در حال حاضر سه اولویت در اداره توانمندسازی بیمه شدگان داریم؛ اول، افزایش سواد سلامت است. دوم این‌که پس از افزایش سواد سلامت، افراد بتوانند خودمراقبتی را انجام بدهند. سوم این‌که امکان دارد همه این افراد نتوانند از خود مراقبت کنند و در نتیجه افراد باید به درجه‌ای برسند که مراقبت‌های رهایی بخش انجام بدهند و نیاز کمتری به پزشک عمومی و متخصص داشته باشند.

ما می‌توانیم در قالب مشوق و بازپرداخت، قسمتی از هزینه‌های بیمه شدگانی که خودمراقبتی را انجام می‌دهند، به بیمه شدگان برگردانیم که در قالب همان بند «چ» ماده ۷۳ برنامه هفتم پیشرفت خواهد بود. به همین دلیل، بسته‌هایی در زمینه چاقی، دیابت، فشارخون و قلب و عروق تعریف کرده‌ایم که خروجی محور هستند و می‌توان به این خروجی‌ها قیمت داد و می‌گوییم اگر این خروجی حاصل شد، درصد مشخصی از هزینه را به بیمه شده بر می‌گردانیم. به شدت به دنبال این موضوع هستیم.

پیشگیری می‌تواند به کاهش هزینه‌های سلامت کمک کند. در برخی آمارها گفته شده که نگاه پیشگیرانه می‌تواند تا ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامت را کاهش بدهد.

سازمان بیمه سلامت ایران پیشنهادی مبنی بر تعرفه گذاری خدمات پیشگیری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه کرده که بازخوردهای خوبی در این زمینه داشتیم. بر این اساس، تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات پیشگیرانه به وزارت بهداشت پیشنهاد شده و اگر به جمع بندی برسند، تدوین این کتاب می‌تواند گام بلندی برای نهادینه کردن پیشگیری و توسعه آن در سطح جامعه باشد.

در سال‌های اخیر با کلیدواژه‌ای با عنوان پیشگیری سطح چهارم مواجه هستیم؛ پیشگیری سطح چهارم به چه معنی است و سازمان بیمه سلامت ایران چه اقداماتی در این زمینه انجام داده است؟

پیشگیری سطح چهارم، موضوع جدیدی محسوب می‌شود و تنها سطحی از پیشگیری است که مسئولیت آن با بیمه‌هاست. در پیشگیری سطح اول تا سوم، مردم خدمات گیرنده هستند، اما پیشگیری سطح چهارم مربوط به خدمت و ارائه دهنده خدمات سلامت است. به طور مثال گفته می‌شود که سونوگرافی که یک رادیولوژیست به تعداد ۱۰۰ مورد در ماه نوشته، ضروری بوده یا خیر؛ بنابراین در این مثال، دو موضوع شامل خدمت سونوگرافی و پزشکی که این خدمت را تجویز کرده، مطرح است.

وقتی از خدمات غیرضروری پیشگیری شود، حتما هزینه‌های سلامت در سبد اقتصادی مردم قرار می‌گیرد. در دنیا ادعا می‌شود که حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد خدمات سلامت غیرضروری است. اگر نظارت‌ها کم شود، شاید این میزان به بیش از ۵۰ درصد هم برسد.

بنابراین بیمه‌ها ابتدا باید خدمات غیرضروری را احصا کنند؛ به جز نیروی انسانی توانمند، به کمک ابزارهایی مانند هوش مصنوعی نیز می‌توان این خدمات غیرضروری را احصا کرد. این موضوع هم از طریق آموزش به ارائه دهندگان خدمات و هم از طریق مداخله حقوقی قابل انجام است.

باید بپذیریم که خدمات سلامت، یک بازار است و باید تلاش کنیم این خدمات به صورت سلامت به مردم ارائه شود. در عین حال نمی‌توان گفت همه افرادی که خدمات ارائه می‌کنند، این کار را به خوبی انجام می‌دهند. بیمه‌ها باید آگاهی داشته باشند تا هزینه خدمات غیرضروری از جیب بیمه شدگان، پرداخت نشود.

گاهی خدمات ضروری ولی غیراستاندارد است که باید این خدمات استاندارد شوند، گاهی خدمات ضروری و استاندارد هستند که باید از آن حمایت شده و توسعه پیدا کند، اما گاهی خدمات غیرضروری هستند که باید از آن جلوگیری شده و برای آن برنامه ریزی شود.

در سال ۱۴۰۴ اقداماتی در این زمینه انجام و برخی از این خدمات احصا شد. در سال ۱۴۰۵ با ۳۱ استان، توافق‌نامه‌ای امضا شد که بر این اساس، ۴ دستور مشترک شامل کاهش اقلام دارویی، کاهش اقلام آزمایشگاه، کاهش اقلام تصویربرداری و رادیولوژی و کاهش خدمات غیرضروری بستری می‌شود. به جز این موارد، هر استان به فراخور نیازها و مطالعات خود، پیشنهاد کرد که می‌تواند درباره خدمات غیرضروری دیگر هم مداخله کرده و باعث کاهش پرداخت هزینه از جیب بیمار و نظام سلامت شود.