Short Communication

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 1, Spring 2025 | Pages: 35-40

journal.ihio.gov.ir

Factors Influencing Physicians' Reluctance to Enter Contracts With the Health Insurance Organization in Khuzestan Province in 2024

Mohammadreza Rezaee*[1] PhD, Ali Rezaee[2] MA

[1] National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
[2] Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

***Correspondence to:** Mohammadreza Rezaee, Email: mr.rezaei@ihio.gov.ir

Received: December 23, 2024 **Revised:** April 18, 2025 **Accepted:** April 30, 2025 **Online Published:** June 8, 2025

Abstract

Introduction: Health insurance is essential for equitable healthcare access. However, administrative complexities and electronic system challenges often discourage physicians from contracting with health insurance providers. This study examines factors contributing to physicians' reluctance to engage with basic health insurance in Khuzestan Province and explores whether education level influences their willingness to collaborate.

Methods: A descriptive, survey-based study was conducted among general practitioners, specialists, subspecialists, and dentists in Khuzestan Province. A 16-item questionnaire assessed personal and professional characteristics, electronic system challenges, financial concerns, and technical support deficiencies. Data were analyzed using SPSS software, and the Mann-Whitney U test was applied to examine differences in physicians' willingness to contract with insurers.

Results: Major barriers included complex administrative procedures, delayed claim reimbursements, inadequate technical support, and low payment tariffs. These issues significantly affected physicians' willingness to engage with health insurance providers.

Conclusion: To increase physician participation, policy reforms should focus on revising reimbursement rates, improving financial structures, enhancing transparency, addressing technical system deficiencies, and expanding training and awareness programs. Addressing these barriers may promote stronger physician collaboration with health insurance providers.

Keywords: Health Insurance, Physicians, Electronic Health Records, Administrative Processes, Reimbursement Mechanisms

Highlights

1. Complex administrative procedures and delayed claim reimbursements are significant barriers to physicians contracting with health insurance providers.
2. The lack of effective incentives to encourage physician participation hinders the expansion of contractual agreements with insurers.

Citation:
Rezaee M, Rezaee A. Factors influencing physicians' reluctance to enter contracts with the Health Insurance Organization in Khuzestan province in 2024. Iran J Health Insur. 2025;8(1):35-40.

Copyright © 2025 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.8.1.35]

مقاله کوتاه

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۱، بهار ۱۴۰۴ | صفحات ۳۵ تا ۴۰

عوامل مؤثر بر عدم گرایش پزشکان به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه سلامت در استان خوزستان طی سال ۱۴۰۳

محمدرضا رضایی[۱*] PhD، علی رضایی[۲] MA

[۱] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
[۲] دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور، اهواز، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** محمدرضا رضایی، پست الکترونیک: mr.rezaei@ihio.gov.ir

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳ **تصحیح:** ۱۴۰۴/۰۱/۲۹ **پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۲/۱۰ **انتشار آنلاین:** ۱۴۰۴/۰۳/۱۸

چکیده

مقدمه: بیمه سلامت یکی از ارکان اصلی سیستم بهداشت و درمان است که نقش مهمی در تأمین خدمات پزشکی برای جامعه ایفا می‌کند. باتوجه‌به اهمیت آن در کشور، یکی از چالش‌های اساسی عقد قرارداد جامعه پزشکی با بیمه‌های درمانی است. این مطالعه به بررسی دلایل بی‌میلی پزشکان به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه، به‌ویژه بیمه سلامت در استان خوزستان پرداخته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر به‌صورت توصیفی و با استفاده از روش پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری شامل پزشکان بر اساس تحصیلات در استان خوزستان بوده است. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌هایی که شامل ۱۶ سوال در مورد ۵ عامل ویژگی‌های فردی و شغلی پزشکان، مشکلات سامانه‌های الکترونیکی بیمه سلامت، مسائل مالی و پشتیبانی فنی جمع‌آوری شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و تحلیل‌های توصیفی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی تمایل به عقد قرارداد با بیمه سلامت بر اساس مدرک تحصیلی، از آزمون رتبه‌بندی من-ویتنی یو (Mann-Whitney U) استفاده شد تا تفاوت‌های معنادار در تمایل به همکاری بین گروه‌ها تحلیل شود.

یافته‌ها: یافته‌های نشان داد که اکثر پزشکان از سامانه‌های الکترونیکی بیمه‌ها استفاده می‌کنند، اما تعداد قابل‌توجهی از آنها مشکلاتی نظیر پایین‌بودن تعرفه‌های پزشکان، پیچیدگی‌های فرآیندی، تأخیر در پرداخت مطالبات و نبود پشتیبانی فنی مناسب را به‌عنوان دلایل اصلی بی‌میلی برای همکاری با بیمه‌های پایه بیان کرده‌اند. همچنین، بیشتر پزشکان معتقد بودند که ایجاد اعتماد به بیمه‌ها بر تمایل به همکاری با بیمه سلامت تأثیرگذار است.

نتیجه‌گیری: به‌منظور افزایش همکاری پزشکان با بیمه‌های پایه، ضروری است که تعرفه‌ها و پرداخت‌های مالی اصلاح، شفافیت در پرداخت‌ها افزایش، مشکلات سامانه‌ها برطرف و آموزش و فرهنگ‌سازی در این حوزه تقویت شود.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت، پزشکان، سامانه‌های الکترونیکی مرتبط با سلامت، پرداخت مطالبات، فرآیندهای اداری

نکات ویژه

۱- پیچیدگی فرآیندهای اداری و تأخیر در پرداخت مطالبات، از دلایل اصلی بی‌میلی پزشکان به عقد قرارداد با بیمه سلامت است.
۲- نبود سازوکارهای تشویقی مناسب و کافی برای جلب همکاری پزشکان با بیمه سلامت، مانعی اساسی در افزایش تعداد قراردادهاست.

مقدمه

هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان به طور سریع و روز افزونی در حال گسترش است [۱]. از طرفی حق برخورداری از بالاترین سطح قابل‌قبول سلامت جسمی و روحی، یک حق بنیادین انسان‌ها محسوب می‌شود. در حقوق بین‌الملل، در سال ۱۹۴۶، سازمان بهداشت جهانی حق سلامت را برای همه افراد در نظر قرار داد[۲۲]. تفسیر معتبرترین حق برای سلامتی در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی [۳] که توسط حدود ۱۵۰ کشور ازجمله جمهوری اسلامی ایران تصویب شده، مشخص شد [۴،۵] برای تحقق این حق سلامت، کشورها ملزم به اطمینان از در دسترس بودن منابع مالی پایدار در کنار سایر منابع هستند [۶]. بر این اساس، هدف بسیاری از کشورهای جهان این است که نظام تأمین مالی سلامت خود را به

[DOI: 10.66224/ihio.8.1.35]

گونه ای طراحی کنند که از مردم در برابر هزینه‌های تأمین سلامتی محافظت کرده و میزان دسترسی تمامی جمعیت را به خدمات سلامت فراهم سازد [۷]. یکی از مهم‌ترین ابزارهای تأمین مالی خدمات سلامت، بیمه‌های درمانی است که به‌عنوان سازوکاری برای دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پزشکی عمل می‌کنند [۸]. از طرفی در دنیای مدرن برای تسهیل در دسترسی به این حق، بیمه‌ها نقش مهمی ایفا می‌کنند. بنابراین به بیمه‌ها به‌عنوان سرمایه برای پشتیبانی از نظام سلامت جوامع نگاه می‌شود. معمولاً بیمه‌ها نقش یک سازمان میانجی در انتقال سرمایه از مصرف‌کننده خدمات سلامت به ارائه‌دهنده آن را بازی می‌کنند [۹].

در ایران با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، دولت موظف شد تا شرایط لازم برای تحت پوشش قراردادن تمام گروها و افراد جامعه را که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم کند [۱۰]. بیمه‌های سلامت نقش کلیدی در کاهش هزینه‌های مستقیم بیماران و افزایش دسترسی به خدمات درمانی ایفا می‌کنند. این بیمه‌ها به‌عنوان واسطه‌ای میان بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، نه‌تنها هزینه‌ها را مدیریت می‌کنند، بلکه در تضمین کیفیت و نظارت بر خدمات نیز نقش مهمی دارند[۱۱]. هم اکنون تقریباً [۱۲] تمامی بیمارستان‌های کشور با بیمه‌های پایه طرف قرارداد هستند و با ارسال صورتحساب مبالغ خود را بجای بیمه شده از سازمان بیمه دریافت می‌کنند [۱۳]. مشکل اساسی در حوزه سرپایی و پزشکان است که به دلایل مختلف از عقد قرارداد با بیمه‌های پایه اجتناب می‌کنند. همچنین، فرآیندهای اداری پیچیده و زمان‌بر برای عقد قرارداد با بیمه‌ها و نظارت ضعیف بر عملکرد بیمه‌ها از دیگر عواملی هستند که مانع از همکاری گسترده‌تر پزشکان با بیمه‌های پایه می‌شوند [۱۴].

با این‌حال در برخی از کشورها از جمله ایران، چالش‌های در تعامل بین پزشکان و بیمه‌های پایه وجود دارد. پیچیدگی اداری و زمان‌بر بودن فرآیندها عقد قرارداد و نظارت ضعیف بر عملکرد بیمه‌ها، از جمله عواملی هستند که مانع از همکاری گسترده پزشکان با بیمه‌های پایه می‌شوند. این مطالعه به بررسی عواملی می‌پردازد که تأثیرگذار بر تعامل پزشکان با بیمه‌های پایه مانند بیمه سلامت است و با استفاده از تحلیل داده‌ها، به شناسایی مشکلات موجود پرداخته و راهکارهایی برای رفع آن‌ها ارائه خواهد داد. این اطلاعات می‌تواند برای سیاست‌گذاران و مدیران بیمه سلامت در راستای بهبود خدمات و افزایش همکاری با پزشکان مفید واقع شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که در سال ۱۴۰۳ صورت پذیرفت. جامعه شامل پزشکان عمومی، متخصص و فوق‌تخصص، دندانپزشکان و سایر گروه‌های مرتبط با ارائه خدمات درمانی بوده که در این استان فعالیت می‌کنند. آدرس پرسش‌نامه از طریق پیامک برای ۱۷۹۹ پزشک به‌عنوان کل جامعه آماری که در سامانه نسخه نویسی به‌صورت طرف قرارداد با بیمه سلامت و یا غیر طرف قرارداد در حال ارائه خدمت در خوزستان است ارسال شد که از این تعداد ۵۰۳ نفر به این پرسش‌ها پاسخ دادند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای طراحی‌شده توسط پژوهشگر با همکاری نخبگان این حوزه بوده که شامل ۱۶ پرسش بسته در زمینه‌های تحصیلات، سابقه فعالیت، نوع بیمه‌های غالب مراجعان، نرم‌افزارهای مورد استفاده در نسخه‌نویسی، میزان تأثیر تعرفه‌ها، سرعت و تأخیر در پرداخت مطالبات، تمایل مراجعان به استفاده از بیمه درمان، پیچیدگی فرآیندهای اداری، مشکلات فنی سامانه‌ها و عوامل فرهنگی و آموزشی مرتبط با بیمه سلامت بود. جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه صورت گرفت که روایی آن در مطالعه نجات‌زادگان و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است [۱۵].

روایی ابزار با استفاده از نظرات متخصصان حوزه سلامت و روش تحلیل محتوا تأیید شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تعیین شد. در این مطالعه به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی سعی شد پس از جلب رضایت و موافقت افراد از آنها درخواست شود نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام کنند، در ضمن کلیه تضمین‌های لازم به‌منظور اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات پرسش‌نامه انجام گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ شد، با توجه به اینکه نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی بود، به همین دلیل برای پی بردن به نظرات هر گروه از جمعیت مورد بررسی از آمار توصیفی (مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین، میانه، مد، انحراف معیار و واریانس) و برای مقایسه درصدها و میانگین‌ها (آمار تحلیلی) از آزمون‌های آماری کای دو و برای تفاوت در نوع تحصیلات و تمایل از آزمون من-ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه‌ها و جامعه آماری و حجم نمونه (۵۰۳ نفر از پزشکان سطح استان)، نتایج براساس تحصیلات پزشکان، سابقه کاری، نوع بیمه‌نامه مراجعه‌کنندگان و

[DOI: 10.66224/ihio.8.1.35]

نرم‌افزار مورداستفاده به تفکیک در جدول ۱ تدوین شده است.

نتایج نشـان می‌دهند که بیشـترین تعداد پزشـکان دارای سابقه فعالیت بیش از ۱۵ سـال هستند که نشان‌دهنده سطح بالای تجربه در حوزه درمان اسـت. همچنین، پزشـکان عمومی بیشترین فراوانی را در میان گروه‌های پزشکی دارند. این موضوع احتمالاً به دلیل تنوع گسترده خدمات و دسترسی آسان‌تر بیماران به پزشکان عمومی است. در حوزه پوشش بیمه‌ای، اکثر بیماران با بیمه تأمین اجتماعی به پزشکان مراجعه می‌کنند. این مسـئله ممکن اسـت به دلیل اجرای سیسـتم ارجاع در صندوق روسـتاییان و عشایر باشـد. علاوه بر این، جمعیت بیشتری از افراد جامعه در مناطق روستایی تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و خدمات خود را از طریق پزشکان خانواده دریافت می‌کنند.

در زمینه نرم‌افزارهای نسخه‌نویسی، اکثریت پزشکان از نرم‌افزارهای سازمان‌های بیمه استفاده می‌کنند که این نشان‌دهنده اعتماد پزشکان به سامانه‌های رسـمی و کاربردی است. درعین‌حال، بخشی از پزشکان نیز از نرم‌افزارهای واسـط استفاده می‌کنند که احتمالاً به دلایل خاص مانند کارایی بیشـتر یا محدودیت‌های نرم‌افزارهای سازمانی است. این یافته‌ها تأکید دارند بر اهمیت استفاده از سیستم‌های استاندارد و معتبر در نسخه‌نویسـی و روند درمان بیماران، و همچنین نشان می‌دهند که بیمه‌ها نقش پررنگی در سیستم درمانی دارند.

نتایج پاسخ‌های در قالب جدول شماره دو مشخص شده که اولویت آنان به ترتیب شـامل نامناسـب‌بودن تعرفه‌ها بـا میانگین ۴/۰۸، تاثیر تاخیر در پرداخت مطالبات با ۳/۹۳، مشـکلات فنی سامانه‌های نسخه نویسـی با میانگین ۳/۷۱، کاهش اعتماد موسسات درمانی به بیمه‌ها با ۳/۵۵، در تمایل به عقد قرارداد دخیل بوده است (جدول ۲).

به‌طورکلی نتایج این پژوهش نشـان داد که مهم‌ترین عامل در عدم تمایل پزشـکان به عقد قرارداد با بیمه سـلامت، مسائل مالی است. در این زمینه، نامناسـب‌بودن تعرفه‌های بیمه با میانگین ۴/۰۸ و تأخیر در پرداخت مطالبات با میانگین ۳/۹۳، بیشـترین تأثیر را دارند. در مرحله بعد، مشکلات سـامانه‌های الکترونیکی شامل مسـائل فنی با میانگین ۳/۷۱ و کاربرپسند نبودن با میانگین ۳/۴۰ و همچنین پیچیدگی فرآیند عقد قـرارداد (۳/۰۸) و تمایل پایین مراجعین به اسـتفاده از بیمه‌نامه الکترونیک (۳/۲۸) از دیگر عوامل تأثیرگذار بودند

در بخش چالش‌های پشتیبانی فنی، نظارت ضعیف و غیرتخصصی بیمه‌ها که منجر به کاهش اعتماد پزشـکان شـده (میانگین ۳/۵۵)، و ناکافـی بودن آموزش‌های مرتبط با سـامانه‌های الکترونیکی (میانگین ۲/۷۶)، مشـکلاتی را ایجاد کرده‌اند. این چالش‌هـا بر رضایت و کارایی پزشـکان تأثیر منفی می‌گذارند. از منظر چالش‌های فرهنگی، فرهنگ مطالبه‌گری بیمه در میان مراجعان استان خوزستان (میانگین ۳/۱۵) و اثربخشی برنامه‌های آموزشی (میانگین ۳/۱۶) نیز به‌طور نسبی بر تمایل به عقد قرارداد تأثیر داشته‌اند.

تحلیـل آماری بـا آزمون ویتنی یو نشـان داد که بیـن گروه‌های مختلف پزشکان از جمله پزشـکان عمومی، متخصص، فوق تخصص و دندانپزشکان، تفاوت معناداری در تمایل به عقد قرارداد با بیمه سلامت وجـود دارد. نتایج نشـان داد که پزشـکان عمومی تمایل بیشـتری به همـکاری دارند ($P<0/05$). یافته‌ها بر اهمیـت اصلاح تعرفه‌ها، بهبود سـامانه‌ها، رفع مشـکلات فنی و تقویت آموزش و فرهنگ‌سـازی برای ارتقای همکاری پزشکان با بیمه سلامت تأکید می‌کنند.

در بخش دیگری از این پژوهش از پزشکان در خصوص اولویت‌های آنان در بی‌میلی به عقد قرارداد سؤال شده که طبق نمودار ۱، این دسته از موسسات درمانی به این موضوع پاسخ دادند.

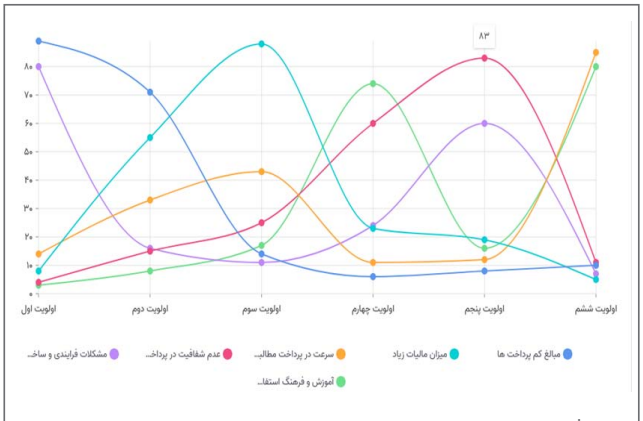
جدول ۱ | اطلاعات مربوط به نمونه

	درصد فراوانی	تعداد	نوع مدرک		درصد فراوانی	تعداد	سابقه فعالیت
تحصیلات پزشکان	پزشک عمومی	۲۹۵	۵۸/۶	سابقه فعالیت	۵ سال و کمتر	۶۴	۱۲/۷
	پزشک متخصص	۱۳۸	۲۷/۴		۵ تا ۱۰ سال	۳۷	۷/۴
	پزشک فوق‌تخصص	۳۲	۶/۴		۱۰ تا ۱۵ سال	۴۹	۹/۷
	دندانپزشک	۲۵	۵		۱۵ سال به بالا	۳۵۲	۷۰
	سایر	۱۲	۲/۴		جمع	۵۰۳	۱۰۰
	جمع	۵۰۳	۱۰۰	بیشترین بیمه شده مراجعه‌کننده	بیمه سلامت	۶۳	۱۲/۵
نرم‌افزار مورد استفاده توسط پزشکان	نرم‌افزار سازمان‌های بیمه‌گر	۴۰۱	۶۴/۵		تأمین اجتماعی	۴۱۹	۸۳/۳
					نیروهای مسلح	۶	۱/۲
	سایر نرم‌افزارهای واسط	۲۲۱	۳۵/۵		سایر	۳	۰/۶
					بیمه ندارند	۳	۰/۶
					اطلاعی ندارم	۱۷	۳/۴
	جمع	۵۰۳	۱۰۰		جمع	۵۰۳	۱۰۰

[DOI: 10.66224/ihio.8.1.35]

جدول ۲ | نتایج آزمون در مورد رابطه هر یک از متغیرها بر موفقیت برنامه پزشک خانواده

شاخص	چالش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مالی	نامناسب‌بودن تعرفه‌ها	۵۰۳	۴/۰۸	۱/۳۱
	مناسب‌بودن سرعت پرداخت مطالبات در بیمه سلامت	۵۰۱	۲/۷۸	۱/۱۱
	تأثیر تأخیر در پرداخت مطالبات بر تمایل بر عقد قرارداد	۴۹۸	۳/۹۳	۱/۳۴
سامانه‌های الکترونیکی	تمایل مراجعان در استفاده از بیمه‌نامه الکترونیک	۵۰۳	۳/۲۸	۱/۱۶
	پیچیدگی فرآیند عقد قرارداد	۵۰۲	۳/۰۸	۱/۴۸
	مشکلات فنی سامانه‌های نسخه‌نویسی	۵۰۳	۳/۷۱	۱/۴۱
	کاربرپسند نبودن سامانه‌های نسخه‌نویسی	۵۰۳	۳/۴۰	۱/۳۷
	کاهش اعتماد و برخورد غیرتخصصی بیمه‌ها	۴۹۹	۳/۵۵	۱/۳۸
پشتیبانی فنی	آموزش‌های ارائه شده در خصوص سامانه‌های الکترونیک	۵۰۳	۲/۷۶	۱/۴۶
	پشتیبانی فنی	۵۰۳	۳/۱۸	۱/۴۵
فرهنگی	فرهنگ مطالبه‌گری استفاده از بیمه درمان نزد مردم در هنگام مراجعه	۵۰۳	۳/۱۵	۱/۳۴
	تأثیر برنامه‌های فرهنگی و آموزشی بر پزشکان و مراجعان	۴۹۹	۳/۲۶	۱/۴۲



شکل ۱ | اولویت پزشکان درخصوص بی‌میلی به عقد قرارداد

بحث

در این مطالعه، دلایل بی‌میلی پزشکان به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه با ترتیب اولویت مورد بررسی قرار گرفته است. اولویت اول به مبالغ پایین پرداخت‌ها و تعرفه‌های تعیین‌شده توسط بیمه‌های پایه اختصاص دارد. این عامل اصلی‌ترین دلیل نارضایتی پزشکان است، زیرا تعرفه‌های پایین باعث کاهش انگیزه برای همکاری می‌شود. اولویت دوم مربوط به میزان بالای مالیات است. مالیات‌های سنگین، درآمد خالص پزشکان را کاهش داده و تمایل آنان را برای عقد قرارداد با بیمه‌ها کم می‌کند. اولویت سوم تأخیر در پرداخت‌های بیمه‌ها به پزشکان است. این مسئله که از مشکلات جدی تعامل میان بیمه‌ها و پزشکان به شمار می‌رود، بر جریان مالی و عملکرد مطب‌ها تأثیر منفی گذاشته و نارضایتی پزشکان را افزایش می‌دهد. اولویت چهارم به عدم شفافیت در پرداخت‌ها مربوط می‌شود. ابهام در فرآیند پرداخت‌ها، زمان‌بندی و مبالغ پرداختی، باعث کاهش اعتماد پزشکان و ایجاد اختلاف با بیمه‌ها می‌شود. اولویت پنجم مشکلات سامانه‌ها و فرآیندهای اجرایی در بیمه‌های پایه است. نقص‌های فنی و ناهماهنگی در این سامانه‌ها، انگیزه پزشکان را برای همکاری با بیمه‌ها کاهش می‌دهد. اولویت ششم به ضعف در آموزش و فرهنگ‌سازی مرتبط با بیمه‌های درمانی اختصاص دارد. این ضعف نه‌تنها در میان بیمه‌ها و مؤسسات، بلکه در سطح جامعه نیز به چشم می‌خورد و تأثیری منفی بر پذیرش بیمه‌های پایه دارد.

دریافت حق بیمه منطقی نیز به عنوان یکی از عوامل اقتصادی مطرح شد. نتایج مطالعه ملکی نیز غیرعلمی بودن روش محاسبه حق بیمه را نشان داد. به جز سازمان تأمین اجتماعی که محاسبه حق بیمه بر اساس آکچواری است، مبنای حق بیمه در سایر آن سازمان‌های بیمه ای (روش سرانه) مبتنی بر روش‌های شناخته شده علمی نیست. سرانه هر ساله تغییر می‌کند و میزان درآمد سازمانهای بیمه ای که از این روش استفاده می‌کنند، نیز قابل پیش بینی نیست، چون عوامل مختلف و غیر قابل کنترلی بر آن مؤثرند[۱۶]. سازمان جهانی بهداشت نیز در گزارش خود، برای پوشش فراگیر بیمه ای عوامل مختلفی از جمله عوامل اقتصادی، عوامل جمعیت شناختی، عوامل اجتماعی و فرهنگی را برمی‌شمارد[۱۷]. مطالعه عامری و همکاران نیز نشان داد که محدودیت‌های فنی، تخصصی و نگرشی-رفتاری مهم‌ترین موانع پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت هستند [۱۲]. از دیدگاه اکثر صاحبنظران، تجمیع منابع در سازمان بیمه به عنوان یکی از عوامل اقتصادی مطرح شد. سازمان بهداشت جهانی، ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازمان‌دهی صندوق‌ها دانسته است [۱۸]. چندپارگی صندوق‌ها ممکن است باعث شود که گروه‌هایی از جامعه به‌خصوص اقشار کم‌درآمد، در برابر خطر مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند، زیرا صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدمتی آن هم محدودتر خواهد شد[۱۹]. وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد در نظام تأمین مالی کشور، رسالت اساسی سازمان بیمه را که تجمیع سرمایه و کاهش ریسک است، نقض می‌کند.

[DOI: 10.66224/ihio.8.1.35]

سازمان‌های بیمه‌ای موجود در کشور هریک رویکرد خاص خود را دارند. در داخل خود هر سازمان بیمه ای نیز به هم ریختگی پوشش خدمات برای جمعیت‌های تحت پوشش وجود دارد [۲۰].

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مهم‌ترین عوامل در بی‌میلی پزشکان به عقد قرارداد با بیمه سلامت، مسائل مالی از جمله نامناسب‌بودن تعرفه‌ها و تأخیر در پرداخت مطالبات است. همچنین مشکلات فنی سامانه‌های الکترونیکی، پیچیدگی فرآیند عقد قرارداد، و نظارت ضعیف بیمه‌ها از دیگر عوامل تأثیرگذار بوده‌اند. چالش‌های فرهنگی مانند ضعف فرهنگ مطالبه‌گری و ناکافی بودن آموزش‌ها نیز در کاهش تعامل پزشکان با بیمه سلامت نقش داشته است. بررسی آماری نشان داد که پزشکان عمومی نسبت به سایر گروه‌ها تمایل بیشتری به همکاری با بیمه سلامت دارند. برای افزایش تمایل پزشکان به همکاری با بیمه‌های پایه، ضروری است که تعرفه‌ها و پرداخت‌های مالی اصلاح شود، شفافیت در پرداخت‌ها افزایش یابد، مشکلات سامانه‌ها برطرف شود و آموزش و فرهنگ‌سازی در این حوزه تقویت شود. این اقدامات می‌تواند انگیزه پزشکان را برای همکاری با بیمه‌های پایه افزایش داده و کیفیت خدمات درمانی را بهبود بخشد.

تأییدیه اخلاقی: در انجام پژوهش و جمع‌آوری تمامی اطلاعات و داده‌ها، ملاحظات اخلاقی رعایت شده است.
تعارض منافع: بین نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: سهم هر یک از نویسندگان ۵۰ درصد از کل مطالعه بوده است.
منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Sadeghi Mazidi A, Kharazmi E, Javanbakht M, Heidari A, Bayati M. Cost of diabetes in type II diabetic patients. Payesh. 2012;11(4):443-9. [Persian]
2. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
3. Assembly UG. International covenant on economic, social and cultural rights. 2025.
4. Rioux M. The right to health: Human rights approaches to health. Staying alive: Critical perspectives on health, illness, and health care. 2010. pp.85-110.
5. Toebes B. The right to health. Economic, Social and Cultural Rights. 2001;169:170-5. doi: 10.1163/9789047433866_014.
6. World Health Organization. The right to health. Available from: http://origin.who.int/mediacentre /factsheets/fs323/en.
7. Seddighi S, Hesam S, Maleki M. Effective components in establishment of basic health insurance in Iran. J Healthc Manag. 2012;4(9):7-19.
8. Savedoff WD, Gottret PE, editors. Governing mandatory health insurance: learning from experience. World Bank Publications; 2008. doi: 10.1596/978-0-8213-7548-8.
9. Mohebati T. Critique of health insurance configuration in developing countries. J Iran Health Insur. 2018;1(1-2):1-2. [Persian]
10. Jaafaripooyan E, Pourreza A, Kheirollahi F. Communication Challenges between Insurance Companies and Hospitals: an Exploratory Study in Tehran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2017;15(3):225-38. [Persian]
11. Cutler D, Zeckhauser R. The anatomy of health insurance. Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics: Elsevier. 2000. pp. 563-43. doi: 10.1016/S1574-0064(00)80170-5.
12. Ameri A, Khajouei R, Ghasemi Nejad P. Barriers to Implementing Electronic Health Records from the Perspective of IT Administrators and Hospital Managers in Kerman. Journal of Health Administration. 2017;20(69):19-30. [Persian]
13. Nasiriad N, Rashidian A, Joodaki H, Akbari Haghighi F, Arab M. Assessing issues and problems in relatioship between ba- sic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research. Hospital. 2010;9(1 and 2):5-18. [Persian]
14. Williams D, Carter M. Administrative Burdens and their Effect on Physician Cooperation with Health Insurances. Journal of Healthcare Administration. 2022;29(3):177-85.
15. Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, Esmaili H, vafaeeNajar A. Challenges in the rural family doctor system in Iran in 2013–14: a qualitative approach. Fam Pract. 2016;33(4):421-5. doi: 10.1093/fampra/cmw033.
16. Maleki MR, Ebrahimipour H, Karimi I, Gouhari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. Payesh. 2010;9(2):173-87. [Persian]
17. Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Geneva: World Health Organization. 2004. pp. 13.
18. Langfeld M. Health Systems: Improving Performance. World Health Report: Switzerland, Geneva. 2000. pp. 99-104.
19. Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. Int Soc Secur Rev. 2002;55(2):57-69. doi: 10.1111/1468-246X.00124.
20. Raeisi AR, Mohamadi E, Nuhi M. Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study. Health Inf Manage. 2013;10(2):357-64. [Persian]

[DOI: 10.66224/ihio.8.1.35]