تقلب در آمریکا، مؤسسه‌ی ملی ضد تقلب در مراقبت سلامت آن کشور برآورد نموده

است که ۸۰ درصد از موارد تقلب در نظام سلامت توسط آرایه کنندگان خدمات سلامت، ۱۰ درصد توسط مصرف کنندگان خدمات سلامت و مابقی آن توسط پرسنل شاغل در نظام سلامت صورت می‌گیرد (۵). اما مؤسسه‌ی صلیب آبی و سپر آبی (Blue cross و Blue shield) معتقد است که اکثر آرایه کنندگان خدمات سلامت افرادی درستکار، سخت‌کوش و پای‌بند به اصول اخلاق حرفه‌ای بوده‌اند و تنها عده‌ی خیلی از آن‌ها هستند که مرتکب تقلب می‌شوند.

در کشور جمهوری اسلامی ایران، سرجمع اعتبارات حوزه‌ی سلامت در بودجه‌ی سال ۱۳۸۹ به حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان رسیده است (۶) که اگر درصد سوء استفاده از نظام سلامت بر اساس برآورد کشور آمریکا (۳ تا ۱۵ درصد) را برای آن در نظر بگیریم، مبلغی بین ۳۰۰ تا ۱۵۰۰ میلیارد تومان حاصل می‌شود که این رقم ۱/۳ تا ۶/۷ برابر کل میزان بدهی سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در سال ۱۳۸۹ می‌باشد (۷). چنان چه درصد مذکور برای کل هزینه‌های سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در سال ۱۳۸۸ که رقمی معادل ۱۷۰۰ میلیارد تومان بوده است (۸)، محاسبه شود رقمی بین ۵۱ تا ۲۵۷ میلیارد تومان به دست خواهد آمد که با این مبلغ می‌توان حداقل ۱/۵ و حداکثر ۵/۵ میلیون نفر را که فاقد هر گونه پوشش بیمه‌ای هستند، تحت پوشش «بیمه‌ی خدمات درمانی ایرانیان» در آورد و اگر همین بررسی در سطح اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان انجام شود، باید انتظار داشت که سوء استفاده از بیمه عددی بین ۳ تا ۱۵ میلیارد تومان از کل هزینه‌های سال ۱۳۸۸ را که بالغ بر ۱۰۵ میلیارد تومان بوده است، به خود اختصاص می‌دهد که با این پول می‌توان حداقل ۷۰ و حداکثر ۳۵۰ هزار نفر را تحت پوشش «بیمه‌ی خدمات درمانی ایرانیان» در آورد.

این مطالعه با هدف تعیین موارد مغایر با ضوابط و مقررات سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی مندرج در پرونده‌ی قراردادی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان، قصد داشت که ضمن شناسایی جنبه‌های مختلف بی‌توجهی به قوانین و مقررات، با آرایه آگاهی‌های لازم به آرایه کنندگان

آماری SPSS تحت ویندوز و آزمون آماری پارامتریک One way ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج حاصله، انواع موارد عدم رعایت قوانین و مقررات در دو گروه اصلی موارد عدم رعایت قوانین انتظامی و نظامات دولتی و موارد عدم رعایت مقررات خاص بیمه‌ی خدمات درمانی به صورت جداول توزیع فراوانی ارائه شدند.

### یافته‌ها

با بررسی گزارشات مندرج در پرونده‌ی قراردادی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان، در خصوص موارد مغایر با قوانین انتظامی و نظامات دولتی طی سال‌های ۸۹-۱۳۷۹ (جدول ۱)، انجام ویزیت افراد غیر بیمه شده با استفاده از دفاتر بیمه‌ی دیگران در پرونده‌ی قراردادی ۲/۵ درصد پزشکان عمومی و ۲/۳ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد. این در حالی بود که طی این سال‌ها سابقه‌ی چنین اقدامی در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص مشاهده نگردید ( $P = ۰/۰۲$ ).

سابقه‌ی تجویز دارو و یا درخواست انجام خدمات پاراکلینیک منجر به خسارت مالی به بیمه و یا سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در پرونده‌ی قراردادی ۱/۷ درصد پزشکان عمومی، ۰/۶ درصد پزشکان متخصص و ۰/۳ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده گردید ( $P = ۰/۰۲۴$ ).

سابقه‌ی تجویز دارو و یا درخواست انجام خدمات درمانی خارج از اصول علمی و استانداردهای موجود در پرونده‌ی قراردادی ۱/۵ درصد پزشکان عمومی، ۱/۱ درصد پزشکان متخصص و ۰/۹ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده شد.

سابقه‌ی تجویز دارو و یا درخواست انجام خدمات درمانی بدون داشتن ضرورت در پرونده‌ی قراردادی ۱ درصد پزشکان عمومی و ۰/۸ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد، در حالی که سابقه‌ی چنین موردی در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص مشاهده نگردید.

سابقه‌ی هدایت بیماران به سمت مراکز دیگر به منظور سودجویی در پرونده‌ی قراردادی ۰/۶ درصد پزشکان عمومی

خدمات سلامت به پیش‌گیری از بروز موارد مغایر با قوانین و مقررات و به تبع آن حفظ شأن و کرامت جامعه پزشکی بپردازد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه فرصت را برای اصلاح قوانین و مقررات سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی فراهم کرده است و از اتلاف منابع مالی و انسانی سازمان، بیمه شدگان و تمام ذی‌نفعان به نحو مطلوب جلوگیری به عمل خواهد آورد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی در سال ۱۳۸۹ اجرا گردید. در این مطالعه، جامعه‌ی پژوهش تمام پرونده‌های قراردادی پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص دارای قرارداد همکاری مستقل با اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ به تعداد ۲۷۵۲ پرونده بود که با استفاده از فرمول تعیین اندازه‌ی نمونه در مورد برآورد نسبت‌ها (۹)، حجم نمونه‌ی مورد نیاز مشخص گردید ( $n = ۳۸۴$ ) و چون جمعیت پژوهش از گروه‌هایی با ویژگی‌های متمایز و متفاوت تشکیل شده بود، برای افزایش درجه‌ی معرف بودن نمونه‌ها، جامعه‌ی پژوهش به ۳ طبقه (پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص) تقسیم و سپس تعداد نمونه در هر طبقه به روش تصادفی (Random sampling) انتخاب گردید (۱۰). به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، فرم گردآوری داده‌ها طراحی و جهت تعیین اعتبار (Validity) آن از روش تعیین اعتبار محتوی (Content validity) استفاده شد که طی آن فرم مذکور در اختیار ۷ نفر از کارشناسان صاحب‌نظر در حوزه‌ی سلامت و بیمه‌ی درمان قرار داده شد و قابلیت آن در اندازه‌گیری موارد مغایر با مقررات بیمه‌ی خدمات درمانی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین به منظور تعیین پایایی (Reliability) آن ضریب Cronbach's alpha محاسبه شد که ضریب مذکور قابل قبول و بالای ۰/۷۵ به دست آمد. سپس اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌ها استخراج و به فرم‌ها منتقل گردید و پس از ثبت در رایانه با استفاده از نرم‌افزار

جدول ۱: مقایسه‌ی توزیع فراوانی (درصد) پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی بر حسب مقطع تحصیلی در انجام موارد مغایر قوانین انتظامی و نظامات دولتی

انواع موارد مغایر با قوانین انتظامی و نظامات دولتی	مقطع تحصیلی			نتیجه‌ی One way ANOVA (P)
	عمومی (درصد)	متخصص (درصد)	فوق تخصص (درصد)	
۱ ویزیت با دفترچه‌ی غیر	۲/۵	۲۳/۰	۰/۰	۰/۰۲۰
۲ تجویز دارو و یا درخواست پاراکلینیک و انجام خدمات درمانی بدون داشتن ضرورت و فقط بنا به درخواست بیمار	۱/۰	۰/۸	۰/۰	۰/۲۲۹
۳ تجویز دارو و یا درخواست پاراکلینیک و انجام خدمات درمانی خارج از اصول علمی و استانداردهای موجود	۱/۵	۱/۱	۰/۹	۰/۶۴۶
۴ تجویز دارو و یا درخواست پاراکلینیک و انجام خدمات درمانی که منجر به خسارت مالی برای بیمار و سازمان گردد.	۱/۷	۰/۶	۰/۳	۰/۰۲۴
۵ هدایت بیماران به سمت مراکز دیگر بدون رسیدگی اولیه و فقط به منظور سودجویی	۰/۶	۰/۶	۰/۰	۰/۳۰۰
۶ عدم رعایت تعرفه‌های مصوب	۰/۴	۱/۶	۰/۶	۰/۰۱۰
۷ عدم وجود شرایط لازم بهداشتی و امکانات درمانی مورد تأیید وزارت بهداشت	۰/۵	۰/۱	۰/۴	۰/۱۴۰
۸ انجام عمل غیرمجاز در مطب	۰/۰۶	۰/۰	۰/۰	۰/۶۵۱
۹ انجام ویزیت به صورت دسته جمعی	۰/۱	۱/۱	۰/۰	۰/۰۰۷
۱۰ عدم رعایت حداقل مدت زمان لازم جهت ویزیت	۰/۶	۱/۲	۰/۰	۰/۰۶۴
۱۱ عدم پذیرش یا هر گونه محدودیت در پذیرش و ارائه خدمات به بیمه شدگان دارای دفترچه‌ی بیمه‌ی معتبر	۰/۰	۰/۱	۰/۹	۰/۰۰۱

قراردادی ۰/۴ درصد پزشکان عمومی، ۱/۶ درصد پزشکان متخصص و ۰/۶ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده گردید (P = ۰/۰۱).

سابقه‌ی انجام ویزیت بیماران به صورت دسته جمعی در پرونده‌ی قراردادی ۰/۱ درصد پزشکان عمومی و ۱/۱ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد و این در حالی بود که طی این سال‌ها سابقه‌ی چنین اقدامی در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص مشاهده نگردید (P = ۰/۰۰۷).

سابقه‌ی انجام عمل غیرمجاز در مطب در پرونده‌ی قراردادی ۰/۰۶ درصد پزشکان عمومی مشاهده شد، لیکن در پرونده‌ی قراردادی پزشکان متخصص و فوق تخصص سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نگردید.

و ۰/۶ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد، در حالی که طی این سال‌ها سابقه‌ی چنین اقدامی در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص مشاهده نگردید.

سابقه‌ی عدم رعایت حداقل مدت زمان لازم جهت ویزیت در پرونده‌ی قراردادی ۰/۶ درصد پزشکان عمومی و ۱/۲ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد و در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نگردید.

سابقه‌ی فقدان شرایط لازم بهداشتی و امکانات درمانی مورد تأیید وزارت بهداشت در مطب در پرونده‌ی قراردادی ۰/۵ درصد پزشکان عمومی، ۰/۱ درصد پزشکان متخصص و ۰/۳ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده شد.

سابقه‌ی عدم رعایت تعرفه‌های مصوب در پرونده‌ی

سابقه‌ی دستکاری در تاریخ اعتبار دفترچه‌ی بیمه در پرونده‌ی قراردادی ۰/۶ درصد پزشکان عمومی و ۰/۱ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد، اما در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص چنین سابقه‌ای مشاهده نشد.

سابقه‌ی وجود نسخه‌ی سفید در محدوده‌ی مطب، در پرونده‌ی قراردادی ۰/۴ درصد پزشکان عمومی و ۰/۸ درصد پزشکان متخصص مشاهده گردید. این در حالی بود که در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نشد.

سابقه‌ی عدم درج عنوان داشتن قرارداد همکاری با سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی روی تابلو یا مکان مناسب در پرونده‌ی قراردادی ۰/۳ درصد پزشکان عمومی، ۰/۳ درصد پزشکان متخصص و ۰/۶ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده گردید.

سابقه‌ی وجود تفاوت در مندرجات نسخ مخصوص پزشک با نسخ داروخانه و پاراکلینیک در پرونده‌ی قراردادی ۰/۲ درصد پزشکان عمومی و ۰/۲ درصد پزشکان متخصص مشاهده گردید، در حالی که در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نشد.

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی (درصد) پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی بر حسب مقطع تحصیلی در انجام موارد مغایر با مقررات خاص بیمه‌ی خدمات درمانی

نتیجه‌ی One way ANOVA (P)	مقطع تحصیلی			انواع موارد مغایر با مقررات خاص بیمه‌ی خدمات درمانی
	فوق تخصص (درصد)	متخصص (درصد)	عمومی (درصد)	
۰/۱۳۸	۰/۰	۰/۱	۰/۶۰	۱ دستکاری در تاریخ اعتبار دفترچه
۰/۰۰۸	۰/۰	۱/۴	۲/۵۰	۲ جداکردن بیش از یک نسخه در یک نوبت ویزیت
۰/۱۴۸	۰/۰	۰/۸	۰/۴۰	۳ وجود نسخ سفید در محدوده‌ی مطب
۰/۲۹۶	۰/۰	۰/۹	۰/۹۰	۴ ارسال نسخ ویزیت خارج از محل تعیین شده در متن قرارداد
۰/۶۷۴	۰/۰	۰/۲	۰/۲۰	۵ تفاوت در مندرجات نسخ مخصوص پزشک با نسخ داروخانه و پاراکلینیک دفترچه‌ی بیمه
۰/۷۴۱	۰/۶	۰/۳	۰/۳۰	۶ عدم درج عنوان همکاری با سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی بر روی تابلو یا مکان مناسب
۰/۴۵۶	۰/۳	۰/۱	۰/۰۶	۷ عدم همکاری مناسب با بازرسین سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی
۰/۱۱۵	۰/۶	۰/۱	۰/۱۰	۸ عدم اعلام کتبی هر گونه تغییر آدرس، تعطیلی موقت و یا دایم در اسرع وقت

سابقه‌ی عدم پذیرش یا ایجاد محدودیت در پذیرش بیمه شدگان در پرونده‌ی قراردادی ۰/۱ درصد پزشکان متخصص و ۰/۹ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده شد و این در حالی بود که در پرونده‌ی قراردادی پزشکان عمومی سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نگردید ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

همچنین با بررسی گزارشات مندرج در پرونده‌ی قراردادی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان، در خصوص موارد مغایر با مقررات خاص بیمه‌ی خدمات درمانی طی سال‌های ۸۹-۱۳۷۹ (جدول ۲)، سابقه‌ی جدا نمودن بیش از یک نسخه در یک نوبت ویزیت در پرونده‌ی قراردادی ۲/۵ درصد پزشکان عمومی و ۱/۴ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد. این در حالی بود که در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نگردید ( $P = ۰/۰۰۸$ ).

سابقه‌ی ارسال نسخ خارج از محل تعیین شده در متن قرارداد در پرونده‌ی قراردادی ۰/۹ درصد پزشکان عمومی و ۰/۹ درصد پزشکان متخصص مشاهده شد، لیکن در پرونده‌ی قراردادی پزشکان فوق تخصص سابقه‌ی چنین موردی مشاهده نگردید.

شرایط بیمار و اصول علمی نسخه‌نویسی صورت گیرد و نسخه باید حاوی ذکر نام و مشخصات بیمار باشد (۱۲).

نتایج مربوط به بررسی پرونده‌ی قراردادی پزشکان در خصوص رعایت مقررات خاص بیمه‌ی خدمات درمانی نشان داد که طی سال‌های ۸۹-۱۳۷۹ به طور متوسط در هر سال ۲/۵ درصد پزشکان عمومی و ۱/۴ درصد پزشکان متخصص اقدام به جدا نمودن بیش از یک نسخه در یک نوبت ویزیت نموده‌اند که در میان سایر موارد عدم رعایت مقررات خاص بیمه‌ی خدمات درمانی، دارای بیش‌ترین فراوانی بوده است، در حالی که پزشکان فوق تخصص طی این سال‌ها چنین موردی را انجام نداده‌اند. همچنین نتایج آزمون آماری One way ANOVA نشان داد که جدا نمودن بیش از یک نسخه در یک نوبت ویزیت توسط پزشکان عمومی به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان متخصص بوده است. ملکی و همکاران هم در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که ۲۳/۸ درصد از موارد عدم رعایت مقررات سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی مربوط به جدا نمودن بیش از یک نسخه در یک نوبت ویزیت بود و شیوع آن در پزشکان عمومی بیشتر از پزشکان متخصص بوده است (۱۱). Fisher در مطالعه‌ی خود با عنوان تأثیر تقلب بر نظام سلامت ایالات متحده‌ی آمریکا، یکی از موارد تقلب در نظام سلامت آن کشور را صدور صورت‌حساب اضافی عنوان داشته است که طی آن ۲ صورت‌حساب از یک بیمه شده را به سازمان بیمه‌گر ارائه تا برای هر یک حق‌الزحمه جداگانه دریافت نمایند که این مورد ۴ درصد از موارد تقلب در نظام سلامت این کشور را به خود اختصاص می‌دهد (۳).

نتایج مربوط به بررسی پرونده‌ی قراردادی پزشکان در خصوص رعایت قوانین انتظامی و نظامات دولتی نشان داد که طی سال‌های ۸۹-۱۳۷۹ به طور متوسط در هر سال ۱ درصد پزشکان عمومی و ۰/۸ درصد پزشکان متخصص اقدام به تجویز دارو و یا درخواست خدمات پاراکلینیک بدون داشتن ضرورت نموده‌اند، در حالی که پزشکان فوق تخصص چنین موردی را انجام نداده‌اند. Rudman و همکاران هم در مطالعه‌ی خود با

سابقه‌ی عدم اعلام کتبی تغییر آدرس، تعطیلی موقت و یا دایم به بیمه‌ی خدمات درمانی در پرونده‌ی قراردادی ۰/۱ درصد پزشکان عمومی، ۰/۱ درصد پزشکان متخصص و ۰/۶ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده گردید.

سابقه‌ی عدم همکاری مناسب با بازرسین سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در پرونده‌ی قراردادی ۰/۰۶ درصد پزشکان عمومی، ۰/۱ درصد پزشکان متخصص و ۰/۳ درصد پزشکان فوق تخصص مشاهده گردید.

### بحث

نتایج مربوط به بررسی پرونده‌ی قراردادی پزشکان در خصوص رعایت قوانین انتظامی و نظامات دولتی نشان داد که طی سال‌های ۸۹-۱۳۷۹ به طور متوسط در هر سال ۲/۵ درصد پزشکان عمومی و ۲/۳ درصد پزشکان متخصص اقدام به ویزیت افراد غیر بیمه شده با استفاده از دفترچه‌ی بیمه‌ی دیگران نموده‌اند که در میان سایر موارد عدم رعایت قوانین انتظامی و نظامات دولتی دارای بیش‌ترین فراوانی بوده است، در حالی که پزشکان فوق تخصص طی این سال‌ها چنین موردی را انجام نداده‌اند. از سوی دیگر نتایج آزمون آماری One way ANOVA نشان داد که ویزیت با دفترچه‌ی بیمه‌ی غیر توسط پزشکان عمومی به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان متخصص بوده است. گروهی از پژوهشگران هم در مطالعه‌ی خود به این نتیجه دست یافتند که ۷/۲ درصد پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی در استان ایلام، اقدام به ویزیت افراد غیر بیمه شده با استفاده از دفاتر بیمه‌ی خدمات درمانی نموده‌اند (۱۱). مؤسسه‌ی «صلیب آبی و سپر آبی» انجام ویزیت افراد غیر بیمه شده با استفاده از کارت بیمه‌ی سلامت (Health insurance card) دیگران را یکی از موارد تقلب در بیمه‌های درمانی ایالات متحده آمریکا معرفی نموده است (۵). همچنین حسب ماده‌ی ۲۲ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، صدور هر نسخه باید بر اساس



از پزشکان در ازای ارجاع بیمار به یک پزشک دیگر یا معرفی بیمار به آزمایشگاه، مرکز رادیولوژی و پاراکلینیک و یا در ازای نسخه کردن دارویی خاص، وجه دریافت می‌نمایند (۱۶). همچنین بر اساس ماده‌ی ۱۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته، جذب و هدایت بیماران از مؤسسات بهداشتی - درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی و یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان، درمانگاه و بالعکس به منظور استفاده‌ی مادی توسط شاغلین حرف پزشکی و وابسته ممنوع شده است (۱۲).

نتایج مربوط به بررسی پرونده‌ی قراردادی پزشکان در خصوص رعایت قوانین انتظامی و نظامات دولتی نشان داد که طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ به طور متوسط در هر سال ۰/۴ درصد پزشکان عمومی، ۱/۶ درصد پزشکان متخصص و ۰/۶ درصد پزشکان فوق تخصص تعرفه‌های مصوب را رعایت ننموده‌اند و نتایج آزمون One way ANOVA نیز نشان داد که عدم رعایت تعرفه‌های مصوب توسط پزشکان متخصص به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان فوق تخصص بوده است و در آن‌ها نیز به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان عمومی بوده است. Rosenbaum و همکاران در مطالعه‌ی خود با عنوان تقلب در بیمه‌ی سلامت، اخذ پول اضافه از بیمه شدگان را یکی از موارد نقض قوانین و مقررات معرفی نموده‌اند (۵). همچنین بر اساس بند الف قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی، اضافه از نرخ‌های اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جرم محسوب می‌شود (۱۳).

### نتیجه‌گیری

این مطالعه که با هدف تعیین موارد نقض قوانین و مقررات از سوی پزشکان طرف قرارداد بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان، طی سال‌های ۸۹-۱۳۷۹ انجام شد، مشخص نمود که بر خلاف تصورات اولیه مبنی بر احتمال پایین بودن میزان پای‌بندی پزشکان به رعایت قوانین و مقررات، در بسیاری از

عنوان تقلب و سوء استفاده در نظام سلامت، ارایه‌ی خدمات پزشکی غیر ضروری (Unnecessary services) برای بیمه شدگان را از جمله شایع‌ترین انواع موارد سوء استفاده از نظام سلامت ایالات متحده آمریکا عنوان نموده‌اند (۴). همچنین Fisher در مطالعه‌ی خود عنوان نمود که تجویز خدمات غیر ضروری بیشتر در بخش سرپایی رخ می‌دهد و درخواست انجام آزمایشات روتین خون و ادرار و خدمات رادیوگرافی غیر مورد نیاز برای بیمار را از مصادیق تجویز خدمات غیر ضروری معرفی نمود و در ادامه بیان کرد که ۱۸ درصد از موارد تقلب در نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (۳). همچنین بر اساس ماده‌ی ۷ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته‌ی مصوب سال ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی، تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع بوده است (۱۲) و بر اساس بند الف قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی - درمانی مصوب سال ۱۳۶۷، ایجاد و یا ارایه‌ی خدمات مزاد بر احتیاج به منظور سودجویی جرم محسوب شده است (۱۳).

نتایج مربوط به بررسی پرونده‌ی قراردادی پزشکان در خصوص رعایت قوانین انتظامی و نظامات دولتی نشان داد که طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ به طور متوسط در هر سال ۰/۶ درصد پزشکان عمومی و ۰/۶ درصد پزشکان متخصص اقدام به هدایت بیماران به سمت مراکز دیگر به منظور سودجویی نموده‌اند، در حالی که پزشکان فوق تخصص چنین موردی را انجام نداده‌اند. Hoffman در مطالعه‌ی خود یکی از شایع‌ترین موارد نقض قانون توسط پزشکان در ایالات متحده آمریکا را گرفتن حق و حساب برای ارجاع بیمار (Fee splitting) عنوان نموده است (۱۴). در مطالعه‌ی پرداخت حق و حساب پدیده‌ای مذموم و ناشایست و خلاف اخلاق معرفی شده است که آثار زیان‌بار اقتصادی برای بیماران به دنبال دارد و علاوه بر آن قداست حرفه‌ی پزشکی را مورد تهدید قرار می‌دهد (۱۵). در مطالعه‌ی دیگر نیز تحت عنوان اخلاق فروشی در سلامت، یکی از موضوعات مهم در اخلاق پزشکی حق ارجاع معرفی شده است که طی آن برخی

و استقرار نظام بیمه‌ی سلامت واحد در کشور، حذف دفاتر بیمه و جایگزین نمودن کارت الکترونیکی بیمه‌ی سلامت، استفاده از مکانیسم‌های تشویقی مناسب، برگزاری سمینارهای بازآموزی در خصوص اخلاق حرفه‌ای با محوریت شرع و قانون از طریق همکاری با سازمان‌های ذی‌ربط، همکاری با کمیته‌های علمی بررسی نسخ دانشگاه‌های علوم پزشکی و آرایه‌ی بازخورد مناسب به پزشکان در خصوص عملکردهای ایشان، افزایش سطح آگاهی‌های بیمه شدگان در خصوص حقوق خود، تشکیل تیم‌های نظارتی از خود بیمه شدگان به عنوان ناظرین افتخاری جهت گزارش موارد نقض قوانین و مقررات و دادن پاداش مناسب به آن‌ها، تجدید نظر در نظام پرداخت فعلی سازمان‌های بیمه‌گر به آرایه کنندگان خدمات سلامت و ... زمینه پیش‌گیری از بروز موارد کم‌توجهی نسبت به قوانین و مقررات را فراهم نمایند.

موارد بیشتر از ۹۹ درصد پزشکان مؤمن به اجرای قوانین و مقررات بودند و کمتر از ۱ درصد آن‌ها نسبت به برخی از مقررات کم‌توجهی داشته‌اند که می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد. بنابراین لازم است سازمان‌های بیمه‌گر ضمن شناسایی این عوامل در جهت حذف و یا کم‌اثرتر نمودن آن‌ها گام بردارند.

### پیشنهادهای

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های بیمه‌گر از طریق تعامل با انجمن‌ها و صنوف پزشکی زمینه‌ی اطلاع‌رسانی و افزایش سطح آگاهی‌های جامعه‌ی خدوم پزشکی نسبت به قوانین و مقررات را فراهم آورند. همچنین سازمان‌های بیمه‌گر با حذف برخی از قوانین و مقررات دست و پاگیر، تدوین قوانین و مقررات یکسان، طراحی

### References

- Hattami H, Razavi M, Eftekhar Ardebili H, Seyednozadi M, Majlesi F, Parizade M. Comprehensive public health. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Arjmand Publication; 2009. p. 743-55. [In Persian].
- Rashidian A, Joodaki H. Assessing medical misconduct and complaints in Iranian health system: A systematic review of the literature. *Forensic Mwdicine* 2009; 15(4): 234-43.
- Fisher E. The impact of health care fraud on the United States health care system [Thesis]. Bloomington: School of Public and Environmental Affairs, The Indiana University; 2008.
- Rudman WJ, Eberhardt JS, III, Pierce W, Hart-Hester S. Healthcare fraud and abuse. *Perspect Health Inf Manag* 2009; 6: 1g.
- Rosenbaum S, Lopez N, Stifler S. Health Care Fraud. Washington, DC: George Washington University Medical Center; 2009. p. 167.
- Salamat news. News services: Adding 600 billion Tomans to total funding of the health budget in 2010 [Online]. 2010 [cited 2010 Aug 22]; Available from: URL: <http://www.salamatnews.com/viewnews.aspx/> [In Persian].
- Farsnews. Fars news: CEO of medical services insurance organization [Online]. 2010 [cited 2010 Aug 22]; Available from: URL: <http://www.farsnews.com/printable/> [In Persian].
- Medical services insurance organization. Performance report [Online]. 2010; Available from: URL: <http://mr.msio.org.ir/Portal/Home/ShowPage.aspx/> [In Persian].
- Ayatollahi MT. The Principal of Biostatistic. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Amirkabir Publication 2002. p. 612. [In Persian].
- Abedsaeedi ZH, Amiraliakbari S. Research method in Health and Medical Science. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Salemi Publication; 2008. p. 208. [In Persian].
- Medical Services Insurance Organization. Limited repertoire of Applied Studies [Online]. 2010 Available from: URL: [www.msio.org.ir/portal/File/ShowFile.aspx?](http://www.msio.org.ir/portal/File/ShowFile.aspx?) [In Persian].
- Ellahimanesh M. Criminal Law and Medical Violation. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Majd Publication; 2007. p. 272. [In Persian].
- Iran law web [Online]. 2011 [cited 2011 May 29]. Available from: URL: <http://www.irbar.com/LAWS-databank/279/607/723/724/> [In Persian].
- Hoffman DE. Physician who break the law [Online]. 2009; Available from: URL: [http://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1896&context=fac\\_pubs/](http://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1896&context=fac_pubs/)
- Sepidweekly. Fee splitting [Online]. 2010 [cited 2010 Aug 22]; Available from: URL: [www.sepidweekly.ir](http://www.sepidweekly.ir)
- Sepidweekly. Sale of ethics in health [Online]. 2010 [cited 2010 Aug 22]; Available from: URL: [www.sepidweekly.ir/](http://www.sepidweekly.ir/)



## Evaluating the Cases of Violating the Regulations of Medical Services Insurance Organization in Isfahan Province, Iran\*

Arash Ghodoosi, PhD<sup>1</sup>; Heidar Ali Abedi, PhD<sup>2</sup>; Akbar Mansouri<sup>3</sup>;  
Ahmadreza Riaziat, MD<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** The rapid increase in health costs across the world has forced governments to use insurance programs. Uncontrolled costs would reduce the financial ability of insurance organizations in providing services. Abuse of health insurance wastes 3-15% of the health budget annually. This study was conducted to determine cases of violating the rules and regulations of Medical Services Insurance Organization by contracted physicians in Isfahan Province, Iran.

**Methods:** In this descriptive study, of 2752 cases of physician contracts, a sample size of 384 cases was selected using random sampling. Content validity and Cronbach's alpha ( $\alpha = 0.75$ ) were respectively used to confirm the validity and reliability of the data collection tool. After extraction, data was analyzed in SPSS.

**Results:** Visiting patients using another person's insurance book ( $P = 0.02$ ), using more than one sheet per visit ( $P = 0.008$ ), and prescribing inappropriate medications ( $P = 0.024$ ) were significantly more common among general physicians than in specialists. On the other hand, compared to general physicians, specialists were less committed to the determined fees ( $P = 0.01$ ), more commonly visited patients in groups ( $P = 0.007$ ), and accepted more limited number of patients under insurance coverage ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results showed that less than 1% of service providers failed to comply with the rules probably due to lack of awareness. Therefore, insurance companies can provide information on the rules and regulations, replace insurance books with electronic health cards, make timely payments of claims, and hold retraining seminars on professional ethics with emphasis on the Islamic rules and the national law to improve the services provided and prevent violations of the law.

**Keywords:** Insurance; Health Services; Legislation.

**Type of article:** Original Article

Received: 21 Aug, 2011

Accepted: 12 Nov, 2011

**Citation:** Ghodoosi A, Abedi HA, Mansouri A, Riaziat A. Evaluating the Cases of Violating the Regulations of Medical Services Insurance Organization in Isfahan Province, Iran. Health Information Management 2012; 9(3): 347.

\* This article resulted from an MSc thesis and independent research.

1. Assistant Professor, Forensic Medicine, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3. MSc Student, Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: mansouri.akbar@yahoo.com

4. General Manager of Medical Services Insurance Organization, Isfahan Province, Isfahan, Iran.