نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۴، صفحات ۳۰۷ تا ۳۱۰

دیدگاه

گذار از بیمه درمان‌محور به بیمه سلامت‌محور با درس‌آموزی از تجارب جهانی

کامران باقری لنکرانی[1*]، مریم خیام‌زاده[2]، محمدحسین تقدیسی[3]

۱. *نویسنده مسئول: استاد ممتاز بیماری‌های گوارش، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، lankaran@sums.ac.ir
۲. دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۳. استاد، دکترای ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

چکیده

بند چ ماده ۷۳ قانون برنامه هفتم توسعه، با الزام سازمان‌های بیمه‌گر پایه به تخصیص حداقل ۵ درصد از اعتبارات سالانه به مداخلات پیشگیرانه و ارتقای سلامت، فرصتی تاریخی برای تحول در نظام بیمه سلامت ایران فراهم کرده است. این مقاله با هدف تبیین راهبردهای بهره برداری عالمانه از این فرصت با ترازیابی جهانی و پرهیز از تکرار اشتباهات، به بررسی چالش‌های موجود و ارائه راهکارهای مبتنی بر شواهد می‌پردازد. با مرور انتقادی مستندات و با تأکید بر لزوم اتکا به شواهد مستقیم، توجه به هزینه‌های فرصت، و به‌کارگیری نوآوری‌های دیجیتال و اقتصاد رفتاری، چارچوبی برای اجرای اثربخش و عادلانه این قانون پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ارتقای سلامت، بیمه پزشکی اصلی، خدمات بهداشتی پیشگیرانه

مقدمه

افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر و نابرابری‌های سلامت، نظام‌های سلامت در سراسر جهان را به سمت بازتعریف نقش بیمه‌ها از نهادهای صرفاً پرداخت‌کننده هزینه به بازیگران فعال در عرصه ارتقای سلامت سوق داده است (۱). در ایران، بند چ ماده ۷۳ قانون برنامه هفتم توسعه با هوشمندی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه را مکلف کرده است تا حداقل ۵ درصد از اعتبارات سالانه خود را به مداخلاتی در حوزه خودمراقبتی، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و کنترل مصرف دخانیات اختصاص دهند (۲). این اقدام، نقطه عطفی در سیاست‌گذاری سلامت کشور محسوب می‌شود. با این حال، موفقیت در اجرای این قانون، مستلزم چارچوب‌سازی دقیق، پرهیز از شتاب‌زدگی و به‌ویژه درس‌آموزی از کاستی‌های تجارب بین‌المللی است.

تحلیل وضعیت موجود: فرصت‌ها و هشدارها

مدل‌های خرید راهبردی تهیه‌شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران مانند مدل‌های کنترل شاخص توده بدنی، پرفشاری خون و دیابت، گام اولیه مثبتی است. اما این مدل‌ها عمدتاً بر«ارجاع به کارشناس تغذیه و مراقب سلامت» و «اعطای مشوق‌های کالایی» متمرکزند و از پشتوانه مستند اجرایی و شواهد مستقیم قدرتمند برخوردار نیستند .این همان نقطه‌ای است که نظام سلامت را در خطر تکرار اشتباهاتی که دیگر کشورها جهان داشته‌اند قرار می‌دهد (۳).

مطالعه اخیر (Johansson) جوهانسون و همکاران به طور قاطعانه نشان می‌دهد که تنها ۳ درصد از توصیه‌های تغییر سبک زندگی NICE (مؤسسه ملی تعالی سلامت و مراقبت بریتانیا) از شواهد با قطعیت بالا یا متوسط برخوردارند. این مقاله هشدار می‌دهد که راهنماهای بالینی اغلب: مزایا را بیش‌ازحد برآورد می‌کنند، محدودیت‌های کلیدی شواهد

Please cite this article as:
Bagheri Lankarani K, Khayamzadeh M, Taghdisi MH. Transition from Treatment-based to Health-based Insurance by Learning from Global Experiences. Iran J Cult Health Promot 2025; 9(3): 307-310.

Copyright: © Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

و همچنین آسیب‌های احتمالی (مانند انگ اجتماعی و آسیب روانی) را نادیده می‌گیرند، هزینه‌های فرصت و زمان مورد نیاز پزشکان را به درستی محاسبه نمی‌کنند (۴).

الزامات کلیدی برای بهره‌برداری عالمانه از بند چ ماده ۷۳ گذار از شواهد غیرمستقیم به شواهد مستقیم

بسیاری از مداخلات سبک زندگی براساس «شواهد مرتبط غیرمستقیم» (Linked Indirect Evidence) توصیه می‌شوند. به این معنا که فرض می‌شود.

الف) مداخله منجر به تغییر رفتار می‌شود؛

ب) این تغییر رفتار به نفع بیمار است؛ (۵).

اما همانطور که درگزارش جوهانسون و همکاران تأکید شد، این یک زنجیره شکست‌خورده است. برای مثال، اگرچه فعالیت بدنی برای سلامت قلبی-عروقی مفید است، به آن معنا نیست که «پزشک با توصیه کلامی» بتواند به طور مؤثر بیمار را به فعالیت بدنی پایدار ترغیب کند (۴).

راهکار

باید به سمت مداخلاتی حرکت کنیم که شواهد مستقیم (Direct Evidence) از کارآزمایی‌های تصادفی شده با کیفیت بالا دارند که نشان می‌دهند آن مداخله خاص (مثلاً یک اپلیکیشن هوشمند با مشوق مالی) منجر به بهبود «پیامدهای مهم بیمار» (مانند کاهش حوادث قلبی-عروقی یا بهبود کیفیت زندگی) شده است (۶).

توجه به هزینه‌های فرصت و زمان ارائه‌کنندگان

برآوردها نشان می‌دهند برای اجرای تمامی مداخلات سبک زندگی توصیه‌شده توسط NICE، به تعداد پرستاران و پزشکانی بیش از کل نیروی نظام سلامت بریتانیا نیاز است (۷). سیستم سلامت ایران با کمبود نیروی انسانی مواجه است. تحمیل مداخلات زمان‌بر و بی‌اثر به پزشکان خانواده، تنها به خستگی آنان و غفلت از مداخلات مهم‌تر منجر خواهد شد.

راهکار

اولویت‌بندی مداخلات براساس نسبت سود به زمان مصرفی (Time Needed to Treat) و استفاده از کانال‌های جایگزین مانند مراقبان سلامت جامعه‌محور، اپلیکیشن‌ها و پلتفرم‌های دیجیتال برای کاهش بار کاری پزشکان (۸).

پرهیز از آسیب‌های روانی-اجتماعی و انگ‌زنی

توصیه‌های ناخواسته و کلیشه‌ای در مورد وزن یا سبک زندگی، به‌ویژه اگر بدون درنظرگرفتن زمینه اجتماعی- فرهنگی فرد باشد، می‌تواند احساس شرم، اضطراب و حتی افسردگی ایجاد کند. این یک «آسیب» جدی است که در اکثر راهنماها نادیده گرفته می‌شود. (۹)

راهکار

طراحی مداخلات با مشارکت افراد با تجربه زیسته (Patients with Lived Experience) و آموزش مهارت‌های ارتباطی حساس و غیرقضاوت‌گرا به ارائه‌کنندگان خدمات، شخصی‌سازی توصیه‌ها و خودداری از توصیه‌های یکسان برای همه (۹)

تلفیق نوآوری‌های دیجیتال و اقتصاد رفتاری

تجارب موفق بین‌المللی(مانند برنامه‌های Vitality، Oscar Health و AIA) نشان می‌دهند که ادغام فناوری (اپلیکیشن‌ها) با اصول اقتصاد رفتاری (Nudge Theory) می‌تواند مشارکت بیمه‌گذاران را به شکل چشمگیری افزایش دهد (۱۰).

راهکارها

- توسعه و تجاری‌سازی یک «اپلیکیشن ملی قدم‌شمار» با قابلیت اتصال به سامانه یکپارچه بیمه.
- ارائه مشوق‌های مالی خرد و مستمر (Micro-incentives) مانند تخفیف حق بیمه، پاداش نقدی یا اعتبار خرید خدمات سلامت برای دستیابی به اهداف واقع‌بینانه (۱۱)
- استفاده از پیام‌های شخصی‌شده (Personalized Nudges) برای یادآوری واکسیناسیون، چکاپ و غربالگری (۱۰)

عدالت به مثابه محور اصلی

مدل‌های سطح‌بندی‌شده (Tiered Insurance) که توسط OECD و بانک جهانی توصیه می‌شوند، می‌توانند تضمین کنند که مشوق‌ها به شکلی عادلانه توزیع شوند. در این مدل، گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر، پوشش بیمه‌ای پایه با یارانه بالا دریافت می‌کنند، در حالی که گروه‌های با درآمد بالاتر می‌توانند برای پوشش‌های مکمل با مشارکت مالی بیشتر اقدام کنند (۱۲).

راهکار

طراحی بسته‌های خدمتی پیشگیری و ارتقای سلامت براساس نیازهای گروه‌های مختلف جغرافیایی و اجتماعی- اقتصادی، هدفمندسازی یارانه‌ها برای اقشار محروم و ساکنان مناطق کم‌برخوردار (۱۳).

جمع‌بندی و توصیه‌های سیاستی نهایی

بند چ ماده ۷۳، یک فرصت طلایی است. برای بهره‌برداری عالمانه از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

آن و پرهیز از تکرار اشتباهات، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- **تدوین راهنماهای بومی مبتنی بر شواهد مستقیم:** تشکیل کارگروهی متشکل از اپیدمیولوژیست‌ها، اقتصاددانان سلامت، روانشناسان و نمایندگان بیماران برای ارزیابی انتقادی شواهد هر مداخله قبل از گنجاندن در بسته خدمتی.
- **تغییر مدل پرداخت به ارائه‌کنندگان:** «رتبه‌بندی پزشکان خانواده» نه براساس حجم خدمت، بلکه براساس اثربخشی در تغییر پیامدهای سلامت و دریافت بازخورد رضایت از بیماران.
- **سرمایه‌گذاری روی پلتفرم دیجیتال یکپارچه:** ایجاد «پرونده الکترونیک سلامت هوشمند» که قابلیت ارائه توصیه‌های شخصی‌شده توسط هوش مصنوعی و پیگیری مستمر را داشته باشد.
- **توانمندسازی جامعه:** اختصاص بخشی از این اعتبارات به آموزش و به‌کارگیری «مراقبان سلامت محلی» با دستمزد مناسب برای اجرای برنامه‌های ورزشی و آموزشی در سطح محلات.
- **پایش و ارزشیابی مستمر:** تعریف شاخص‌های روشن برای سنجش تاثیر مداخلات نه تنها بر عوامل خطر بیولوژیک، بلکه بر کاهش نابرابری‌ها، رضایت بیمه‌شدگان و کاهش هزینه‌های فاجعه بار (کاتاستروفیک) سلامت.

نتیجه‌گیری

اجرای خردمندانه بند چ ماده ۷۳ می‌تواند نقطه آغاز تحولی تاریخی باشد: گذار از نظام بیمه‌ای که دیر می‌آید و فقط خسارت می‌پردازد، به نظامی که هوشمند، پیش‌دست و مشوق سلامت است. این گذار تنها با عبور از نگاه ساده‌انگارانه به پیشگیری و تکیه بر شواهد و مستندات متقن، فناوری نوین و عدالت‌محوری ممکن خواهد بود. در این مسیر، فرهنگستان علوم پزشکی می‌تواند با ایفای نقش رهبری فکری، تضمین کند که این فرصت بی‌نظیر به هدر نرود.

منابع

1. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-e1252.
2. https://qavanin.ir/Law/TreeText/?IDS=15723876917175394157
3. Tofighi S. Strategic purchasing of health services: reengineering of hard and soft determinanats. *Iran J Health Insur* .2020; 3 (1) :1-4
4. Johansson M, Niklasson A, Albarqouni L, Jørgensen KJ, Guyatt G, Montori VM. Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes: A Popular but Questionable Approach to Improve Public Health. *Ann Intern Med*. 2024 Oct;177(10):1425-1427.
5. Hawkins N, Scott DA, Woods B. How far do you go? Efficient searching for indirect evidence. *Med Decis Making*. 2009 May-Jun;29(3):273-81.
6. Bucher HC, Guyatt GH, Griffith LE, Walter SD. The results of direct and indirect treatment comparisons in meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Epidemiol*. 1997 Jun;50(6):683-91.
7. Onyejesi CR, James T, Kharicha K. Understanding why health professionals are leaving the UK national health service (NHS) – A systematic review and narrative synthesis. *J Health Serv Res Policy*. 2025;0(0).
8. Albarqouni L, Montori V, Jørgensen KJ, Ringsten M, Bulbeck H, Johansson M. Applying the time needed to treat to NICE guidelines on lifestyle interventions. *BMJ Evid Based Med*. 2023 Oct;28(5):354-355.
9. Fylan B, Tomlinson J, Raynor DK, Silcock J. Using experience-based co-design with patients, carers and healthcare professionals to develop theory-based interventions for safer medicines use. *Res Social Adm Pharm*. 2021 Dec;17(12):2127-2135.
10. Neațu AM. Public Health and Behavioral Economics. "Nudging" Behaviors Through Wearable Technology. *Int J Econom Pract Theories*. 2015; 5(5), 518–526.
11. Smith HJ, Revell KD. Micro-incentives and municipal behavior: Political decentralization and fiscal federalism in Argentina and Mexico. *World Dev*. 2016 Jan 1;77:231-48.
12. Ackley CA. Tiered cost sharing and health care demand. *J Health Econ*. 2022 Sep;85:102663.
13. McDonald T, White KM, Huang TY, Whaley CM, Dowd B. Clinic price reductions in a tiered total cost benefit design. *Am J Manag Care*. 2021 Sep 1;27(9):e316-e321.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

Opinion

Transition from Treatment-based to Health-based Insurance by Learning from Global Experiences

Kamran Bagheri Lankarani*[1], Maryam Khayamzadeh[2], MohammadHossein Taghdisi[3]

1. ⁎**Corresponding Author:** Distinguished Professor of Gastroenterology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, lankaran@sums.ac.ir
2. Associate Professor, Community Medicine Specialist, Academy of Medical Sciences IRI, Tehran, Iran
3. Professor of Health Education and Promotion, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Clause 4, Issue 73 of the Seventh Development Plan Law, which mandates primary insurance organizations to allocate at least 5% of their annual funds to preventive interventions and health promotion, represents a historic opportunity to transform Iran's health insurance system. This article seeks to outline strategies for effectively leveraging this opportunity while avoiding the pitfalls observed in global experiences. It examines existing challenges and presents evidence-based solutions. Through a critical review of available documentation, the article emphasizes the importance of relying on direct evidence, considering opportunity costs, and integrating digital innovations alongside behavioral economics. Ultimately, it proposes a framework for the fair and effective implementation of this law.

Keywords: Health Promotion, Major Medical Insurance, Preventive Health Services

Please cite this article as:
Bagheri Lankarani K, Khayamzadeh M, Taghdisi MH. Transition from Treatment-based to Health-based Insurance by Learning from Global Experiences. Iran J Cult Health Promot 2025; 9(3): 307-310.

Copyright: © Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]