

# Financial Analysis of New Monetization Methods in Iran Health Insurance Organization

Mohammadreza Rezaee<sup>1</sup>, Saeed Daei-Karimzadeh<sup>2\*</sup>, Mehdi Fadaei<sup>1</sup>, Akbar Etebarian<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Management, Faculty of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>2</sup>Department of Economics, Faculty of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

\* **Corresponding Author:** Saeed Daei-Karimzadeh, Associate Professor, Department of Economics, Faculty of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: saeedkarimzade@yahoo.com

**Received:** October 19, 2019

**Revised:** December 26, 2019

**Accepted:** March 8, 2020

**Online Published:** March 11, 2020

## Abstract

**Introduction:** Having an insured population of 39 million, Iran Health Insurance Organization is one of the largest entities in health insurance sector of Iran. The organization needs to monetize in order to equate its resources with its costs due to economic conditions imposed on the country following sanctions as well as the aging trend of the society. That is, the organization needs to take appropriate measures to finance the coverage of health insurance for every Iranian, for which it is responsible in accordance with current law. This study aims at studying modern monetizing methods in Iran Health Insurance Organization.

**Methods:** First, the new monetizing methods were extracted using grounded theory and employing field's experts' opinion. Given the lack of finance experts in health insurance sector, the statistical population was consisted of 21 academic and administrative experts of health and insurance economy. Then the analytic hierarchy process was employed to analyze and rank findings.

**Results:** The nine main monetizing methods for Iran Health Insurance Organization were compared based on absorption rate, and revenue volume, sustainability, and endogeneity. According to the paired comparison matrix, the monetizing from individuals was ranked 1 with a weight of 0.314, internal monetizing was ranked 2 with a weight of 0.264, monetizing from subsidiaries was ranked 3 with a weight of 0.221, business and non-insurance activities was ranked 4 with a weight of 0.209, training and knowledge transfer was ranked 5 with a weight of 0.199, funding from other organizations was ranked 6 with a weight of 0.188, receiving public funds was ranked 7 with a weight of 0.176, and public donations and other monetizing measures were ranked last with weights of 0.165 and 0.163, respectively. For monetizing from individuals, receiving direct payments from recipients of services revealed to be far more significant than other options including selling a variety of insurance policies, introducing complementary insurance, and selling services to regional customers.

**Conclusions:** Results show that the insured need to carry the main burden of health insurance costs. The government and other relevant agencies are no longer able to finance Iran Health Insurance Organization. This is somewhat different from what other researchers suggest. However, experts believe that the Health Insurance Organization should be financed by service recipients. In order to prevent too much pressure on the insured clients, the organization can take various measures, which are of equal significance to receiving direct fees from service recipients. These include selling various insurance policies, introducing supplementary insurance policies, and selling services to regional clients as an insurance and investment organization.

**Keywords:** Financing, Healthcare Insurance, Monetization

## Citation:

Rezaee M, Daei-Karimzadeh S, Fadaei M, Etebarian A. Financial analysis of new monetization methods in Iran health insurance organization. Iran J Health Insur. 2020;2(4):238-247.

# بررسی شیوه‌های نوین درآمذزایی در سازمان بیمه سلامت از دیدگاه متخصصان مالی

محمدرضا رضائی<sup>۱</sup>، سعید دائی کریمزاده<sup>۲\*</sup>، مهدی فدائی<sup>۱</sup>، اکبر اعتباریان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> گروه اقتصاد، دانشکده مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

\* نویسنده مسئول: سعید دائی کریمزاده، دانشیار گروه اقتصاد، دانشکده مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
پست الکترونیک: saeedkarimzade@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۳

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۲۷

چکیده

**مقدمه:** سازمان بیمه سلامت به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های فعال در حوزه بیمه درمان ایران است که به‌دلیل شرایط اقتصادی حاکم بر کشور، از جمله فشارهای اقتصادی ناشی از تحریم‌ها و روند پیر شدن جامعه، نیاز به درآمذزایی برای برابری منابع با مصارف خود دارد. این سازمان باید اقدامات مناسبی در راستای تأمین منابع مالی به‌منظور تحت پوشش قرار دادن بیمه درمان برای تمامی آحاد جمعیت کشور، مطابق با قوانین جاری انجام دهد. هدف از این مطالعه ارائه شیوه‌های نوین درآمذزایی در سازمان بیمه سلامت ایرانیان است.

**روش بررسی:** در این پژوهش ابتدا براساس روش داده بنیاد و با استفاده از نظر متخصصان این حوزه نسبت به استخراج شیوه‌های نوین درآمذزایی اقدام شد. با توجه به کمبود متخصصان تأمین مالی در حوزه بیمه درمان، جامعه آماری پژوهش شامل ۲۱ نفر از خبرگان دانشگاهی و دستگاه‌های اجرای در حوزه اقتصاد سلامت و بیمه درمان انتخاب شدند. در نهایت با فرآیند سلسله‌مراتب تحلیلی، عوامل شناسایی شده مورد تحلیل و رتبه بندی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از میان ۹ مؤلفه اصلی در تأمین درآمد سازمان بیمه سلامت که مورد مقایسه براساس گزینه‌های سرعت جذب، میزان یا حجم درآمد، پایداری و درون‌زایی درآمد قرار گرفت، با توجه به ماتریس زوجی به‌دست‌آمده مشخص شد درآمذزایی از افراد با وزن ۰،۳۱۴ در رتبه نخست اهمیت، درآمذزایی داخلی سازمان با وزن ۰،۲۶۴ در رتبه ۲، کسب درآمد از شرکت‌های زیرمجموعه با وزن ۰،۲۲۱ در رتبه ۳، انجام فعالیت‌های تجاری و غیر بیمه‌ای با وزن ۰،۲۰۹ در رتبه ۴، درآمذزایی ناشی از آموزش و انتقال تجربیات با وزن ۰،۱۹۹ در رتبه ۵، تأمین منابع مالی از سازمان‌های دیگر با وزن ۰،۱۸۸ در رتبه ۶، وجوه دریافتی از دولت به‌عنوان درآمد با وزن ۰،۱۷۶ در رتبه ۷ و کمک‌های مردمی و سایر اقدامات درآمدزا با اوزان ۰،۱۶۵ و ۰،۱۶۳ در ترتیب اهمیت آخر است. در معیار درآمذزایی فردی مشخص شد، اهمیت اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت نسبت به گزینه‌های فروش بیمه‌نامه‌های متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل و فروش خدمات به مخاطبان منطقه‌ای بسیار فراتر است. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد بار اصلی هزینه‌های بیمه درمان باید برعهده بیمه‌شدگان باشد. دولت و سازمان‌های ذی‌ربط قادر به ادامه تأمین مالی در سازمان بیمه سلامت نیستند. نتایج این پژوهش با آنچه سایر محققان مطرح می‌سازند، مقداری متفاوت است و از نظر خبرگان، تأمین مالی در سازمان بیمه سلامت باید متمرکز بر دریافت‌کنندگان خدمت باشد. در همین راستا سازمان بیمه سلامت ایران می‌تواند برای جلوگیری از فشار مضاعف به بیمه‌شدگان، از سایر اقدامات متنوع دیگر که اهمیتی برابر با اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت دارد، استفاده کند. این راهکارها را می‌توان در گزینه‌های فروش بیمه‌نامه‌های متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل و فروش خدمات به مخاطبان منطقه‌ای به‌عنوان یک نهاد بیمه‌ای و سرمایه‌گذاری مشاهده کرد.

**واژگان کلیدی:** تأمین مالی، درآمذزایی، بیمه سلامت

## مقدمه

با شدت یافتن تحریم‌های یک‌جانبه و غیرانسانی غرب، به‌خصوص آمریکا علیه جمهوری اسلامی ایران با هدف متوقف کردن برنامه‌های صلح‌آمیز هسته‌ای، سازمان‌های دولتی که فقط از بودجه‌های دولتی استفاده می‌کردند دچار بحران شدند [۲] که لازم است در این زمینه اقداماتی در راستای شناسایی شیوه‌های نوین درآمذزایی انجام شود.

حق برخورداری از بالاترین سطح قابل قبول سلامت جسمی و روحی، یکی از حقوق بنیادین انسان‌ها محسوب می‌شود. در حوزه حقوق بین‌الملل و در سال ۱۹۴۶، سازمان بهداشت جهانی حق سلامت را برای همه افراد مدنظر قرارداد [۱]. در چند سال اخیر و

شد. در بیمه سلامت ایران پیش‌بینی می‌شود که به کلیه بخش‌های ارائه‌دهنده خدمت ۱۰ هزار میلیارد تومان بدهی وجود داشته باشد که تاکنون در خدمت‌رسانی بخش درمان مشکلی ایجاد نکرده است. پیامد تأمین نشدن منابع مالی، تأخیر در پرداخت مطالبات مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و نارضایتی ۳۹ میلیون بیمه‌شده است که این امر می‌تواند با توجه به شرایط نامساعد اقتصادی کشور به دلیل تحریم‌های اقتصادی و فقدان منابع مالی کافی برای اجرای طرح‌های اجتماعی و اقتصادی، زمینه‌ساز مهم‌ترین بحران جدی اجتماعی آینده و همچنین بحرانی برای تأمین سلامت کشور قلمداد شود [۵]. اصلاح نظام‌های بیمه درمان امری زمان‌بر و نیازمند بررسی ملاحظات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است، بنابراین همه زوایای کار باید بررسی شود تا کشور کمترین آسیب را در گذر از این بحران متحمل شود.

با توجه به مطالب پیش‌گفت و اطلاعات مندرج در جدول ۱ می‌توان به وضوح وضعیت نامساعد مالی سازمان بیمه سلامت را طی چند سال اخیر که تمرکز بر بودجه دولتی را مشهود می‌نماید، متوجه شد. پژوهش حاضر به دنبال شناسایی شیوه‌های نوین درآمدزایی در سازمان بیمه سلامت و رتبه‌بندی عوامل مؤثر در تأمین مالی آن با توجه به وضعیت نامساعد مالی دولت است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۸ انجام شد و به ۲ بخش تقسیم‌شده

بهداشت و درمان به‌عنوان یک خدمت ضروری دارای حساسیت زیادی است، چراکه توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه دارد، باعث شود، منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. کارایی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع نظام سلامت برمی‌گردد و عادلانه بودن آن به سیاست تأمین مالی نظام مربوط می‌شود. نوع تأمین مالی نظام سلامت، شاخص عمده‌ای است که تعیین می‌کند آیا در جامعه دسترسی عادلانه به مراقبت پایه سلامت برای افراد وجود دارد یا خیر و اینکه سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه میزان است و به چه میزان باید باشد [۳].

تأکید بر تکلیف دولت‌ها به تأمین سلامت افراد جامعه به‌سلامت افراد جامعه، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر، بر هیچ‌کس پوشیده نیست و باید دولت‌ها در این راه از طرق مختلف به تأمین منابع مالی در قالب بیمه‌های درمانی اقدام کنند [۴]. از طرفی دیگر جمهوری اسلامی ایران از جمله کشورهایی است که در ۳ دهه اخیر بیشترین و گسترده‌ترین تحریم‌ها را متحمل شده است. تحریم اقتصادی شرایط اقتصادی کشور را در وضعیتی قرار می‌دهد که با اغلب فروض اساسی علم اقتصاد در تناقض است [۲]. این سازمان برای توسعه نظام بیمه سلامت کشور که یکی از مهم‌ترین فرمان‌های مورد تأکید در سیاست‌های کلی نظام، قانون برنامه پنجم و ششم توسعه و باهدف اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور محسوب می‌شود، در تاریخ ۹۱/۵/۲۲ تشکیل

جدول ۱ | زیان انباشته از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵

عنوان	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
منابع ردیف ۱۲۹۱۰۹	۱۶,۹۳۹	۱۸,۸۹۰	۲۵,۶۲۲	۳۶,۲۴۲	۴۶,۲۱۵	۵۱,۸۴۴
منابع داخلی (حق بیمه)	۸,۹۵۰	۱۰,۶۴۵	۱۳,۰۵۹	۱۸,۴۳۴	۱۸,۹۳۳	۲۰,۶۰۶
سایر منابع (رد دیون، اوراق و ...)	۰	۰	۰	۰	۰	۷۷,۰۷۱
منابع وزارت بهداشت	۰	۰	۱۳,۰۸۸	۱۹,۲۱۴	۲۳,۵۸۸	۱۹,۴۹۴
سایر درآمدها (چاپ دفترچه و ...)	۲۶۳	۲۹۵	۴۱۵	۱,۱۱۱	۵۵۹	۱۶۵
جمع کل منابع	۲۶,۱۵۲	۲۹,۸۳۰	۵۲,۱۸۴	۷۵,۰۰۱	۸۹,۲۹۵	۱۶۹,۱۸۰
مصارف درمان	۲۶,۴۱۶	۳۲,۶۵۰	۴۳,۵۱۳	۸۶,۰۸۶	۱۲۲,۸۵۲	۱۴۹,۲۳۱
مصارف عملیاتی	۰	۰	۴۶۰	۱,۰۱۶	۱,۲۰۵	۱,۳۱۲
مصارف جاری (پرسنلی و اداری)	۱,۲۰۵	۱,۴۶۰	۱,۹۸۱	۲,۶۰۳	۳,۳۹۱	۴,۰۴۰
جمع کل مصارف	۲۷,۶۲۱	۳۴,۱۱۰	۴۵,۹۵۴	۸۹,۷۰۵	۱۲۷,۴۴۸	۱۵۴,۵۸۳
سود (زیان) سنواتی	-۱,۴۶۹	-۴,۲۸۰	۶,۲۳۰	-۱۴,۷۰۴	-۳۸,۱۵۳	۱۴,۵۹۷
زیان انباشته ابتدای سال	-۶,۵۳۲	-۸,۰۰۱	-۱۲,۲۸۱	-۶,۰۵۱	-۲۰,۷۵۵	-۵۸,۹۰۸
زیان انباشته پایان سال	-۸,۰۰۱	-۱۲,۲۸۱	-۶,۰۵۱	-۲۰,۷۵۵	-۵۸,۹۰۸	-۴۴,۳۱۱

منبع: بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت [۵]

سود و زیان انباشته مورد بررسی قرار گرفت، سپس به بیان یافته‌های کیفی براساس مطالعات پرداخته شده است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشخص است، پایداری در اکثر منابع درآمدی سازمان بیمه سلامت وجود ندارد و به‌غیراز حق بیمه‌های دریافتی و درآمدهای ناشی از چاپ دفترچه که در صورت ارائه خدمات مستمر، پایدار است، سایر منابع درآمدی فاقد ساختار پایدار در کسب درآمد و تأمین منابع مالی

جدول ۲ | توزیع فراوانی وضعیت تخصص مصاحبه‌شوندگان

تخصص	فراوانی	فراوانی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
اساتید اقتصاد	۳	۱۴.۲۹	۱۴.۲۹
اساتید مدیریت	۴	۱۹.۰۵	۳۳.۳۴
اساتید مدیریت مالی	۳	۱۴.۲۹	۴۷.۶۳
مدیران اجرایی	۷	۳۳.۳۳	۸۰.۹۶
سایر (معاونان مالی)	۴	۱۹.۰۵	۱۰۰
جمع کل	۲۱	۱۰۰	-

جدول ۳ | منابع درآمد سازمان بیمه سلامت

نوع پایداری	محل تأمین منابع مالی
پایدار	حق بیمه‌های دریافتی
ناپایدار	کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی
ناپایدار	منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها
ناپایدار	وجوه حاصل از خسارات، جرائم و جزایهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها
پایدار	درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه‌شدگان
ناپایدار	منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی
ناپایدار	منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید
ناپایدار	منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی
ناپایدار	سایر درآمدهای متفرقه

منبع: فصل چهارم اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران [۶]

جدول ۴ | جمعیت بیمه‌شدگان به تفکیک رایگان و غیر رایگان

نوع بیمه‌شده از لحاظ پرداخت حق سرانه	جمعیت	درصد
بیمه‌شدگان غیر رایگان	۵۷۲۵۶۲۵	۱۴.۵
بیمه‌شدگان رایگان	۳۳۷۶۱۴۴۶	۸۵.۵
جمع کل	۳۹۴۸۷۰۷۱	۱۰۰

منبع: بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت [۷]

است. ابتدا با استفاده از روش داده بنیاد، استخراج اطلاعات در حوزه شیوه‌های نوین درآمذزایی از متخصصان حوزه تأمین منابع مالی به‌صورت کیفی انجام شد. در مرحله بعد از مصاحبه و براساس سؤالات مطرح‌شده به شناسایی عوامل و راهبردها پرداخته شد و اعتبارسنجی شیوه‌های نوین درآمذزایی در سازمان بیمه سلامت از روش فرآیند سلسله مراتبی تحلیلی تعیین شدند. در مرحله اول این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه افراد متخصص و خبره در زمینه روش‌های درآمذزایی و تأمین مالی صنعت بیمه‌های درمانی بود که شامل مدیران ارشد سازمان‌های بیمه درمانی و مدیران مالی، اساتید مدیریت مالی، اقتصاددانان و اساتید مدیریت بودند و که به روش گلوله برفی ارجاع زنجیره‌ای انتخاب‌شده‌اند. در این قسمت مطابق جدول ۲، با ۲۱ نفر مصاحبه انجام شد که در مصاحبه آخر، تکرار در اطلاعات دریافتی مشاهده شد و به اشباع نظری رسید. مصاحبه‌های عمیق با طرح سؤالاتی در مورد شیوه‌های نوین درآمذزایی در سازمان بیمه سلامت به‌عنوان متولی بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت در صنعت بیمه کشور آغاز و در ادامه با بررسی وضعیت فعلی کشور با توجه به اثر تحریم‌ها بر شاخصه‌های درآمذزایی این سازمان بیمه‌ای، پرداخته شد. درنهایت با توجه به استخراج راهبردهای درآمذزایی نوین در سازمان بیمه سلامت، از طریق روش سلسله مراتبی، به تعیین اهمیت نسبی هر یک از عوامل و رتبه‌بندی مؤلفه‌های استخراج‌شده پرداخته شد.

## روایی و پایایی داده‌ها

روایی این پژوهش به استناد نظر خبرگان مورد تأیید قرار گرفت. برای پایایی و به‌دست آوردن شاخص ناسازگاری، ابتدا باید میانگین عناصر برداری سازگاری  $L_{max}$  را به دست آورد که در این پژوهش برابر با ۹,۷۸۳ است. در گام بعدی برای محاسبه شاخص سازگاری با استفاده از فرمول  $CI=(L_{max}-n)/(n-1)$ ، میزان شاخص سازگاری برابر با ۰,۰۹۷۹ محاسبه شد. در مرحله بعد با توجه به اینکه  $N$  برابر است با ۹ معیار موجود در شیوه‌های نوین درآمذزایی، به محاسبه نسبت سازگاری براساس جدول شاخص سازگاری تصادفی (RI) اقدام شد که از رابطه  $CR=CI/RI$  با استفاده از جدول مربوطه برابر با ۰,۰۶۷ شد که به‌دست آمد و از آنجا که این مقدار کمتر از ۰,۱ است، ناسازگاری مقایسات این ماتریس و پایایی آن قابل قبول تشخیص داده شد.

## یافته‌ها

در این بخش ابتدا موارد کمی متعددی مانند منابع درآمدی فعلی، جمعیت بیمه‌پرداز و رایگان، وضعیت مالی سازمان و میزان

جدول ۵ | معرفی مؤلفه‌های اصلی و فرعی با علامت اختصاری

مؤلفه در آمدزایی اصلی	نشان اختصاری اصلی	مؤلفه‌های فرعی شیوه‌های نوین در آمدزایی	نشان اختصاری فرعی
در آمدزایی دولتی	A	A1 بودجه‌های دولتی	
		A2 بودجه مستقیم از فروش نفت	
		A3 دریافت مالیات بر درآمد افراد	
		A4 دریافت درصد مخارج درمانی به صورت غیرمستقیم از قبوض	
		A5 تخصیص قسمتی از مالیات درآمد برای بیمه درمان	
		A6 فروش خدمات به دولت (جهت بیمه‌شدگان رایگان و با تخفیفات) با نرخ واقعی	
		A7 جذب منابع مالی از نهادهای خدمات عمومی (قبوض راهنمایی و رانندگی، عوارض و...)	
در آمدزایی از افراد	B	B1 اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت	
		B2 فروش سایر بیمه‌نامه‌های درمانی متنوع	
		B3 ورود به عرصه بیمه مکمل به صورت مستقیم	
		B4 فروش خدمات بیمه به مخاطبان منطقه‌ای (عراق و...)	
در آمدزایی سازمان داخلی	C	C1 تملک مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و فروش خدمات درمانی مستقیم	
		C2 ارائه خدمات مشاوره تخصصی بیمه درمانی به سازمان‌ها و افراد	
		C3 در آمدزایی از شرکای کاری (فروش بیمه‌نامه، فروش بیمه حق مسئولیت و...)	
		C4 فروش تبلیغات روی اوراق دفترچه	
		C5 فروش خدمات تخصصی نظارت بر امور بیمه درمان به شرکت‌های نوپا	
در آمدزایی سازمان‌های غیر	D	D1 ارائه خدمات فول درمان بر اساس میزان پرداختی	
		D2 ارائه خدمات سفارشی برای نهادهای دولتی و خصوصی در حوزه بیمه درمان	
در آمدزایی از شرکت‌های تابعه	E	E1 تقویت شرکت‌ها و مجموعه‌های وابسته در در آمدزایی	
		E2 ارائه خدمات متنوع بیمه درمان به افراد و گروه‌ها توسط شرکت آتیه سازان حافظ	
		E3 ورود به بازارهای سرمایه‌گذاری از طریق شرکت سرمایه‌گذاری	
		E4 همکاری بین‌المللی با شرکت‌های خارجی از جانب فارماشیمی	
		E5 ورود و یا تولید انواع داروها از جانب فارماشیمی	
در آمدزایی ناشی از آموزش و انتقال تجربیات	F	F1 برگزاری دوره‌های آموزشی آزاد بیمه‌ای	
		F2 در آمدزایی از طریق آموزش به افراد در حوزه بیمه درمان	
		F3 در آمدزایی از طریق آموزش به گروه‌های پزشکی در خصوص خدمات بیمه‌ای	
		F4 در آمدزایی از طریق آموزش و انتقال تجربیات به سایر مؤسسات بیمه‌گر و بیمه‌گذار	
در آمدزایی از کمک‌های مردمی	G	G1 کمک‌های عمومی	
		G2 وجوه داوطلبانه	
		G3 جمع‌آوری اعانه درمانی از طریق برنامه‌های فرهنگی و صداوسیما	
		G4 استفاده از موقوفات درمانی	
		G5 دریافت کمک‌های بین‌المللی مانند کمک از سازمان بهداشت جهانی	
در آمدزایی از فعالیت‌های غیر بیمه‌ای و تجاری	H	H1 سپرده‌گذاری بانکی وجوه دریافتی سرانه	
		H2 ورود به بازار سرمایه	
		H3 در اختیار گرفتن شرکت‌های سودده	
		H4 ایجاد شرکت مادر (هلدینگ) در حوزه خدمات تخصصی بیمه‌های درمانی و تجاری	
		H5 ورود به بازارهای دیگر بیمه‌های تجاری و درمانی	
در آمدزایی از سایر اقدامات	I	I1 همکاری با سایر نهادهای بیمه‌گر درمانی در ارائه خدمات مشترک	
		I2 سایر فعالیت‌های اقتصادی	
		I3 در آمدزایی از املاک و مستغلات	
		I4 فروش منافع	

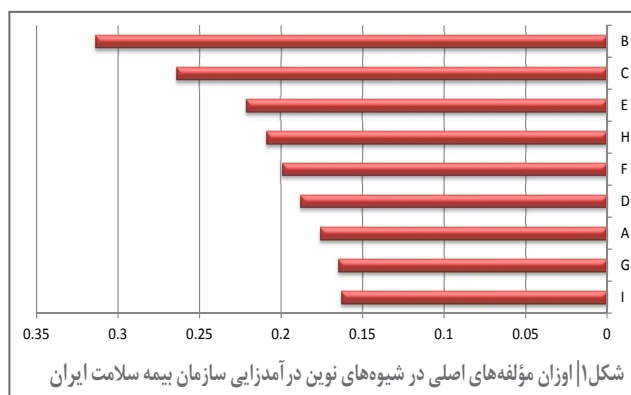
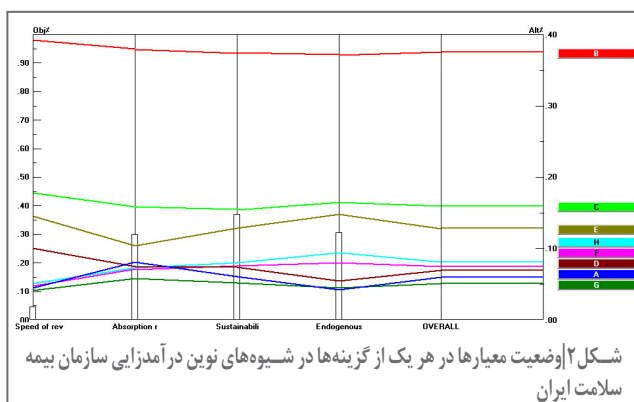
درآمد، پایداری انواع آن و درون‌زایی درآمد، به‌عنوان معیارهای هر یک از گزینه‌ها مورد مقایسه قرار می‌گیرد. در ادامه خلاصه راهبردهای اصلی و فرعی که با توجه به نظر خبرگان استخراج شده به شرح جدول ۵ بیان می‌شود.

با توجه به نظر خبرگان حوزه پژوهش و بررسی محتوایی انجام‌شده، اوزان هر یک از مؤلفه‌های اصلی ۹ گانه شیوه‌های نوین درآمدزایی از طریق مقایسه زوجی مطابق جدول ۶ استخراج شد. از میان ۹ مؤلفه اصلی در تأمین درآمد سازمان بیمه سلامت که مورد مقایسه قرار گرفت، با توجه به ماتریس زوجی به‌دست‌آمده و مطابق شکل ۱ و ۲، مشخص شد درآمدزایی از افراد در رتبه ۱ اهمیت با اقداماتی نظیر اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت، فروش سایر بیمه‌نامه‌های درمانی متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل به‌صورت مستقیم، فروش خدمات بیمه به مخاطبان منطقه‌ای در دسترس‌ترین منبع درآمدی سازمان بیمه سلامت است. البته سیاست‌های

در این سازمان برای طی سیکل درآمد و هزینه است [۷]. این در حالی است که سازمان مذکور بیشترین تمرکز خود را در تأمین منابع مالی در بودجه‌های دولتی می‌انگارد.

در جدول ۴ میزان بیمه‌پردازی بیمه‌شدگان رایگان و غیر رایگان مشخص شده که نشان‌دهنده میزان استفاده از منابع مالی دولتی و بودجه عمومی است. در این زمینه با توجه به جدول شماره ۱ میزان تفاوت بین منابع و مصارف فقدان تکافوی منابع مالی دولتی برای تخصیص در حوزه بیمه سلامت را نشان می‌دهد که توجه به شیوه‌های دیگر درآمدزایی را در نظر نداشته و از این رو تغییر دیدگاه به سایر شیوه‌های درآمدزایی در این سازمان را دوچندان می‌سازد.

با بهره‌مندی از بررسی نظرات خبرگان در شیوه‌های نوین درآمدزایی در حوزه تأمین سلامت، مؤلفه‌های درآمدزایی در سازمان بیمه سلامت از طریق ۹ عامل اصلی و ۴۱ مؤلفه فرعی امکان‌پذیر است. در این بین با استناد به شاخص‌های سرعت جذب درآمد، میزان یا حجم



جدول ۶ | ماتریس تلفیق‌شده (هندسی) مقایسات زوجی گروه سطح یکم (شیوه‌های درآمدزایی)

رتبه	اوزان سطح یکم	I	H	G	F	E	D	C	B	A	عوامل اصلی
۷	۰/۱۷۶	۰/۱۱۸	۰/۰۴۱	۰/۱۱۴	۰/۰۹۵	۰/۰۴۸	۰/۰۴۰	۰/۰۴۸	۰/۰۸۰	۱/۰۰۰	A
۱	۰/۳۱۴	۰/۱۱۸	۰/۲۴۳	۰/۱۱۴	۰/۱۹۰	۰/۲۹۰	۰/۲۴۰	۰/۴۲۹	۱/۰۰۰	۰/۲۰۰	B
۲	۰/۲۶۴	۰/۱۱۸	۰/۱۶۲	۰/۱۷۱	۰/۱۹۰	۰/۲۹۰	۰/۱۶۰	۱/۰۰۰	۰/۰۸۰	۰/۲۰۰	C
۶	۰/۱۸۸	۰/۱۱۸	۰/۰۸۱	۰/۱۱۴	۰/۰۴۸	۰/۰۴۸	۱/۰۰۰	۰/۰۷۱	۰/۰۸۰	۰/۱۳۳	D
۳	۰/۲۲۱	۰/۱۱۸	۰/۲۴۳	۰/۱۱۴	۰/۰۹۵	۱/۰۰۰	۰/۱۶۰	۰/۰۴۸	۰/۰۸۰	۰/۱۳۳	E
۵	۰/۱۹۹	۰/۱۱۸	۰/۰۴۱	۰/۱۱۴	۱/۰۰۰	۰/۰۹۷	۰/۱۶۰	۰/۰۷۱	۰/۱۲۰	۰/۰۶۷	F
۸	۲۰/۱۶۵	۰/۱۱۸	۰/۰۲۷	۱/۰۰۰	۰/۰۴۸	۰/۰۴۷	۰/۰۴۰	۰/۰۴۸	۰/۱۲۰	۰/۰۳۳	G
۱	۰/۲۰۹	۰/۱۱۸	۱/۰۰۰	۰/۱۷۱	۰/۱۹۰	۰/۰۳۲	۰/۰۸۰	۰/۰۷۱	۰/۰۸۰	۰/۱۳۳	H
۹	۰/۱۶۳	۱/۰۰۰	۰/۰۸۱	۰/۰۲۹	۰/۰۴۸	۰/۰۴۸	۰/۰۴۰	۰/۰۷۱	۰/۱۲۰	۰/۰۳۳	I

و با تخفیفات) با نرخ واقعی، جذب منابع مالی از نهادهای خدمات عمومی (قبوض راهنمایی و رانندگی، عوارض و...) منجر به درآمدزایی می‌شود. سایر اقداماتی همانند کمک‌های مردمی و سایر اقدامات درآمدزا به ترتیب در رتبه‌های بعدی اهمیت قرار دارد.

در شکل ۳ وضعیت گزینه‌ها در معیار درآمدزایی فردی که به‌عنوان مهم‌ترین عامل درآمدزایی در بین عوامل مشخص شده بیان شده است. با توجه به نتایج استخراج شده از نظر خبرگان در قسمت داده بنیاد، اهمیت اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت نسبت به گزینه‌های فروش بیمه‌نامه‌های متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل و فروش خدمات به مخاطبان منطقه‌ای بسیار فراتر است. در این قسمت می‌توان بر وجود افراد فاقد بیمه پایه سلامت که می‌توانند منبع درآمد در بیمه‌ها باشند تاکید کرد. همچنین با تقسیم‌بندی در تسهیم سرانه براساس ریسک افراد مانند افراد با سن بالا یا جمعیت در خطر بیشتر، نسبت به دستیابی به منابع مالی اقدام کرد. انفعال حوزه تأمین مالی نظام سلامت در شناخت منابع مالی جدید بسیار چشم‌گیر است. در این مبحث می‌توان از قابلیت تمرکز در پراکندگی منابع مالی نظام سلامت کشور که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت در صندوق‌ها و سازمان‌های موازی می‌شود نام برد. در کنار این موضوع وجود بانک اطلاعاتی جامع بیمه پایه سلامت و وجود هم‌پوشانی‌های بیمه‌ای در مشارکت تأمین مالی و برخورداری عادلانه از خدمات بیمه سلامت موجب مکانسیم عادلانه در درآمدزایی شود. فقدان تناسب بین حق بیمه خدمات سلامت با هزینه بسته خدمات و تعرفه مبتنی بر قیمت واقعی، ناپایداری منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران را تشدید کرده و سبب وابستگی شدید به منابع مالی دولت می‌شود. برای دستیابی به منابع مالی وجود یک نظام بیمه‌ای با سازوکار مناسب در ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نزد

نظام سلامت در قالب پرداخت مستقیم از جیب تاکیدات ویژه‌ای دارد که تا حدودی با نتایج اولیه این پژوهش متفاوت است، اما با توجه به شرایط حاکم بر سازمان بیمه سلامت که ناشی از وضعیت نامساعد مالی دولت در شرایط تحریمی است، عملاً چاره‌ای جز درآمدزایی از طرق مختلف برای این سازمان باقی نمی‌گذارد. در مرحله بعدی درآمدزایی داخلی سازمان در رتبه ۲ با اقداماتی مانند تملک مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و فروش خدمات درمانی مستقیم، ارائه خدمات مشاوره تخصصی بیمه درمانی به سازمان‌ها و افراد، درآمدزایی از شرکای کاری (فروش بیمه‌نامه، فروش بیمه حق مسئولیت و...)، فروش تبلیغات بر روی اوراق دفترچه، فروش خدمات تخصصی نظارت بر امور بیمه درمان به شرکت‌های نوپا می‌تواند به‌عنوان گزینه دیگر درآمدزایی معرفی شود. کسب درآمد از شرکت‌های زیرمجموعه در رتبه ۳ با اقداماتی چون تقویت شرکت‌ها و مجموعه‌های وابسته در درآمدزایی، ارائه خدمات متنوع بیمه درمان به افراد و گروه‌ها توسط شرکت آتیه سازان حافظ، ورود به بازارهای سرمایه‌گذاری از طریق شرکت سرمایه‌گذاری، همکاری بین‌المللی با شرکت‌های خارجی از جانب شرکت‌های دارویی زیرمجموعه موجب درآمدزایی برای این سازمان می‌شود. انجام فعالیت‌های تجاری و غیر بیمه‌ای در رتبه ۴ با توجه به اقداماتی نظیر سپرده‌گذاری بانکی و جوه دریافتی سرانه، ورود به بازار سرمایه، در اختیار گرفتن شرکت‌های سودده، ایجاد شرکت مادر (هلدینگ) در حوزه خدمات تخصصی بیمه‌های غیر تجاری نیز می‌تواند منجر به درآمدزایی سازمان مذکور شود. درآمدزایی ناشی از آموزش و انتقال تجربیات در رتبه ۵ با اقداماتی مانند برگزاری دوره‌های آموزشی آزاد بیمه‌ای، درآمدزایی از طریق آموزش به افراد در حوزه بیمه درمان، درآمدزایی از طریق آموزش به گروه‌های پزشکی درخصوص خدمات بیمه‌ای، درآمدزایی از طریق آموزش و انتقال تجربیات به سایر مؤسسات بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌تواند یکی دیگر از راهکارهای درآمدزایی باشد. تأمین منابع مالی از سازمان‌های دیگر در رتبه ۶ می‌تواند منجر به درآمدزایی برای سازمان بیمه سلامت شود. در این روش استفاده از روش‌هایی مانند تقویت شرکت‌ها و مجموعه‌های وابسته در درآمدزایی، ارائه خدمات متنوع بیمه درمان به افراد و گروه‌ها توسط شرکت آتیه سازان حافظ، ورود به بازارهای سرمایه‌گذاری از طریق شرکت سرمایه‌گذاری، همکاری بین‌المللی با شرکت‌های خارجی از جانب فارماشیمی، ورود و یا تولید انواع داروها از جانب فارماشیمی منجر به تأمین مالی گردد. وجوه دریافتی از دولت به‌عنوان درآمد در رتبه ۷ با اقداماتی مانند استفاده از بودجه‌های دولتی، بودجه مستقیم از فروش نفت، دریافت مالیات بر درآمد افراد، ارزش افزوده و کالاهای آسیب‌رسان، دریافت درصد مخارج درمانی به‌صورت غیرمستقیم از قبوض، تخصیص قسمتی از مالیات درآمد برای بیمه درمان، فروش خدمات به دولت (برای بیمه‌شدگان رایگان

جدول ۷ | رتبه‌بندی راهبردهای تأمین مالی بیمه سلامت ایران

رتبه	وزن	نشان اختصاری	مؤلفه اصلی درآمدزایی
۱	۰.۳۱۴	B	کسب درآمد از افراد
۲	۰.۲۶۱	C	کسب درآمد از فعالیت‌های داخلی سازمان
۳	۰.۲۲۱	E	درآمدزایی از شرکت‌های تابعه سازمان
۴	۰.۲۰۹	H	تأمین منابع از فعالیت‌های تجاری
۵	۰.۱۹۹	F	درآمدزایی از آموزش و انتقال تجربیات
۶	۰.۱۸۸	D	کسب درآمد از سایر سازمان‌ها
۷	۰.۱۷۶	A	تأمین منابع مالی از دولت
۸	۰.۱۶۵	G	کمک‌های مردمی
۹	۰.۱۶۳	I	سایر اقدامات درآمدزا

سازمان بیمه سلامت که بیش از نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد نگاه شود، خصوصیت تعداد بیمه‌شده و عدد بزرگ ۳۹ میلیونی جمعیت آن، نشان از بزرگ‌ترین منبع درآمذزایی و تأمین منابع مالی است. این در حالی است که ریسک بیماری شامل تمامی این جمعیت نیست و درصدی از تعداد بیمه‌شدگان را در برمی‌گیرد که باعث ذخیره منابع آن می‌شود. در ادامه می‌توان فروش سایر بیمه‌نامه‌های درمانی متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل به صورت مستقیم و فروش خدمات بیمه به مخاطبان منطقه‌ای (عراق و...) را به عنوان اولویت اول درآمذزایی از افراد دانست. همچنین باید به مؤلفه‌های دیگر درآمذزایی سازمان بیمه سلامت توجه شود که دومین منبع درآمدی آن، کسب درآمد از فعالیت‌های داخلی سازمان مانند، تملک مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و فروش خدمات درمانی مستقیم، ارائه خدمات مشاوره تخصصی بیمه درمانی به سازمان‌ها و افراد، درآمذزایی از شرکای کاری (فروش بیمه‌نامه، فروش بیمه حق مسئولیت و...)، فروش تبلیغات روی اوراق دفترچه و فروش خدمات تخصصی نظارت بر امور بیمه درمان به شرکت‌های نوپا از جمله موارد تأمین‌کننده منابع مالی آن است.

در مبحث بعدی نقش درآمذزایی از شرکت‌های تابعه سازمان بیمه سلامت مشهود است که باید اقداماتی نظیر، تقویت شرکت‌ها و مجموعه‌های وابسته برای درآمذزایی، ارائه خدمات متنوع بیمه درمان به افراد و گروه‌ها توسط شرکت آتیه‌سازان حافظ، ورود به بازارهای سرمایه‌گذاری از طریق شرکت سرمایه‌گذاری، همکاری بین‌المللی با شرکت‌های خارجی از جانب فارماشیمی و ورود یا تولید انواع داروها از جانب این شرکت در راستای این امور است. بعد از این مرحله می‌توان به تأمین منابع از فعالیت‌های تجاری و غیربیمه‌ای از قبیل سپرده‌گذاری بانکی و جوه دریافتی سرانه، ورود به بازار سرمایه، در اختیار گرفتن شرکت‌های سودده، ایجاد شرکت مادر (هولدینگ) در حوزه خدمات تخصصی بیمه‌های درمانی و تجاری، ورود به بازارهای دیگر بیمه‌های تجاری و درمانی نام برد.

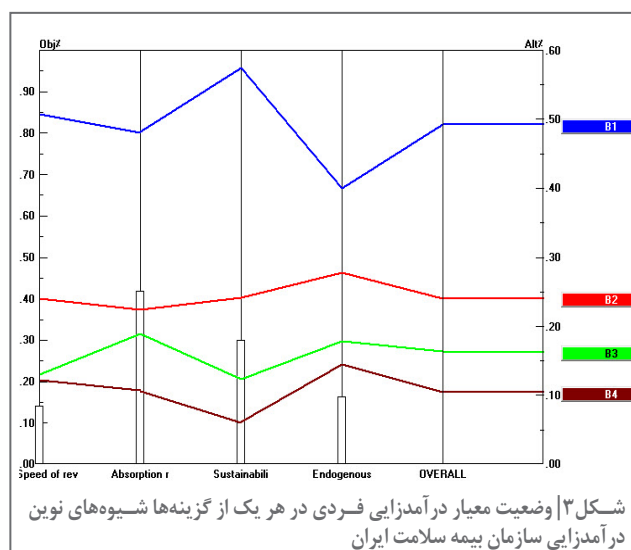
در راهبرد درآمذزایی از آموزش و انتقال تجربیات، این سازمان می‌تواند به انتقال تجربیات خود از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی آزاد بیمه‌ای، آموزش به افراد، آموزش به گروه‌های پزشکی در خصوص خدمات بیمه‌ای و درآمذزایی از طریق انتقال تجربیات به سایر مؤسسات بیمه‌گر و بیمه‌گذار بپردازد. همچنین سازمان بیمه سلامت با ارائه خدمات فول درمان براساس میزان پرداختی و ارائه خدمات سفارشی برای نهادهای دولتی و خصوصی در حوزه بیمه درمان می‌تواند از سایر سازمان‌هایی که خدمات خود را از سایر بخش‌های

سیاست‌گذاران سلامت کشور الزامی است. البته سیاست‌های نظام سلامت در قالب پرداخت مستقیم از جیب تاکیدات ویژه‌ای دارد که تا حدودی با نتایج اولیه این پژوهش متفاوت است، اما با توجه به شرایط حاکم بر سازمان بیمه سلامت که ناشی از وضعیت نامساعد مالی دولت در شرایط تحریمی است، عملاً چاره‌ای جز درآمذزایی از طرق مختلف برای این سازمان باقی نمی‌ماند.

فقدان روش علمی برای اولویت بندی و سهمیه بندی خدمات پایه سلامت کشور، منجر به افزایش هزینه در سازمان مذکور می‌شود. در این زمینه تفاوت نداشتن مبلغ سرانه پردازی بین افراد با ریسک‌های متفاوت که باید ناشی از تفاوت در سن، جنس، بیماری، منطقه و... باشد نیز موجب کسب‌نشدن درآمد در این حوزه می‌شود. همانطور که در جدول ۷ نشان داده شده است، میزان وزن نهایی هر مؤلفه با حاصل ضرب وزن محلی عناصر در وزن سرگروه خود (مؤلفه اصلی) و تعیین رتبه هر یک از راهبردهای اصلی مشخص می‌شود.

## بحث

براساس نتایج حاصل از عملیات تحلیل سلسله‌مراتبی، می‌توان تأمین منابع مالی و درآمذزایی از افراد را که همانا اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت است، به عنوان بزرگ‌ترین روش درآمذزایی در سازمان بیمه سلامت دانست؛ بدین معنا که تأمین مالی از جیب مردم اصلی‌ترین راه تأمین مالی در سازمان بیمه سلامت است. این عامل مهم‌ترین محل تأمین مالی را به دوش مردم نهاده و خدمات گیرندگان باید بیشترین بخش هزینه‌های درمانی سازمان مذکور را تقبل کنند. در نگاه اول شاید به نظر برسد که بازهم در این طرح مردم باید به درآمذزایی سازمان دولتی بپردازند، اما وقتی به تعداد بیمه‌شدگان





از نظر ابزار دستیابی به تأمین مالی پایدار در ۵ اصل کلیدی رفتار، قوانین، مدیریت مالی، سازمان‌دهی و پرداخت با چارچوب تأمین مالی هسپاتو مطابقت داشته و این مورد در مطالعات هسیاو و سیادت [۱۷] و کلاشر و فورستال [۱۸] بیان شده است. راهبرد تأمین مالی سلامت برای کشورهای منطقه جنوب شرقی آسیا [۱۹] که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ تنظیم شد، قسمت درآمدزایی از فعالیت‌های تجاری را مورد تأیید قرارداد.

در مبحث درآمدهای دولتی ناشی از کمک‌های دولت برای خدمات سلامت، با چارچوب یارانه گیل [۲۰] و تأمین مالی مراقبت‌های سلامت در کشورهای شرق آسیا [۱۹] مانند سنگاپور و مسئولیت دولت‌ها در تأمین سلامت مردم و تأمین مالی بیمه‌های درمانی از تولید ناخالص ملی و تأمین مالی مشارکتی جهانی برای سلامت با مدل گروه تأمین مالی مرکز چاتام که توسط رتینگن و اتترسن [۲۱] مطرح شد، مطابقت دارد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصله از پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت:

۱- نخستین محل تأمین مالی در سازمان بیمه سلامت، حق بیمه دریافتی از بیمه‌شدگان است. چنانچه افراد کشور در صندوق‌های کوچک به دریافت خدمات اقدام کنند، باید سهم بزرگی از منابع مالی این صندوق‌ها، از محل حق بیمه دریافتی از بیمه‌شدگان پرداخت شود که به دلیل کوچک بودن جامعه تحت پوشش هر صندوق، متولیان صندوق‌ها مجبور به ایجاد فشار مالی به خود بیمه‌شدگان خواهند بود. بدین لحاظ پیشنهاد می‌شود در سازمان بیمه سلامت برای کاهش سهم پرداختی حق بیمه هر فرد، نسبت به تشکیل یک صندوق بیمه سلامت همگانی در کشور و در سازمان بیمه سلامت به استناد اصل ۲۹ قانون اساسی که ناشی از ادغام سایر صندوق‌ها و سازمان‌هاست، اقدام شود. در کنار این اقدام فروش سایر بیمه‌نامه‌های درمانی متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل به صورت مستقیم و فروش خدمات بیمه به مخاطبان منطقه‌ای (عراق و...) را می‌توان به عنوان اولویت اول درآمدزایی از افراد دانست. همان‌گونه که در شکل ۳ وضعیت گزینه‌ها در معیار درآمدزایی فردی مشخص شده است، سازمان بیمه سلامت ایران می‌تواند برای جلوگیری از فشار مضاعف به بیمه‌شدگان، از سایر اقدامات متنوع دیگر که اهمیتی برابر با اخذ هزینه مستقیم از گیرندگان خدمت دارد، استفاده کند. این راهکارها را می‌توان در گزینه‌های فروش بیمه‌نامه‌های متنوع، ورود به عرصه بیمه مکمل و فروش خدمات به مخاطبان منطقه‌ای به عنوان یک نهاد بیمه‌ای

خصوصی دریافت می‌کنند، اقدام به درآمدزایی کند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشخص است، هم‌اکنون بیشترین منبع مالی از سوی دولت به سازمان مذکور تزریق می‌شود که با در نظر گرفتن مؤلفه‌ها و راهبردهای مطروحه در این مطالعه، این عامل به عنوان رتبه هفتم از شاخصه‌های درآمدزایی سازمان بیمه سلامت مطرح شده است که می‌تواند از طریق بودجه مستقیم از فروش نفت، دریافت مالیات بر درآمد افراد، دریافت درصد مخارج درمانی به صورت غیرمستقیم از قبوض، تخصیص قسمتی از مالیات درآمد برای بیمه درمان، فروش خدمات به دولت (برای بیمه‌شدگان رایگان و با تخفیفات) با نرخ واقعی و جذب منابع مالی از نهادهای خدمات عمومی (قبوض راهنمایی و رانندگی، عوارض و...) نسبت به درآمدزایی از آن اقدام کند.

از آخرین مؤلفه‌های درآمدزایی می‌توان به کمک‌های مردمی و سایر اقدامات درآمدزا مانند همکاری با سایر نهادهای بیمه‌گر درمانی در ارائه خدمات مشترک، سایر فعالیت‌های اقتصادی، درآمدزایی از املاک و مستغلات، فروش منافع، کمک‌های عمومی، وجوه داوطلبانه، جمع‌آوری اعانه درمانی از طریق برنامه‌های فرهنگی و صداوسیما، استفاده از موقوفات درمانی و دریافت کمک‌های بین‌المللی مانند کمک از سازمان بهداشت جهانی نام برد.

در مبحث مشارکت مالی بیمه‌شده با سازمان، مطالعات گذشته نشان می‌دهد چارچوب‌های مالی تأمین بیمه درمان در دنیا نیز از این مؤلفه‌ها حمایت می‌کنند که در مدل تأمین مالی گوئرت [۸]، چارچوب ارزیابی سازمانی برای بهبود و تقویت تأمین مالی بیمه سلامت [۱۱-۹] و در مدل فرناندز و همکاران [۱۲] این امر به اثبات رسیده است.

در بخش تنوع‌بخشی به درآمدهای داخلی سازمان و استفاده از شرکت‌های تابعه برای درآمدزایی و تغییر انواع آن، خطیب [۱۳] به بررسی راهکارهای تأمین منابع مالی پایدار با تنوع در ساختار درآمدها پرداخت که این امر نیز با نتایج پژوهش هم‌خوانی دارد. تاج‌الدین و همکاران [۱۴] در پژوهش خود با ایجاد راهکارهای مدیریت شهری برای تحقق منابع پایدار با تأکید بر درآمدهای چندگانه در شهرداری تهران، بر متنوع‌سازی درآمدها توجه کرد. کیسر و گوین [۱۵] تنوع ساختار درآمدها بر موفقیت عملکرد تأمین مالی شرکت‌ها را به اثبات رساندند. در فروش خدمات متنوع و دریافت سرانه براساس آن در راستای تأمین منابع از حق بیمه‌های متفاوت با چارچوب ارزیابی نظام سلامت ۲۰/۲۰ که به پرداخت در ازای خدمت و میزان پرداخت‌های مصرف‌کننده تأکید دارد و توسط آژانس توسعه بین‌المللی آمریکا [۱۶] در سال ۲۰۰۷ ارائه شده مطابقت دارد.

برسند، یکی دیگر از روش‌های درآمدزایی نوین، فارغ از روش‌های که فقط منتظر واریز بودجه از دولت است، محسوب می‌شود.

۴- از جمله اقدامات دیگر سازمان بیمه سلامت، فعالیت در حوزه‌های تجاری برای تحقق درآمد است. این سازمان با توجه به سرمایه در گردش که از محل تجمیع سرانه‌های دریافتی و بودجه دولتی برای هزینه‌های درمانی اخذ می‌کند، می‌تواند اقدام به سرمایه‌گذاری تجاری در بازار پولی و سرمایه‌های کشور کند.

۵- در صورت دانش‌بنیان شدن این سازمان، می‌توان از طریق انتقال دانش و تجربیات به افراد، گروه‌ها و شرکت‌ها نسبت به کسب درآمد اقدام کرد.

۶- این سازمان می‌تواند از ارائه خدمات فول‌درمان و خدمات سفارشی براساس میزان سرانه پرداختی نسبت به عقد قرارداد با سازمان‌هایی که موظف به دریافت خدمات از بیمه‌گرهای دولتی نیستند، اقدام کند. شرط تحقق این امر ارائه خدمات باکیفیت در حوزه بیمه درمان از سوی سازمان بیمه سلامت است.

۷- با توجه به اینکه در اکثر تحقیقات قبلی، تأکید ویژه‌ای بر نقش دولت در تأمین منابع مالی سازمان‌های بیمه درمانی به لحاظ اجتماعی وجود دارد، در این پژوهش مشخص شد که دولت، امروزه به دلیل فقدان منابع در اختیار به دلیل شرایط تحریمی، در وضعیت مطلوبی نیست و باید به‌عنوان منبع درآمدزایی، در انتهای لیست به آن توجه کرد. از آنجا که تأمین مالی بیمه سلامت از طریق دولت یکی از راهبردها با اولویت هفتم در این پژوهش است، پیشنهاد می‌شود از هم‌اکنون سهم مالیات‌ها در تأمین هزینه اجرای طرح‌های بیمه سلامت، پیش‌بینی شود و همه‌ساله این سهم به‌طور مشخص توسط سازمان امور مالیاتی کشور تأمین و به حساب خزانه واریز شود. از طرق مختلف مانند پیگیری افزایش سهم سلامت از مالیات بر ارزش افزوده و قانون هدفمندی یارانه‌ها (مالیات سلامت)، تعیین سهم بیمه سلامت از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت به‌ویژه افزایش مالیات بر سیگار و تنباکو و سایر مواد دخانی داخلی و خارجی، پیشنهاد افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط‌زیست و تعیین سهم بیمه سلامت از آن، پیشنهاد افزایش مالیات سلامت بر درآمد پزشکان خاص، درخواست قسمتی از حق بیمه شخص ثالث که منجر به بسیاری از هزینه‌های سلامت می‌شود، می‌توان به کسب منابع پرداخت.

۸- کمک‌های مردمی و فرهنگ‌سازی در این زمینه در کنار سایر اقدامات درآمدزا، در تأمین منابع مالی بیمه سلامت می‌تواند نتیجه‌بخش باشد.

و سرمایه‌گذاری مشاهده کرد. برای اجرایی کردن موارد فوق نیاز به اقداماتی همچون راه‌اندازی پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان برای استعلام پوشش بیمه‌ای افراد و مقایسه افراد موجود با سایر پایگاه‌های اطلاعاتی کشور، ارائه پیشنهاد ماده واحده قانونی برای ایجاد الزام به وجود پوشش بیمه سلامت به‌منظور برخی از خدمات اجتماعی نظیر ثبت نام مدارس، اخذ گواهینامه و... اجباری شدن بیمه در راستای بند الف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه، اطلاع‌رسانی و استفاده از رسانه‌ها و فضای مجازی برای اعلام فراخوان ملی به‌منظور دریافت پوشش بیمه پایه سلامت، پیش‌بینی اعمال زمان انتظار یک تا سه ماهه از زمان شروع پوشش بیمه‌ای برای دریافت برخی خدمات غیراورژانسی، پیشنهاد ماده واحده قانونی برای برقراری جریمه مالی نداشتن هیچ‌گونه پوشش بیمه درمانی مانند اتفاقی که در بیمه نامه شخص ثالث خودرو جاری است، ارتقای کیفی پوشش خدماتی و هزینه‌های بیمه پایه سلامت به‌گونه‌ای که دریافت آن برای افراد دارای جذابیت باشد، ارائه خدمات بیمه‌های مضاعف و مکمل سلامت در کنار بیمه پایه سلامت با دریافت حق بیمه متناسب و ایجاد تنوع در بسته‌های خدمتی فراتر از بسته بیمه پایه سلامت برای کلیه افراد به‌صورت فردی و گروهی، شناسایی بیماران مبتلا به بیماری‌هایی با ریسک و هزینه بالا برای دریافت حق بیمه متفاوت، دهک‌بندی درآمدی افراد توسط دولت به میزان برخورداری هر یک از دهک‌های درآمدی از یارانه دولت برای بهره‌مندی از پوشش بیمه سلامت در راستای بند الف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم، برقراری پوشش بیمه سلامت متناسب با درآمد و توانایی مشارکت مالی در پرداخت حق بیمه سلامت جستجو کرد.

۲- با توجه به نتیجه دیگر این پژوهش که بیان می‌دارد درآمدزایی داخلی سازمان به تأمین منابع مالی منجر می‌شود، می‌توان از طریق تملک مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و فروش خدمات درمانی مستقیم، ارائه خدمات مشاوره تخصصی بیمه درمانی به سازمان‌ها و افراد، فروش تبلیغات روی اوراق دفترچه و فروش خدمات تخصصی نظارت بر امور بیمه درمان به درآمدزایی در سازمان بیمه سلامت پرداخت. در این صورت سهم تأمین مالی از طریق درآمدهای بهداشتی، مؤسسات و نهادهای ارائه خدمت در سازمان بیمه سلامت خواهد شد؛ بدین معنا که مسئولان این نگاه‌های سعی خواهند کرد راه‌کارهایی برای کسب درآمد از محل خدمات بهداشتی به بیمه‌شدگان بیابند.

۳- درآمدزایی از شرکت‌های تابعه و زیرمجموعه که به‌صورت تخصصی می‌توانند با حمایت سازمان بیمه سلامت به سودآوری

## References

1. WHO. Health Systems: Improving Performance Geneva: Who 2000.
2. Rezaei M. Evaluation, Causes and Significant Consequences of the Economic Crisis in Iran. *Financial Economics Quarterly*. 2018;12:227201-.
3. Fattah Zadeh A. 2005. Health System Reforms, Justice and Performance Guidelines. Tehran: First Edition, Ibn Sina Cultural Institute Publications. 538 pages.
4. Zare H, et al. A model for private health insurance in Iran. *Tab and Teschihyeh Journal*. 2011;1:3554-.
5. AkhavanBehbahani A, Alidoost S, MasoudiAsl I, RahbariBonab M. Investigating the Performance of Iran's Health Insurance Organization and Providing Solutions for Improvement: A Mixed Method Study. *Journal of Iran Health Insurance*. 2018;1(3):94.
6. Official Journal Collections - Statute of Iran Health Insurance Organization- Chapter Four Financial and Financial Resources- Article 16- Available from: <http://www.dastour.ir/Brows/?lid=356748>. 2013.
7. AkhavanBehbahani A, Alidoost S, MasoudiAsl I, RahbariBonab M. Investigating the Performance of Iran's Health Insurance Organization and Providing Solutions for Improvement: A Mixed Method Study. *Journal of Iran Health Insurance*. 2018;1(3):91.
8. Gottret PE, Schieber G. 2006. health financing revisited: A practitioner's guide. Washington, DC: World Bank Publications.
9. Fernandes Antunes A, Wanert S, Bigdeli M, Eang RC. Summary report of the health financing system assessment in Cambodia [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: [www.who.int/health\\_financing/documents/oasis\\_e\\_09-cambodia.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/oasis_e_09-cambodia.pdf)
10. Department of Health Systems Financing. User manual for OASIS Organizational assessment for improving and strengthening [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: [www.who.int/health\\_financing/tools/oasis\\_manual\\_version\\_october.pdf](http://www.who.int/health_financing/tools/oasis_manual_version_october.pdf)
11. World Health Organization. A health financing review of Viet Nam with a focus on social health insurance. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.
12. Fernandes Antunes A, Wanert S, Bigdeli M, Eang RC. Summary report of the health financing system assessment in Cambodia [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: [www.who.int/health\\_financing/documents/oasis\\_e\\_09-cambodia.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/oasis_e_09-cambodia.pdf).
13. Khatib A. 1396. Investigation of Sustainable Financing Strategies in Small Municipalities, Case Study: City of Three Castles. M.Sc. Ferdows Noor Message Center, Payam Noor University, South Khorasan Province.
14. Tajeddin B, Moradi M. 2018. Urban Management Solutions for Realizing Resistance Economy with Emphasis on Income System in Tehran Municipality, First Conference on Challenges and Presentation of New Urban Management Solutions, Tehran, Tehran Municipality Mobilization Organization. Issues 1.1: 120-.
15. Kiser T. (2005) "Was audit quality of Laventhol and Horwath poor? *Journal of Accounting and Public Policy* 27, 217-237.
16. USAID. The health system assessment approach: A how-to manual [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: [www.apps.who.int/medicinedocs/documents/s19838en/s19838en.pdf](http://www.apps.who.int/medicinedocs/documents/s19838en/s19838en.pdf).
17. Hsiao W, Siadat B. 2009. In search of a common conceptual framework for health systems strengthening [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <http://siteresources.worldbank.org/INT/HSDF/Resources/3762781011834-/1114111154043-1246449110524/HsiaoSiadatInSearchOfaCommonConceptualFrameworkForHSSDraft62309.pdf>.
18. Kulesher R, Forrestal E. 2014. International models of health systems financing. *J Hosp Adm*, 3(4): 12739-.
19. WHO Regional Office for the Western Pacific. Strategy on health care financing for countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions (20062010-). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
20. Gill A. Healthcare financing: How should Singapore's ministry of health shift costs from private pockets to the public purse? Bukit Timah, Singapore: Lee Kuan Yew School of Public Policy; 2013.
21. Ruttingen JA, Ottersen T, Ablo A. Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing. New York, NY: Seven Bridges Press, LLC; 2014.