

# بررسی جنبه‌های مالی حق بیمه‌های شناور و ارائه الگوی مناسب حق بیمه پزشکی

رضاحسینی تودشکی

استاد راهنما: مرتضی عمادزاده

## بیان مسئله

توسعه کشور همراه با توسعه منابع انسانی، توسعه سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی پایدار را تضمین می‌کند. امروزه نقش مهم و حیاتی نیروی انسانی در ارتقای سطح بهره‌وری در هر سازمان بر هیچ کس پوشیده نیست و نیروی انسانی آنگاه قادر خواهد بود به‌عنوان محور توسعه پایدار نقش ایفا کند که بر دغدغه‌های درونی خود و خانواده‌اش غلبه کرده باشد. این امر بدون داشتن آرامش خاطر و خیال آسوده نسبت به سلامتی و شادابی میسر نخواهد شد. ابزارهای مورد نیاز برای داشتن انسانی سالم و شاداب، فراوان هستند. ولی بدون شک امور پزشکی و سلامتی افراد در فهرست این ابزارها از بالاترین ضریب مطلوبیت برخوردار است. انسانی سالم است که قادر باشد به اتکای سلامتی جسمی و روحی خود، اندیشه، قدرت تفکر و خلاقیت خود را نیز ارتقا دهد، و انسان توسعه‌یافته در نتیجه همین فرایند است که در جامعه ایفای نقش می‌کند. تحقیقاً هیچ سیستمی قادر نخواهد بود سلامتی کامل را در طول حیات یک فرد تضمین کند. از این رو، باید در جهت ایجاد آرامش خاطر بیشتر و در مورد کاهش و کنترل بیماری تلاش به عمل آید. یک بُعد فراهم‌آوری این آرامش، توسعه خدمات پزشکی از لحاظ تکنولوژی، پزشک و فضای فیزیکی مورد نیاز است، و بُعد دیگر بدون تردید ایجاد نظامهای ایمنی و مستمر و دائمی از بابت کاهش دغدغه‌های بیماری است. این مهم تنها با ایجاد سیستمهای با ثبات، مطمئن، کامل و تخصصی بیمه‌های پزشکی میسر خواهد بود. اهمیت

بیمه‌های پزشکی در برقراری آرامش خاطر از بروز هر نوع بیماری برای فرد و خانواده‌اش در تمام عمر نعمت بزرگی است که در کشور ما هنوز احساس نشده است. اما، قانون اساسی ما سالها قبل این مهم را پیش‌بینی کرده است.

اکنون که متجاوز از هفتاد و پنج سال از فعالیت موسسات بیمه خدمات پزشکی در ایران می‌گذرد، هنوز ما شاهد یک بلوغ سازمانی و ساختاری بیمه که توانسته باشد جایگاه خود را در بستر زمان و به سوی تکامل و کاربرد بهینه پیش ببرد نیستیم، زیرا شناخت و تحلیل مسائل و مشکلات بیمه خدمات پزشکی نسبت به اصول علمی و مبنای صنعت بیمه در کنار ساختار کنونی آن در فعالیت موسسات بیمه‌های پزشکی کمتر به کار گرفته می‌شود.

برای کنترل و هدایت آینده بیمه باید جایگاه، مرزها، عوامل و متغیرهای سازنده آن را شناسایی و علاوه بر تمرکز روی اصول علمی بیمه به محیط پزشکی کشور نیز توجه کنیم، زیرا نگرش محدود و یک بعدی به مسائل بیمه‌های پزشکی نه تنها جلوه‌ای از یک برنامه‌ریزی علمی را نمایان نمی‌سازد بلکه همچنان ما را در فضای کهنه و قدیمی و ناکارای قبل محبوس می‌سازد. به‌عنوان مهمترین عامل عدم توسعه فعالیت‌های بیمه‌های پزشکی در کشور می‌توان به محدودیت نگرشی علمی و ساختاری و کم‌توجهی به تمامی عوامل محیط پزشکی، و بیمه‌ای اشاره کرد.

در ایران بیمه از سال ۱۲۸۳ شمسی آغاز به کار کرده و بیمه‌های پزشکی از سال ۱۳۰۱ در قالب استخدام کشوری مطرح شده است. اکنون که فرهنگ بیمه در کشور ما هم‌زمان و همراه با رشد بیمه در جهان در ابعاد مختلف آن گسترش می‌یابد، پرداختن به بیمه‌های پزشکی از زاویه علمی از اهمیت خاصی برخوردار است، و با توجه به هزینه‌های سنگین و سرسام‌آور خدمات پزشکی به دلیل توسعه و پیچیدگی ابزارهای آن، بیمه‌های پزشکی جامع و فراگیر در ایران می‌تواند از اقبال خوب و مناسبی بین اقدار گوناگون جامعه برخوردار شود، مشروط بر اینکه موانع قانونی و مقرراتی آن از سر راه برداشته شود و شیوه‌های نو و علمی جایگزین روشهای سنتی و ناکارآ شوند. در این راه بهره‌گیری از نظامهای پیشرفته بیمه پزشکی در کشورهای صنعتی می‌تواند کمک شایانی به اجرای شیوه‌های نو و علمی باشد.

برقراری نظام و ساختار مناسب سازمانی برای بیمه‌های پزشکی به نحوی که قادر باشد به آسانی و با انعطاف زیاد نسبت به طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای متغیرهای اصلی بیمه یعنی، حق بیمه، غرامت و خسارت اقدام کند امری اجتناب‌ناپذیر است. بدیهی است که زیرساخت انعطاف‌پذیر و مناسب سازمانی با تحولات تند و متفاوت تکنولوژی و علم پزشکی اگر همسو و هماهنگ باشد قادر خواهد بود مبنایی برای حق بیمه‌های شناور قرار گیرد. حق بیمه‌های شناور و استقرار سازوکارهای اجرایی آن قادر خواهد بود، علاوه بر استقرار عدالت، از تمامی امکانات بالقوه سیستمهای بیمه در جهت رفع مشکلات فعلی وضعیت پزشکی کشور نیز استفاده کند.

حق بیمه شناور پزشکی که در این تحقیق مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است حق بیمه افراد جامعه به تفکیک زیر مورد ارزیابی و محاسبه قرار گرفته است.

استان، سن، جنس، بستری، سرپایی، زنان و زایمان، دندانپزشکی  
حق بیمه‌های شناور در جهت محاسبه بودجه‌های دولت برای حق بیمه‌های واقعی، شرکتها و موسسات بیمه‌گر پزشکی، بیمارستانها و مراکز پزشکی و مراکز اقتصادی قابل استفاده است و از طرفی مبنایی برای محاسبه سهم دولت در میزان حل مشکلات و هزینه‌های پزشکی افراد جامعه قابل استفاده است.

### اهداف تحقیق

بیمه‌های پزشکی از لحاظ اهمیت در قلمروهای اجتماعی، فردی و گروهی خانواده از ابعاد مختلف قابل بررسی و مطالعه است. شکافتن ابعاد مختلف موضوعات قابل پژوهش در بیمه‌های پزشکی با توجه به موانع و محدودیتهای موجود برای این گونه پژوهشها از لحاظ انعکاس اجتماعی، دسترسی به آمار و اطلاعات، پراکندگی و مشکلات ساختاری منابع و اطلاعات و... امری پیچیده و مشکل است. لذا انتخاب موضوعی مناسب با توجه به مشکلات فوق نیز نیاز به بررسیهای همه‌جانبه دارد. از آنجایی که بیمه‌های پزشکی نیز همانند سایر بیمه‌ها از چهار قسمت عمده شامل حق بیمه، غرامت، بیمه شده و بیمه‌گر تشکیل می‌شود و این چهار قسمت به‌طور مستقیم با یکدیگر ارتباط دارند و از همدیگر تأثیر می‌پذیرند، طبیعی است که بررسی موشکافانه یکی از این عوامل موجب بهینه‌سازی سه قسمت دیگر می‌شود. از این لحاظ در این تحقیق و پژوهش، حق بیمه‌های پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد. اهداف این تحقیق به اختصار عبارت‌اند از:

- بررسی وضعیت حق بیمه‌های پزشکی در مقاطع سنی و جنسی بیمه‌شدگان
- تعیین حق بیمه‌های واقعی و شناور براساس مقاطع سنی، جنسی در هر سال با توجه به شرایط تعرفه‌ها، تورم و شرایط اقتصادی - اجتماعی مناسب
- ارائه الگوی مناسب حق بیمه با ساختار سازمانی و اجرایی مناسب این روش
- ارائه الگوی بهینه برای تعیین بودجه تفکیکی سرانه درمان در کشور
- امکان استفاده بهتر و کاراتر از تکنیکهای بیمه‌های مضاعف و مکمل
- کمک به تصمیم‌گیری سریعتر و دقیقتر سازمانهای بیمه‌گر در تدوین قراردادهای بیمه‌ای

پزشکی

- اعلام نهاد بیمه‌های پزشکی به‌عنوان یک واحد اقتصادی در ساختار صنعت بیمه کشور

### یافته‌های عمده تحقیق

همان گونه که از عنوان پروژه، یعنی «بررسی جنبه‌های مالی حق بیمه‌های شناور و ارائه الگوی مناسب حق بیمه پزشکی» برمی آید، این تحقیق به دنبال تصویب قانون بیمه همگانی کشور که با اجرای آن می‌بایست نظام، ساختار، عملکرد و برخورداری مردم از مزایای بیمه‌های پزشکی به شدت تغییر می‌کرد ضرورت یافت.

اعتباری بیش از یکصد و بیست میلیارد تومان در سال برای هزینه‌های غرامت بیماران و نبود یک نظام جامع، کارا و مؤثر جهت رضایتمندی بیماران و بیمه‌شدگان، ضرورت انجام پروژه‌ای به منظور ارائه یک روش علمی برای بخشی از این مشکلات را بیشتر تقویت کرد.

این پروژه، ضمن بررسی جنبه‌های مالی حق بیمه نسبت به ارائه یک الگوی مناسب برای حق بیمه‌های شناور بر مبنای تفکیک جنس و رده‌های سنی مختلف، تلاش می‌کند تا در جهت کارایی بیشتر بیمه‌های پزشکی بر مبنای مشارکت صحیح و علمی بیمه‌شدگان فرهنگ بیمه را نیز توسعه دهد.

اکنون نظامهای بیمه پزشکی در کشور فرمولهای مختلفی را برای وصول حق بیمه اعمال می‌کنند که عبارت‌اند از: درصدی از حقوق بدون محدودیت یا درصدی از حقوق با محدودیت تعداد دفترچه و سقف و کف رقمهای مصوب و با ارقام ثابت ماهیانه. این روشها هیچکدام شیوه‌ای برای امکان بهره‌مندی بیشتر بیمه شده بر مبنای مشارکت بیشتر در پرداخت حق بیمه ارائه نمی‌کند و نظامهای بیمه‌ای مازاد و تکمیلی نیز این تفکیک را تعریف نکرده‌اند. امیدواریم با اثبات فرضهای این پروژه، نظامهای مختلف بیمه بتوانند به راحتی حق بیمه مناسب با میزان غرامت را بر اساس سن و جنس بیمه شده پیشنهاد کنند و نظامهای برنامه‌ریزی بیمه‌های پزشکی نیز می‌توانند به گونه‌ای دقیقتر میزان بودجه‌های سالیانه را پیش‌بینی و اعلام کنند.

درواقع هدف اصلی این پروژه ایجاد حرکت جدیدی در جهت مشارکت منطقی بیمه شده نسبت به درخواست غرامت و یا یک نوع عدالت بیمه‌ای است، که نتیجه آن گسترش فرهنگ بیمه‌های پزشکی، ارتقای سطح خدمات بیمه‌ای، حذف رابطه پولی بین بیمار و پزشک و موارد زیر است.

۱. میزان حق بیمه در مقاطع سنی، جنسی و استانهای مختلف متناسب با هزینه سرانه پزشکی است و به دلیل شناور بودن این هزینه‌ها، حق بیمه نیز شناور است.
۲. هزینه‌های پزشکی متأثر از مسائل اقتصادی و مالی کشور است، بنابراین میزان این تأثیر روی حق بیمه‌ها به صورت شناور اعمال شود.
۳. هر اندازه ارتباط منطقی بین تعرفه‌های خدمات، غرامت بیمه‌ای، حق بیمه‌های پزشکی بیشتر برقرار باشد میزان موفقیت سازمان بیمه‌گر بیشتر خواهد شد.
۴. هزینه‌های پزشکی در رشته‌های مختلف و استانهای مختلف یکنواخت نیست. بنابراین

۵. تعیین ضرایب و درصدهای هزینه‌های پزشکی به تفکیک سرپایی، بستری، زنان و زایمان، دندانپزشکی
۶. تعیین ضرایب و درصدهای تفکیکی تخت روز، سهم پزشک، بیهوشی از خدمات بستری
۷. بررسی جمعیتی و فوت
۸. جدول ضرایب حق بیمه‌ها به تفکیک استانها از لحاظ جغرافیایی
۹. ارائه پیشنهاد الگو و ساختار سازمانی مناسب
۱۰. معرفی و ارائه یک فرمول استاندارد و محاسبه حق بیمه‌های شناور
۱۱. بررسی وضعیت بیمه‌های پزشکی در سایر کشورها (آلمان، کره جنوبی)

### مراحل تحقیق

اگرچه برای جمع‌آوری اطلاعات خام این تحقیق از منابع آماری و اطلاعاتی سال ۱۳۶۴ تاکنون استفاده شده است ولی تدوین نهایی این تحقیق که از دو سال پیش تاکنون ادامه داشته است، شامل موارد زیر است:

۱. تهیه کتب و نشریات داخلی برای بیان علمی بیمه
۲. تهیه و ترجمه مقالات و گزارشات علمی بیمه از منابع و نشریات خارجی
۳. شناسایی تیم مناسب برای جمع‌آوری اطلاعات و اجرا
۴. تهیه پرسشنامه‌های مناسب تحقیق و ارسال به مراکز درمانی و بیمه‌ای
۵. انجام مصاحبه‌های اکتشافی برای تکمیل پرسشنامه
۶. اعزام تیم نمونه‌گیری به ۱۰ استان بزرگ کشور
۷. جمع‌آوری و جمع‌بندی و خلاصه کردن اطلاعات و نهایتاً تهیه جداول نهایی
۸. تحلیل جداول خام
۹. تهیه جداول نهایی حق بیمه‌های شناور
۱۰. تدوین بیانیه نهایی پروژه

### نتیجه‌گیری کلی

۱. معرفی فرمول استاندارد  
حق بیمه در سالهای مختلف براساس تغییرات فراوانی سن جامعه آماری و کل کشور، نرخ تورم، و نرخ افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی برای هر فرد با استفاده از فرمول زیر قابل محاسبه است.

$$P_x - F = P + PT + [P(i-T)] C$$

که در آن  $P$  حق بیمه فرد بر حسب سن و جنس و نوع خدمات او در سال مینا، نرخ تورم در سال مورد نظر،  $T$  نرخ افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی توسط دولت،  $P_x$  حق بیمه فرد در سال  $x$ ، و  $F$  فرانشیز درخواستی بیمار (اجباری یا اختیاری)، و  $C$  ضریب استان است.

۲. در نظام جامع بیمه خدمات پزشکی باید عوامل و محورهای زیر با درجه و ضریب مناسب اهمیت آنها مورد توجه قرار گیرد.

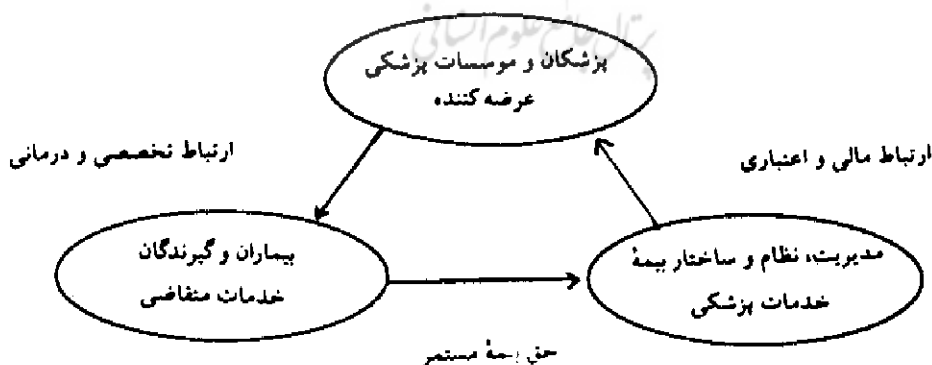
شناخت و تحلیل عوامل ساختاری در سازمان بیمه پزشکی شامل:

(الف) عرضه کننده خدمات پزشکی «پزشکان و مراکز پزشکی»

(ب) متقاضی خدمات پزشکی «بیمار»

(ج) نظام و سازمان مجری و مدیریت بیمه خدمات پزشکی

۳. یکی از مهمترین مشکلات عقب افتادگی موسسات عظیم بیمه گر خدمات پزشکی در کشور، این مهم است که به دلیل عدم همگونی در ترکیب مدیریت مناسب و حاکمیت تخصصی آن همواره با سه عامل مؤثر فوق عادلانه رفتار نشده و تنها قلمرو پزشکی آن مورد توجه قرار گرفته است. امروزه اصول علمی و استانداردهای پیشرفته‌ای برای اداره موسسات و سازمانهای بیمه گر خدمات پزشکی در دنیا وجود دارد که توسط متخصصان آن قابل درک و اجراست و در واقع مدیریت صحیح و اصولی و همسوی بیمه گر باید همانند چسبی باشد که دو عامل دیگر را به هم پیوند می‌دهد.



## حق بیمه شناور خدمات پزشکی بر مبنای سال ۱۳۷۶ براساس تفکیک سنی

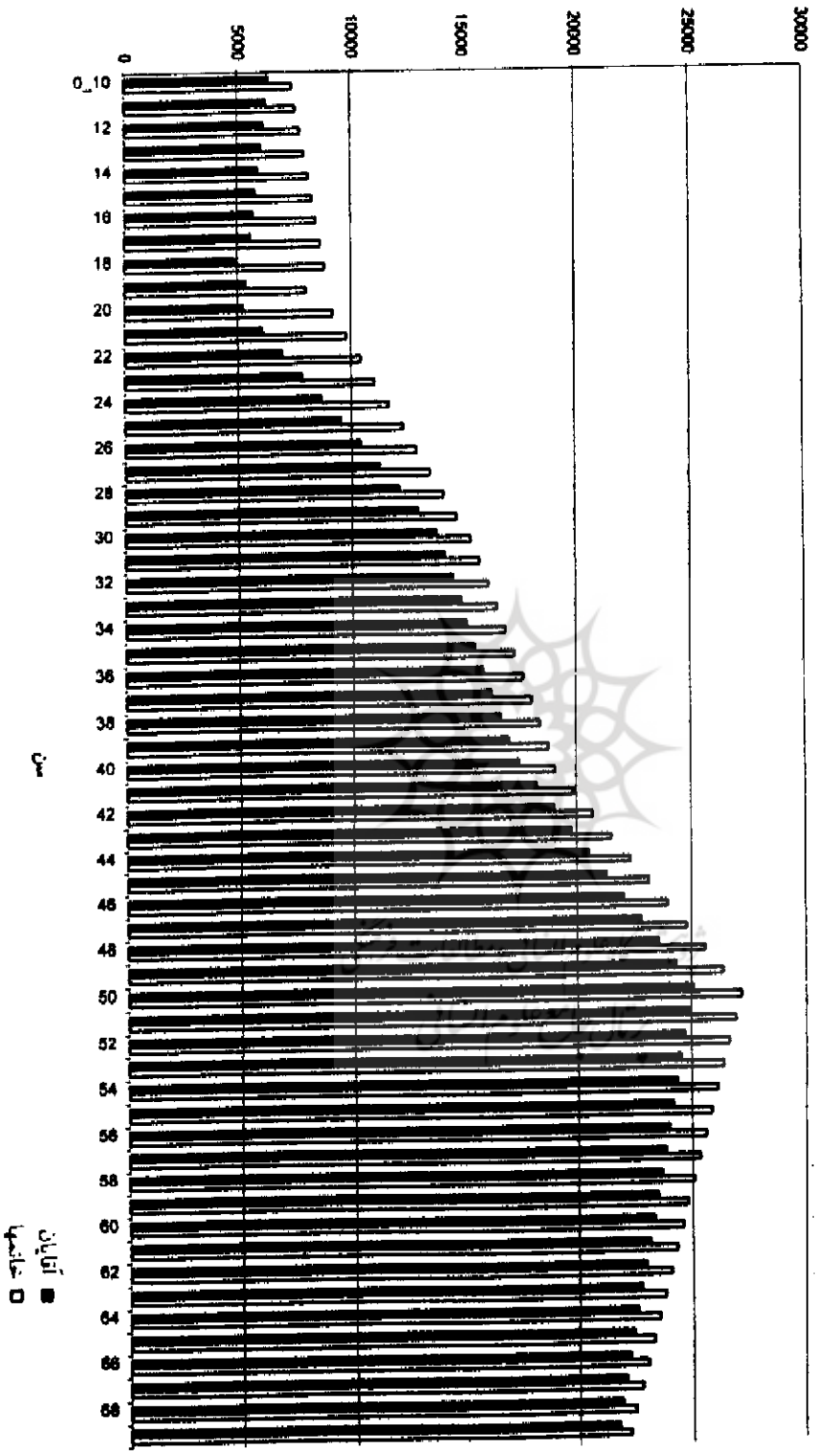
ارقام بر ریال

	درصد حق بیمه شناور پزشکی		درصد حق بیمه آقایان				درصد حق بیمه خانمها				سن
	آقایان	خانمها	جمع	سریالی	بستری	جمع	زنان و زایمان	سریالی	بستری		
	۱۰۱۷۰	۱۰۸۰۰	۶۳۶۰	--	۲۲۶۰	۲۱۰۰	۶۵۸۰	۵۱	۴۴۰۰	۲۱۰۰	۱۰
	۱۳۵۶۰	۱۴۴۰۰	۵۷۹۰	--	۳۹۱۰	۱۸۸۰	۶۱۳۰	۳۰۰	۳۸۶۰	۱۹۷۰	۱۵
	۱۶۹۶۰	۱۸۰۰۰	۵۲۳۰	--	۳۵۶۰	۱۶۷۰	۵۷۰۰	۵۶۰	۳۲۹۰	۱۸۵۰	۲۰
	۱۸۶۰۰	۱۹۸۰۰	۹۵۲۰	--	۷۲۱۰	۳۲۱۰	۱۱۳۲۰	۲۲۰۰	۶۵۶۰	۲۵۶۰	۲۵
	۲۰۲۵۰	۲۱۶۱۰	۱۴۸۲۰	--	۱۰۸۶۰	۲۹۶۰	۱۵۵۸۰	۲۴۸۰	۹۸۳۰	۳۲۷۰	۳۰
	۱۵۲۱۰	۱۶۲۰۰	۱۵۵۸۰	--	۱۲۱۶۰	۲۲۲۰	۱۷۳۳۰	۱۹۲۰	۱۱۳۸۰	۲۰۱۰	۳۵
	۱۰۱۷۰	۱۰۸۰۰	۱۷۵۲۰	--	۱۳۲۶۰	۲۰۶۰	۱۹۲۵۷	۱۵۶۷	۱۳۹۳۰	۳۷۶۰	۴۰
	۶۷۷۰	۷۲۰۰	۲۱۳۰۰	--	۱۵۱۲۰	۶۱۸۰	۳۳۱۷۰	۱۰۳۰	۱۲۴۹۰	۷۲۵۰	۴۵
	۳۳۹۰	۳۶۰۰	۲۵۰۹۰	--	۱۶۷۹۰	۸۴۰۰	۲۷۲۹۵	۸۱۵	۱۶۴۶۰	۱۰۱۴۰	۵۰
	۲۵۰۰	۲۷۰۰	۲۴۱۹۰	--	۱۵۳۹۰	۸۸۰۰	۲۵۹۲۰	۶۶۰	۱۵۱۱۰	۱۰۱۵۰	۵۵
	۱۶۹۰	۱۸۰۰	۲۳۳۲۰	--	۱۶۰۰۰	۹۲۲۰	۲۴۴۰۰	۲۵۰	۱۳۷۷۰	۱۰۱۸۰	۶۰
	۱۱۸۰	۹۰۰	۲۲۴۳۰	--	۱۲۶۰۰	۹۸۳۰	۳۴۱۰۰	۲۲۰	۱۲۲۷۰	۱۰۲۳۰	۶۵
	۱۲۰۵۰۰	۱۳۷۸۱۰	۱۹۰۱۵۰	--	۱۲۹۳۲۰	۶۰۸۳۰	۲۱۳۲۲۰	۱۹۷۷۰	۱۲۳۷۸۰	۶۸۶۷۰	جمع

● این جدول به تفکیک سن از ۱۰ تا ۶۵ سالگی در این تحقیق تهیه شده است و خلاصه‌ای از آن به شرح صفحه بعد ارائه می‌شود.

حق بیمه شناسه در خدمات پزشکی برای سال ۱۳۷۶  
 (جمع حق بیمه خانمها و آقایان)

حق بیمه (ریال)





هرچه بیمه‌گر بتواند ارتباط بین عوامل سه‌گانه فوق را شفافتر و محکمتر کند موفقیت او بیشتر خواهد بود. اما برای این که بدانیم چگونه می‌توانیم به این مهم برسیم باید نکات دیگری را نیز مورد بررسی قرار دهیم.

۴. استفاده از ابزار و سازوکار حق بیمه‌های شناور به نحوی که اجرای عدالت بیمه‌ای برای بیمه‌شده و بیمه‌گر براساس حق بیمه واقعی برای هزینه‌های افراد مختلف امکانپذیر و محسوس شود.

۵. ارائه تعرفه‌های منطقی و واقعی از خدمات پزشکی براساس متغیرهای زیر

○ حجم سرمایه‌گذاری ارزی (داراییهای ثابت)

○ حجم سرمایه‌گذاری ریالی (داراییهای ثابت)

هزینه‌های متغیر (حق‌الزحمه‌های تخصصی و غیرتخصصی و مواد و لوازم مصرفی). این نرخ‌گذاری باید به صورت سالیانه و برحسب نرخ تورم و شاخصهای اقتصادی صورت پذیرد، به نحوی که شکاف فعلی بین رشد تعرفه‌ها و نرخ تورم به صفر برسد (اشاره به فرمول استاندارد و پیشنهادی حق بیمه‌های شناور).

یک نوع رتبه‌بندی تعرفه خدمات تشخیص و درمانی با توجه به ارزش تکنولوژی و محیط پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

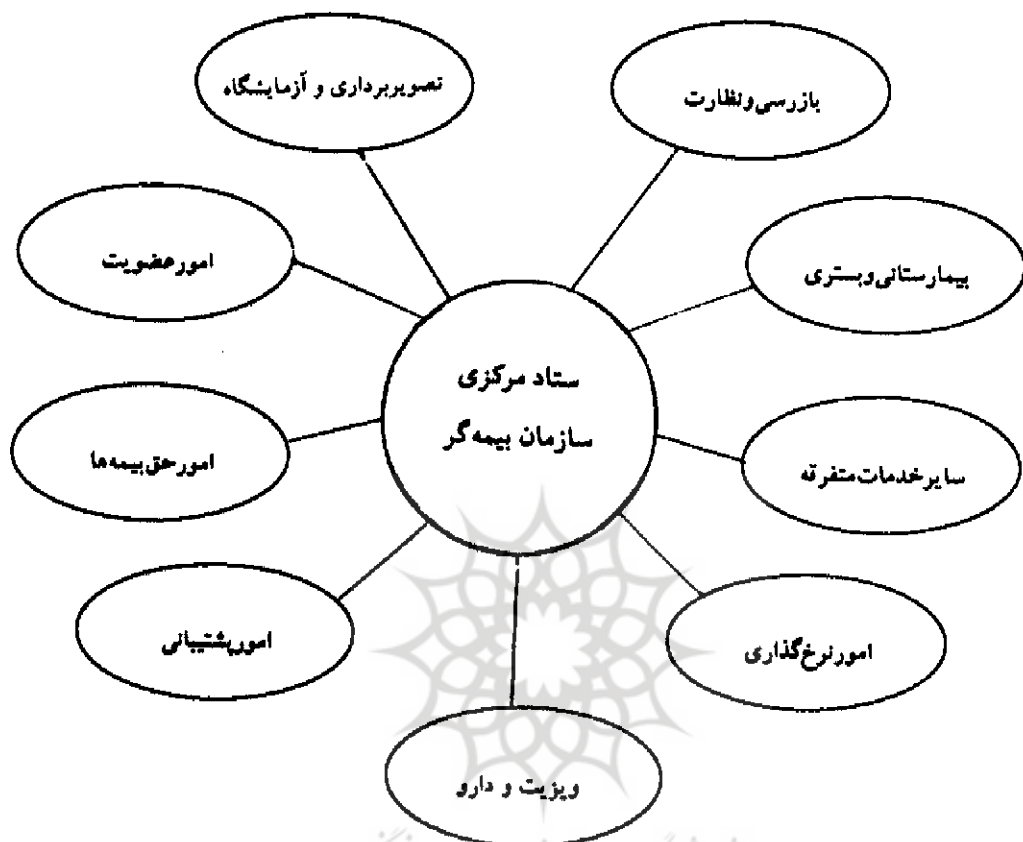
۶. رتبه‌بندی پزشکان براساس عوامل فنی و تخصصی و با توجه به دستورالعمل فنی و جامعی که به تصویب سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت خواهد رسید. در این صورت هر پزشک بر اساس عواملی از قبیل سوابق علمی، حرفه‌ای، تجربی، آشنایی با تکنولوژی و علم روز و... ارزیابی و در یک گروه خاص قرار خواهد گرفت که مجاز به وصول تعرفه‌ها با ضریب خاص خواهد شد.

۷. ایجاد محیطی سالم و رقابتی در بخش خصوصی و کنترل انحصارهای نامطلوب از طریق عوامل و ابزارهای کنترلی از قبیل موارد بند ۴.

۸. اجرای سیاست عدم تمرکز در واگذاری امور اجرایی بیمه‌های دولتی به بخش خصوصی، تعاونی و...

۹. امکان اجرای فعالیتهای عملیاتی تخصصی بیمه توسط موسسات و اشخاص حقیقی و حقوقی ذیصلاح به وجود آید، و از طرفی نظارت و سیاستگذاری توسط موسسات بیمه‌گر دولتی مهم به صورت اساسی انجام شود.

۱۰. تشویق و ترغیب بخش خصوصی و بیمارستانهای خصوصی به قبول افرادی از جامعه بیمه‌شده به منظور ارائه خدمات پزشکی در چارچوب ضوابط و مقررات تعریف شده. به عبارت دیگر، در واقع بیمارستانها به عنوان شرکتهای بیمه‌ای اقماری در چارچوب بند ۸ و ۹ فوق فعالیت کنند.



۱۱. افزایش نقش نظارت و کنترل برنامه ریزی و سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (سازمانهای بیمه گر دولتی به جای مجری بودن، همانند وضعیت فعلی) در چارچوب ضوابط و مقررات خاص.

۱۲. تشکیل موسسات خاص «دولتی - خصوصی» ناظر بر حسن اجرای ضوابط و مقررات تدوین شده و امکان واگذاری نظامهای کنترلی و بازرسی به موسسات حقیقی و حقوقی.

۱۳. کاهش و حذف رابطه مالی بین بیمار و پزشک در چارچوب ضوابط و مقررات تعریف شده.

۱۴. مختار بودن بیمه شده در انتخاب نوع بیمه خود با توجه به میزان مشارکت او در تأمین حق بیمه

۱۵. اعمال شدید ضوابط و مقررات عضویت و تسویه در نظام بیمه خدمات پزشکی برای

اعضا و جلوگیری از سوء استفاده‌ها با اعمال مجازاتهای سنگین برای عرضه‌کننده و متقاضی  
۱۶. تلاش در جهت استقرار سازمان شبکه‌ای زیر

هرکدام از واحدهای اقماری فوق به‌صورت مستقل فعالیت می‌کنند و دارای واحدهای  
ستادی غیرمتمرکز هستند. در این صورت مؤسسه بیمه‌گر اصلی قادر خواهد بود هر کدام از  
واحدهای اقماری خود را به بخشهای غیردولتی واگذار و در چارچوب قراردادهای خاص بر  
حسب اجرای آنها نظارت کند.

۱۷. امکان ورود سرمایه‌گذارهای بخش خصوصی و ترجیحاً سرمایه‌پزشکان در ایجاد  
مراکز پزشکی و واحدهای تولیدی و خدماتی مثل بیمه‌های پزشکی و ایجاد تسهیلات مناسب  
به آنان و فراهم آوردن زمینه‌های نظارت و کنترل‌های قوی و حساب شده روی فعالیتهای کمی و  
کیفی این مراکز تولید تکنولوژی و ارائه دهنده خدمات.

۱۸. استقرار سیستمهای ماشینی برای نظامهای بیمه‌ای و ایجاد رابطه‌ای تعریف شده بین سه  
عامل مشخص شده. حذف دفترچه‌های فعلی از مهمترین این اقدامات خواهد بود، و با  
سرمایه‌ای که هزینه چاپ، تکثیر، و تمدید این دفترچه‌ها می‌شود می‌توانیم سازوکارهای دیگری  
از قبیل کارت کامپیوتری عکس‌دار با سیستم متمرکز کنترل را جایگزین آن کنیم.

۱۹. ایجاد یک محیط رقابتی سالم بین پزشکان برای کاهش و کنترل نرخ خدمات به جای  
استقرار محدودیتهای بی‌حساب و کنترل‌های غیرعلمی فعلی از طریق انجام و اجرای دقیق  
بند ۱۸.

۲۰. اعمال زمان انتظار مناسب پس از شروع عضویت در بیمه و پرداخت حق بیمه تا زمان  
استفاده از مزایا در نظر گرفته شود. به عنوان مثال مدت انتظار برای دریافت غرامت زایمان  
حداقل ۹ ماه پس از عضویت و برای بیماریهای مزمن مثل سل و ریوی حداقل ۱۲ ماه و برای  
امراض و حوادث فوری بلافاصله پس از عضویت قابل اجراء است.

۲۱. فراهم آوردن امکان مشارکت بیماران از طریق پرداخت حق بیمه‌های متناسب برای  
بهره‌مندی از امکانات بیشتر غرامت و خدمات بیمه‌ای متناسب. به عبارت دیگر تعرفه‌های  
واقعی را اعلام و حق بیمه‌های واقعی را نیز محاسبه خواهیم کرد و بیمار با توجه به توان مالی  
خود از خدمات بیش از سقف بیمه‌های همگانی از طریق سازوکار بیمه‌های مازاد و تکمیلی  
استفاده خواهد کرد.

۲۲. دولت فهرست خدمات ضروری و مهم را براساس نیاز بیماران و افراد تهیه و با محاسبه  
حق بیمه واقعی سقف حداقل خدمات را برای همه اعلام می‌کند. سپس، براساس تواناییهای  
مالی و اقتصادی کشور میزان سهم دولت را تعیین و سهم مشارکت بیمه‌گذار را به عهده او واگذار  
می‌کند.