

پویایی‌شناسی کاهش سلامت جامعه

سلسله گزارش‌های پویایی‌شناسی چالش‌های کشور (۱۸)



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۲۰۳۵۲
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:
۱۴۰۳/۱۰/۲۳

عنوان گزارش:

پویایی‌شناسی کاهش سلامت جامعه
سلسله گزارش‌های پویایی‌شناسی چالش‌های کشور (۱۸)

نوع گزارش: طرح و لایحه ، نظارتی ، راهبردی

نام دفتر:

دفتر مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین کنندگان:

فاطمه قویدل، محمد بختیاری علی‌آباد

مدیر مطالعه:

هادی افراسیابی

اظهار نظرکننده:

سمیه صدیقی (دفتر مطالعات اجتماعی)

ناظران علمی:

محمد رضا مالکی، هادی افراسیابی

ویراستار ادبی:

مژگان کاظمی

گرافیک و صفحه‌آرایی:

محمد دهقانی شهربابی

واژه‌های کلیدی:

۱. پویایی‌شناسی،

۲. نظام سلامت،

۳. رفاه اجتماعی

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۰۷/۱۰



فهرست مطالب

۷.....	چکیده
۸.....	خلاصه مدیریتی
۹.....	۱. مقدمه
۱۰.....	۲. سیمای سلامت در ایران (مروری بر وضع موجود، چالش‌ها و آسیب‌ها)
۱۶.....	۳. کارکردهای نظام سلامت
۲۳.....	۴. مدل تحلیل پویایی‌شناسی کاهش سلامت جامعه
۲۹.....	۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۳۱.....	منابع و مآخذ

فهرست جداول

۱۶.....	جدول ۱. درصد شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در ایران در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۴۰۰
---------	--

فهرست اشکال

۱۰.....	شکل ۱. نمودار تغییرات و پیش‌بینی نرخ باروری در ایران، جهان و شمال آفریقا و کشورهای خاورمیانه طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۱۰۰
۱۱.....	شکل ۲. نمودار ساختار جمعیتی ایران برحسب سن و جنس در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹ و پیش‌بینی آن برای سال ۲۱۰۰
۱۲.....	شکل ۳. نمودار امید به زندگی در بدو تولد ایران در مردان، زنان و هر دو جنس طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱
۱۲.....	شکل ۴. نمودار امید به زندگی سالم در بدو تولد در مردان و زنان و هر دو جنس در ایران طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱
۱۳.....	شکل ۵. نمودار تعداد مرگ کودکان زیر یک سال و زیر پنج سال در ایران در هر هزار تولد زنده طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۲۱
۱۴.....	شکل ۶. علت اصلی مرگ در همه‌سنین در هر صد هزار نفر در ایران سال ۲۰۲۱ و تغییرات طی سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۲۱
۱۴.....	شکل ۷. نمودار ۱۰ علت اصلی مرگ و ناتوانی (دالی) در ایران در همه‌سنین سال ۲۰۲۱ و درصد تغییرات طی سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۲۱
۱۵.....	شکل ۸. عامل خطر اصلی براساس دالی به‌ازای هر صد هزار نفر در ایران سال ۲۰۲۱ و تغییرات طی سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۲۱
۱۶.....	شکل ۹. روابط بین کارکردها و اهداف یک نظام سلامت
۱۷.....	شکل ۱۰. نمودار تعداد مرگ ناشی از آلودگی هوادر هر صد هزار نفر جمعیت در ایران، طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۲۱
۱۸.....	شکل ۱۱. نمودار مرگ ناشی از تصادف‌های جاده‌ای در هر صد هزار نفر در ایران و جهان طی سال‌های ۱۹۸۰-۲۰۲۱
۱۹.....	شکل ۱۲. نمودار درصد هزینه‌های بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران، آمریکا و جهان طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱
۱۹.....	شکل ۱۳. نمودار امید به زندگی در مقابل سرانه هزینه‌های سلامت در برخی کشورهای منتخب در سال ۲۰۲۲
۲۰.....	شکل ۱۴. نمودار درصد پرداخت مستقیم از جیب در ایران طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱
۲۱.....	شکل ۱۵. نمودار درصد جمعیت مواجهه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت با مقدار آستانه‌ای ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۳۹۵

شکل ۱۶. نمودار روند اعتبارات فصول بهداشت و درمان در قوانین بودجه سنواتی طی سال‌های ۱۴۰۲-۱۳۹۵ ...	۲۱
شکل ۱۷. توزیع پزشکان به‌ازای هر هزار نفر جمعیت در استان‌های مختلف کشور در سال ۱۴۰۲.....	۲۲
شکل ۱۸. مدل پویا کاهش سلامت جامعه.....	۲۴
شکل ۱۹. چرخه مرکزی شبکه علی‌کاهش سلامت جامعه.....	۲۵
شکل ۲۰. چرخه فشار افزایش هزینه‌های درمان.....	۲۶
شکل ۲۱. چرخه فشار کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی.....	۲۷
شکل ۲۲. چرخه فشار تضعیف پیشگیری در رقابت با درمان.....	۲۸
شکل ۲۳. چرخه فشار تهدیدکننده‌های سلامت.....	۲۹



پویایی‌شناسی کاهش سلامت جامعه سلسله گزارش‌های پویایی‌شناسی چالش‌های کشور (۱۸)

چکیده



تشدیدکننده شامل: ۱. فشار کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی، ۲. فشار تضعیف پیشگیری در رقابت با درمان، ۳. فشار افزایش هزینه‌های درمان و ۴. فشار تهدیدکننده‌های سلامت، است. به‌منظور مواجهه با چالش‌های موجود در نظام سلامت ایران، افزایش کیفیت حکمرانی از طریق تمرکز بر بخش پیشگیری، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ایجاد یک سیستم تأمین مالی پایدار، تضمین عدالت در توزیع منابع و ارائه خدمات، اصلاح نظام بیمه، تقویت نظارت و شفافیت، بازنگری در تخصیص منابع، بهبود زیرساخت‌ها، همچنین افزایش مشارکت و هماهنگی بین بخشی از جمله راهکارهای پیشنهادی به شمار می‌روند.

با توجه به تأثیر پذیرفتن سلامت جمعیت از طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و اقتصادی و عملکرد دستگاه‌ها و سازمان‌های مختلف یک کشور، برای درک اهمیت سلامت، این مهم را باید به صورت جامع نگاه کرد. از این رو، این گزارش تلاش می‌کند تا با بهره‌گیری از مدل پویایی‌شناسی به تبیین رابطه علت و معلولی متغیرهایی که منجر به کاهش سلامت جامعه می‌گردند بپردازد و مسیر را برای مواجهه با چالش‌های این حوزه هموارتر سازد. براساس یافته‌های این پژوهش پنج چرخه اصلی که شامل یک چرخه مرکزی و چهار چرخه تشدیدکننده است، در کاهش سلامت جامعه دخیل هستند. مؤلفه‌های کلیدی در چرخه مرکزی شامل کسری بودجه و تورم، کیفیت رفتارهای فردی و پوشش و عمق بیمه است. چهار چرخه



بیان/شرح مسئله

بر خور داری از زندگی سالم، مولد، باکیفیت و طول عمری مطلوب، عاری از بیماری و ناتوانی، حقی بنیادین و نیازی ضروری است که در قوانین اساسی بسیاری از کشورها به عنوان یک اصل غیر قابل انکار به رسمیت شناخته شده است. تأمین و صیانت از این حق، نه تنها وظیفه‌ای فردی، اجتماعی و سازمانی است، بلکه مسئولیت و وظیفه‌ای حاکمیتی نیز است. در این میان، دولت‌ها نقش کلیدی را ایفا می‌کنند و این مسئولیت را بر دوش دارند.

سلامت، به عنوان یکی از شاخص‌های حکمرانی مطلوب، پیش‌نیازی اساسی برای دستیابی به توسعه پایدار در هر جامعه‌ای محسوب می‌شود. در دهه‌های اخیر چالش‌های گوناگونی در مسیر دستیابی به این اهداف قد علم کرده‌اند. یکی از عمده‌ترین این چالش‌ها، افزایش عوامل خطر و بار بیماری‌های غیرواگیر نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و اختلالات سلامت روان است. از سوی دیگر، این چالش‌ها اغلب در تقاطع با مسائل گسترده‌تری در ساختار و کارکردهای نظام سلامت همچون بودجه ناکافی سلامت، روند رو به رشد تقاضای القایی، تأمین مالی غیر پایدار، مسائل مربوط به بیمه و ... قرار می‌گیرند. برای مقابله با این چالش‌های پیچیده در سطح جامعه، رویکردی جامع و چندبعدی ضروری است که نه تنها به عوامل تعیین‌کننده سلامت توجه کند، بلکه به چالش‌های موجود در ساختار نظام سلامت نیز بپردازد. این گزارش به عنوان سند مقدماتی مدل پویاشناسی در زمینه مؤلفه‌های مؤثر بر کاهش سلامت جامعه تهیه شده و تصویری از رابطه علی و معلولی و روابط حاکم میان متغیرهای تأثیرگذار و تأثیرپذیر به صورت حلقه‌های علی - معلولی و چرخه‌های تشدیدشونده یا بازدارنده در زمینه کاهش سلامت جامعه پیش‌روی سیاستگذار قرار می‌دهد.

نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

در دهه‌های اخیر نظام سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر سالمند شدن جمعیت، افزایش بار و عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، نابرابری در توزیع منابع و ارائه خدمت، ناپایداری در نظام تأمین مالی، تقاضای القایی، پوشش و عمق ناکافی بیمه‌ها، کمبود نیروی انسانی، مهاجرت نیروهای متخصص و ... مواجه است. براساس یافته‌های مطالعه، از جمله دلایل شکل‌گیری این چالش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: کیفیت حکمرانی سلامت، تورم و کسری

بودجه، پوشش و عمق بیمه‌ها، هزینه‌های درمانی، دسترسی به خدمات درمانی، کیفیت و کمیت کادر بهداشتی و درمانی، قدرت فعالان بخش درمان، کیفیت رفتارهای فردی و فاکتورهای محیطی.

این عوامل را می‌توان در قالب مدل‌های پویایی‌شناسی به تصویر کشید. براساس مدل‌های پویایی‌شناسی، چرخه اصلی این پویایی متأثر از پویایی کسری بودجه و تورم است که بر رفاه اجتماعی و متعاقباً بر کیفیت رفتارهای فردی تأثیر می‌گذارد و در نهایت با تغییر رفتار سبب کاهش سلامت جامعه و به دنبال آن منجر به افزایش هزینه‌های درمان می‌شود و این چرخه علیتی ادامه خواهد یافت. همچنین چرخه‌های تشدیدکننده و اختلال‌زا که منجر به کاهش سلامت جامعه می‌شوند را می‌توان به چهار دسته طبقه‌بندی کرد: الف) فشار کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی، ب) فشار تضعیف پیشگیری در رقابت با درمان، ج) فشار افزایش هزینه‌های درمان و د) فشار تهدیدکننده‌های سلامت. این دسته‌ها چالش‌های چندوجهی را که جوامع در حفظ و ارتقای سلامت کلی خود با آن مواجه هستند، در بر می‌گیرد.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

این گزارش به جای تمرکز بر ارائه راه‌حل‌های ساده و تک‌بعدی، به درک عمیق و دقیقی از پویایی‌های پیچیده‌ای که به دنبال کاهش سلامت نهفته‌اند، می‌پردازد. این پژوهش نشان می‌دهد که مقابله با چالش‌های چندوجهی در حوزه سلامت، مستلزم اتخاذ رویکردی جامع و هم‌پایه است. این راهکارها شامل اصلاح ساختار نظام بیمه به منظور کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم و تقویت پوشش خدمات درمانی، ارتقای خدمات پیشگیرانه به جای درمان محوری، و تقویت سازوکارهای نظارتی و شفافیت برای کاهش تعارض منافع و مدیریت تقاضای القایی است. همچنین، بازنگری در تخصیص منابع سلامت و بهبود زیرساخت‌های درمانی به منظور افزایش دسترسی و اثربخشی خدمات از اقدام‌های ضروری به‌شمار می‌رود. همچنین بهره‌گیری از استراتژی خرید خدمات سلامت با اولویت پیشگیری، از دیگر راهبردهای پیشنهادی است. افزون بر این، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی برای کاهش آثار تهدیدات محیطی از جمله آلودگی هوا، خشکسالی و مخاطرات زیست‌محیطی و همچنین گنجاندن شاخص‌های سلامت در تمامی سطوح سیاستگذاری از اهمیت بالایی برخوردار است.

۱. مقدمه

سلامتی و تأمین آن از مقوله‌هایی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده و دولت‌ها با درک نقش محوری سلامت، در تلاش برای تأمین آن برای شهروندان خود هستند. در گذشته، سلامت عمدتاً به‌عنوان یک پدیده فردی تلقی می‌شد، اما امروزه به حق اجتماعی در چارچوب وظایف و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها تبدیل شده است. سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامت را به‌عنوان «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی» توصیف می‌کند [۱].

در دهه‌های گذشته، ساختارهای سلامت به‌صورت جامع و نظام‌مندی شکل گرفته‌اند و با راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نظام‌های سلامت کشورها تلاش کرده‌اند تا تأمین سلامت مردم را به‌عنوان یک اولویت در همه سیاست‌های خود در نظر بگیرند [۲]. بر همین اساس، تأمین و ارتقای سلامت جامعه یک کنش متقابل و پدیده دوسویه بین جوامع و دولتمردان شده است. به موازات این تلاش‌ها، کاهش سلامت، که به کاهش رفاه در ابعاد مختلف اشاره دارد، پرسش‌های مهمی را درباره علل بنیادی، عوامل به‌هم‌پیوسته و مداخلات ممکن برای معکوس کردن یا کاهش چنین روندهایی مطرح می‌کند.

با وجود دستاوردهای ایران در حوزه سلامت طی دهه‌های اخیر، نظیر ریشه‌کنی برخی بیماری‌های عفونی مانند آبله و فلج اطفال و کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، نظام سلامت همچنان با چالش‌هایی مواجه است [۳، ۴]. افزایش شیوع عوامل خطر و بار بیماری‌های غیرواگیر، چالش‌های مربوط به تأمین مالی، تولید و مدیریت منابع، ارائه خدمت و دسترسی مثال‌هایی از موانع پیش‌روی حفظ بهبود وضعیت سلامت عمومی جامعه است [۵-۷]. لذا پرداختن به این چالش‌ها و ارائه رویکردهای پویا و نظام‌مند برای ریشه‌یابی و مقابله با این چالش‌ها ضروری است.

در این گزارش ابتدا به ارائه تصویر کلی از سیمای سلامت و چالش‌های موجود در نظام سلامت ایران براساس کارکردهای اصلی نظام سلامت پرداخته شد. سپس از طریق بکارگیری داده‌های جمع‌آوری شده به‌وسیله مصاحبه با خبرگان، بررسی اسناد و مقالات معتبر به‌منظور شبیه‌سازی و طراحی الگوی روابط میان متغیرها و مفاهیم، اقدام به پیاده‌سازی یک مدل پویا با استفاده از نرم‌افزارهای تخصصی ونسیم^۲ کرده و به بررسی روابط پیچیده بین متغیرهای مؤثر بر کاهش سلامت و روندهای آن پرداخته شده است. در پایان نیز راهکارهای لازم برای بهبود وضعیت موجود نظام سلامت ارائه شده است.

1. World Health Organization
2. Vensim



۲. سیمای سلامت در ایران (مروری بر وضع موجود، چالش‌ها و آسیب‌ها)



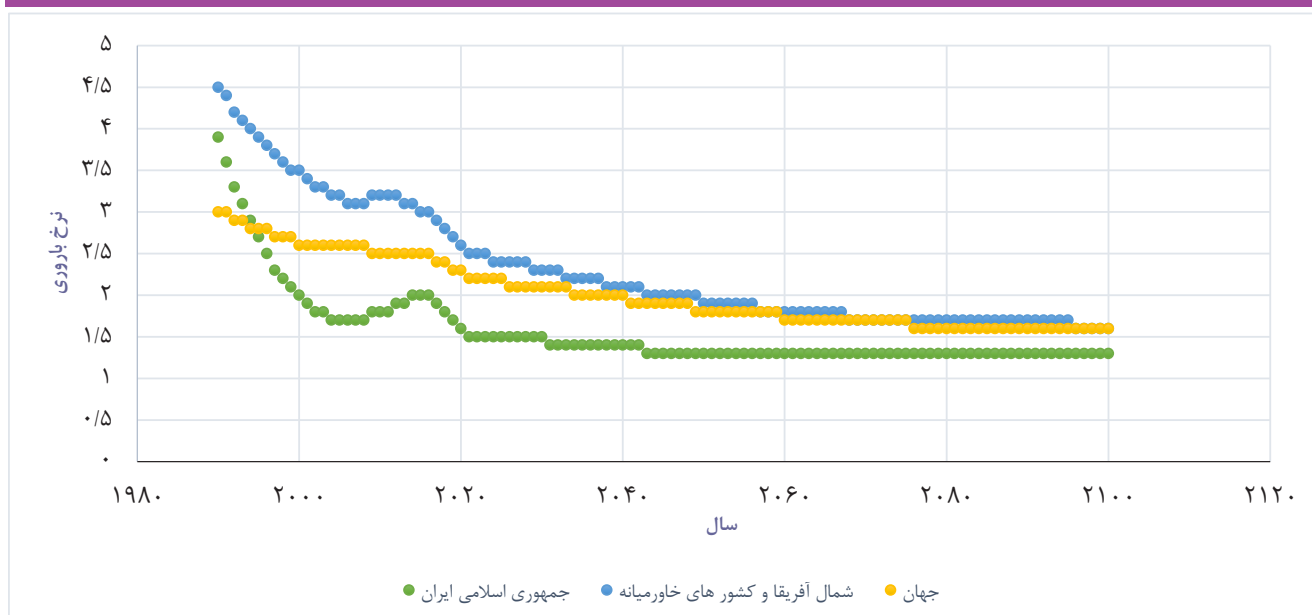
شاخص‌های منتخب برای ترسیم سیمای سلامت جامعه به دلیل قابلیت‌شان در ارائه یک تحلیل جامع و چندبعدی از وضعیت سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این شاخص‌ها شامل ساختار جمعیتی، میزان مرگ‌ومیر مادران و کودکان، امید به زندگی و امید به زندگی سالم، علل اصلی مرگ‌ومیر و بار بیماری‌ها، و عوامل خطر اصلی هستند. هر یک از این شاخص‌ها ابعاد مختلف سلامت جمعیت را بازتاب می‌دهند و به شناسایی نقاط قوت و ضعف نظام سلامت و همچنین تعیین اولویت‌های بهداشتی و سیاستگذاری کمک می‌کنند. در ادامه برخی از اهم شاخص‌ها مورد اشاره قرار گرفته‌اند.

۲-۱. تغییرات جمعیتی

۲-۱-۱. کاهش نرخ باروری

طبق آخرین گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت ایران بیش از ۸۵ میلیون نفر برآورد شده است [۸]. براساس پیش‌بینی مطالعات بار جهانی بیماری‌ها، جمعیت ایران در سال ۲۱۰۰ به هفتاد میلیون خواهد رسید [۹]. از جمله دلایل کاهش جمعیت در ایران را می‌توان به کاهش نرخ باروری^۱ در کشور نسبت داد. همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، نرخ باروری در ایران از سنوات گذشته روند نزولی داشته و در صورت عدم اجرای سیاست‌های لازم، این روند نزولی ادامه خواهد داشت [۹].

شکل ۱. نمودار تغییرات و پیش‌بینی نرخ باروری در ایران، جهان و شمال آفریقا و کشورهای خاورمیانه طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۱۰۰ [۹]



اگرچه مطابق شکل فوق، کاهش نرخ باروری در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا و همچنین در سطح جهان نیز مشهود بوده اما پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که کاهش نرخ باروری در ایران از میانگین جهانی پیشی گرفته و نگرانی قابل توجهی را ایجاد خواهد کرد [۹].

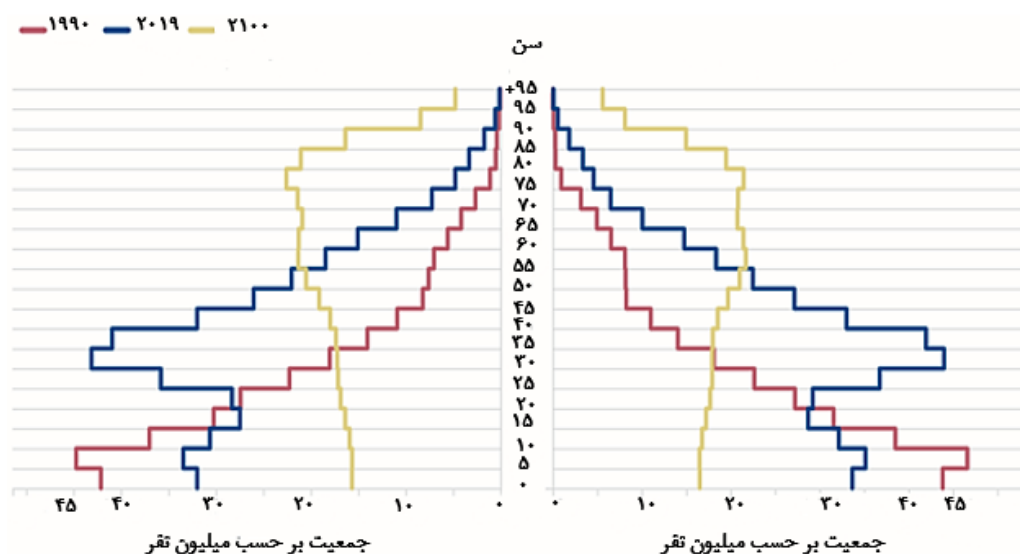
۲-۱-۲. سالمندی جمعیت

کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی^۲ در طی سال‌ها آتی منجر به سالمندی جمعیت خواهد شد [۱۰].

۱. نرخ باروری نشان‌دهنده میانگین تعداد فرزندان است که به‌ازای هر زن ۱۵ الی ۴۹ سال متولد شده است.

همان‌طور که در شکل ۲ نشان داده شده است، جمعیت مسن در ایران نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی رشد بیشتری خواهد داشت و ایران به سمت سالمندی جمعیت حرکت می‌کند. ایران تنها کشوری نیست که با چالش‌های جمعیتی مواجه است. در حال حاضر، کشور ایران نسبت به کشورهای توسعه یافته از جمعیت نسبتاً جوانی برخوردار است اما پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهند که فرایند سالمندی جمعیت در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته با سرعت بیشتری رخ خواهد داد [۱۱].

شکل ۲. نمودار ساختار جمعیتی ایران بر حسب سن و جنس در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۹ و پیش‌بینی آن برای سال ۲۱۰۰ [۹]



شکل فوق روند رو به رشد سالمندی در هرم سنی پیش‌بینی شده برای ایران را ارائه می‌دهد. این تغییرات جمعیتی چالش‌های چندوجهی و پیچیده‌ای (اجتماعی، اقتصادی، سلامتی و ...) را به همراه دارد. لذا پاسخگویی به نیازهای جمعیت رو به رشد سالمندان، مستلزم تدوین و اجرای استراتژی‌های جامعی است که شامل سیاست‌های جوانی جمعیت و به موازات آن تأمین نیازهای سالمندان که موضوع‌های مختلف نظیر مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت، برنامه‌های رفاه اجتماعی مناسب برای سالمندان می‌شود [۱۲، ۱۳].

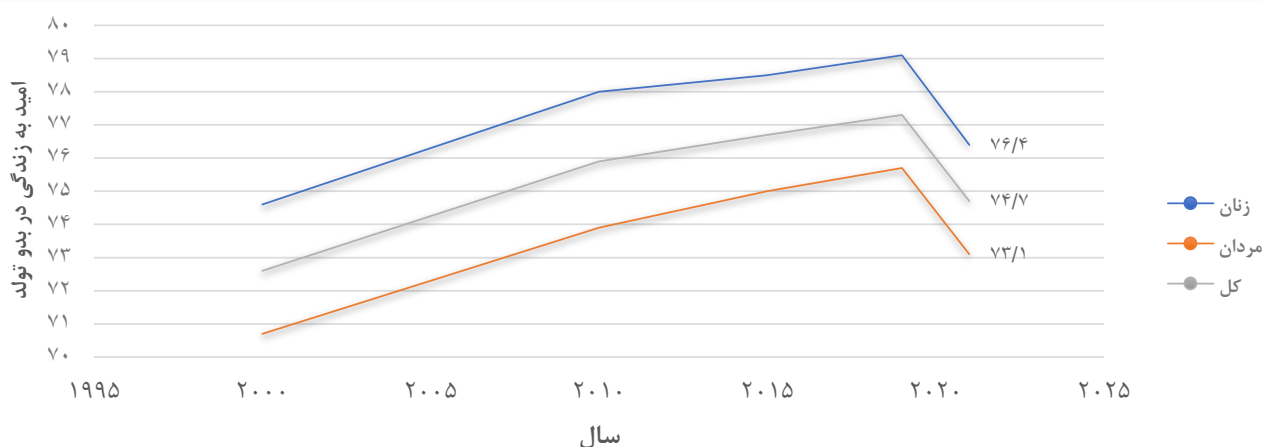
۲-۲. امید به زندگی

در طی دهه‌های یکی از دستاوردهای مهم نظام سلامت ایران افزایش امید به زندگی در بدو^۱ تولد بوده است. امید به زندگی در بدو تولد معرف تعداد سال‌هایی است که انتظار می‌رود یک نوزاد به دنیا آمده، به شرط ثابت ماندن شرایط جاری مرگ و میر، زنده بماند و نشانگر کیفیت و سطح رفاه عمومی جامعه است [۱۴]. شکل ۳ روند امید به زندگی در هر دو جنس و به تفکیک جنسیت را در ایران طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ نشان می‌دهد [۱۵]. براساس این گزارش، امید به زندگی در بدو تولد در هر دو جنس از ۴۴ سال در سال ۲۰۰۰ به حدود ۷۷/۳ سال در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است. اما پس از آن، در سال ۲۰۲۱ به ۷۴/۷ سال کاهش پیدا کرده است. این کاهش در سال‌های اخیر در کل جهان مشهود بوده و آن را می‌توان به همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ نسبت داد که آثار زیادی بر سلامت عمومی و زیرساخت‌های بهداشتی داشته است [۱۶].

1. Life Expectancy at Birth

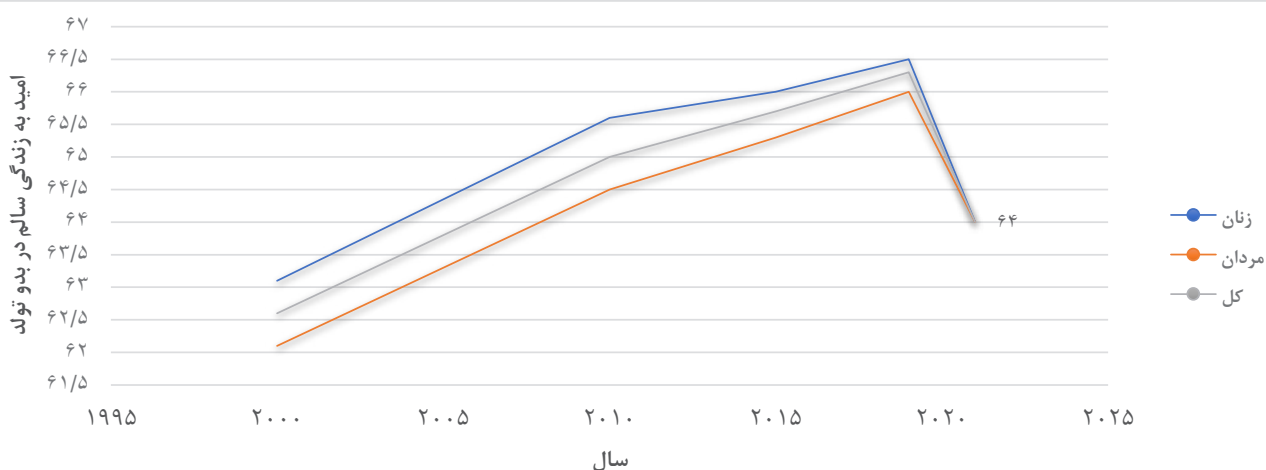


شکل ۳. نمودار امید به زندگی در بدو تولد ایران در مردان، زنان و هر دو جنس طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱ [۱۵]



علاوه بر امید به زندگی در بدو تولد، مفهوم دیگری به نام «امید به زندگی سالم در بدو تولد»^۱ وجود دارد که به‌عنوان «میانگین تعداد سال‌هایی که یک فرد می‌تواند انتظار داشته باشد از بدو تولد در «سلامت کامل» زندگی کند» تعریف می‌شود [۱۷]. این شاخص اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا فراتر از تعداد سال‌های زندگی، به چگونگی گذران این سال‌ها نیز توجه دارد. شکل ۴ نمودار امید به زندگی سالم در بدو تولد را در ایران طی بیست سال گذشته نشان می‌دهد.

شکل ۴. نمودار امید به زندگی سالم در بدو تولد در مردان و زنان و هر دو جنس در ایران طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱ [۹]



مطابق شکل فوق، میانگین عمر با کیفیت برای سال ۲۰۲۱ در ایران ۶۴ سال گزارش شده است [۱۵]. این رقم کمی بالاتر از میانگین جهانی بوده است به طوری که برای کل دنیا ۶۳/۷ سال و برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۶۰/۴ سال گزارش شده است [۱۶]. اگرچه این مقایسه نشان می‌دهد که وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی در ایران نسبت به بسیاری از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی مطلوب‌تر است، اما همچنان با کشورهای توسعه‌یافته فاصله دارد. برای مثال، استرالیا که بالاترین شاخص امید به زندگی در بدو تولد را با ۸۳ سال دارد، امید به زندگی

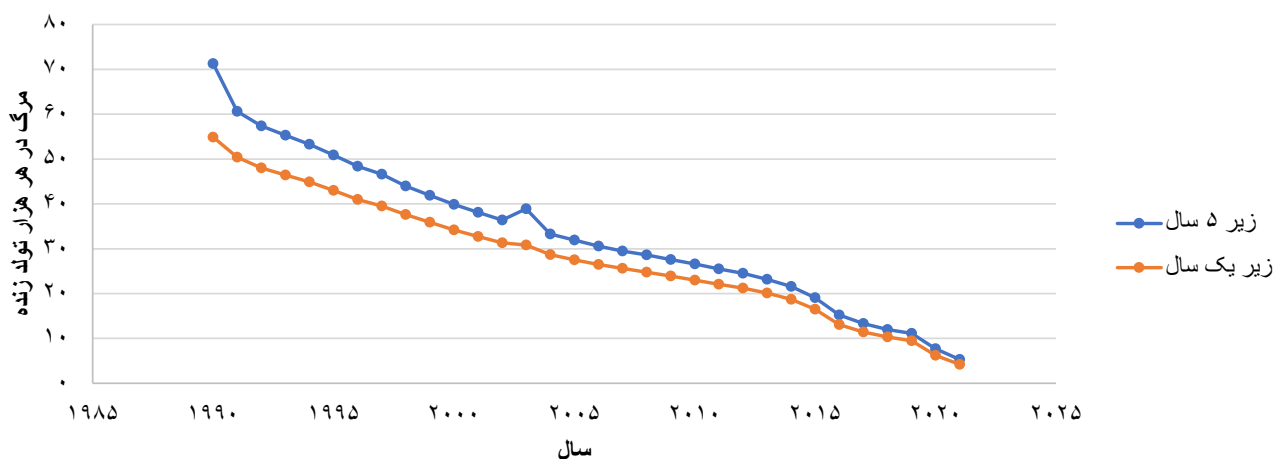
1. Healthy Life Expectancy (HALE) at Birth

سالم در آن کشور تقریباً ۷۱ سال گزارش شده است [۱۶]. این اختلاف نشان می‌دهد در حالی که ایران در بهبود امید به زندگی در بدو تولد گام‌های خوبی برداشته است، همچنان می‌تواند با تمرکز بیشتر بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت در سال‌های عمر، به نتایج بهتری دست یابد.

۲-۳. مرگ‌ومیر مادران و کودکان

در دهه‌های اخیر، ایران شاهد بهبود قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های سلامت نظیر کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال و مادران بوده است. مطابق شکل ۵، نمودار نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال از ۷۱/۳ مورد در هر هزار تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۵/۳ مورد در هر هزار تولد زنده در سال ۲۰۲۱ کاهش یافته است. همچنین، نرخ مرگ‌ومیر در میان کودکان زیر یک سال از ۵۴/۹ مورد در هر هزار تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۴/۲ مورد در هر هزار تولد زنده در سال ۲۰۲۱ تقلیل یافته است [۸]. همچنین مرگ‌ومیر مادران ۱۵/۸ مورد در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۲۰۲۰ تخمین زده شد که نشان می‌دهد جمهوری اسلامی ایران با کاهش تقریباً ۷۵ درصد نسبت به ارقام سال ۱۹۹۰ به هدف توسعه هزاره پنجم (کاهش دو سوم از نرخ مرگ‌ومیر مادران) دست یافته است [۱۸].

شکل ۵. نمودار تعداد مرگ کودکان زیر یک سال و زیر پنج سال در ایران در هر هزار تولد زنده طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۲۱ [۹]



۲-۴. علل اصلی مرگ و عوامل خطر

براساس آخرین گزارش منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی در خصوص بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۲۱، پس از شیوع بیماری کرونا، علت‌های اصلی مرگ در ایران به ترتیب بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته مغزی و فشار خون بالا بوده است (شکل ۶) [۹].

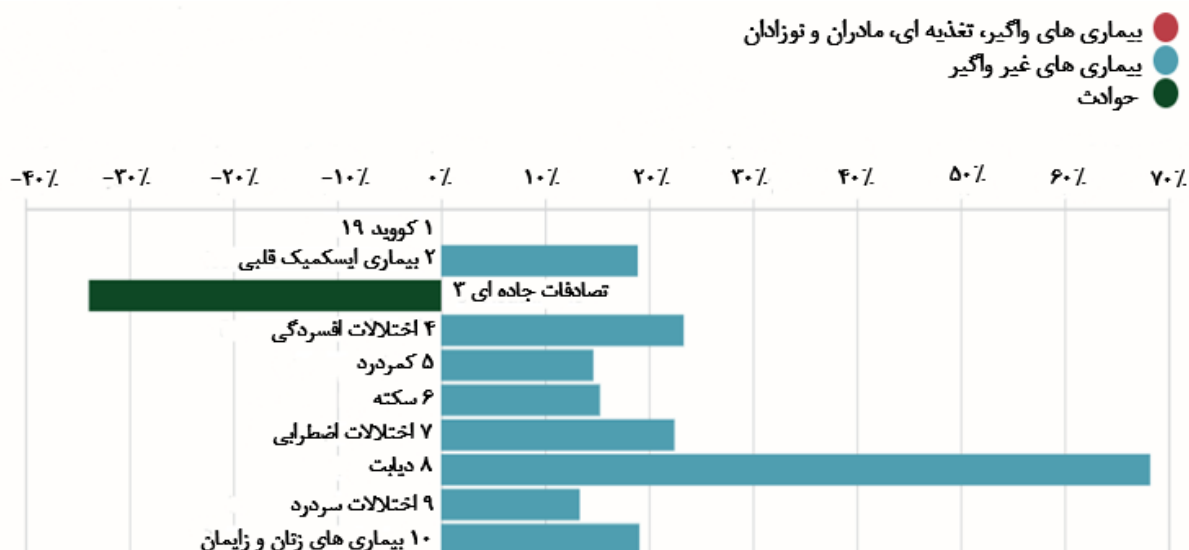


شکل ۱۰.۶. علت اصلی مرگ در همه‌سنین در هر صد هزار نفر در ایران سال ۲۰۲۱ و تغییرات طی سال‌های ۲۰۲۱-۲۰۱۱ [۹]

علت	جایگاه در سال ۲۰۱۱	جایگاه در سال ۲۰۲۱	تغییر در مرگ و میر در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۲۰۲۱-۲۰۱۱
بیماری‌های واگیر، تغذیه‌ای، مرگ مادران و نوزادان	-	۱	+۱۸۹.۰ ↑
بیماری‌های غیر واگیر	۱	۲	+۱۲.۲ ↑
حوادث	۲	۳	+۳.۹ ↑
بیماری کرونا	-	۴	+۲.۶ ↑
بیماری ایسکمیک عروقی	۵	۵	-۱۱.۴ ↓
سکته	۶	۶	+۴.۳ ↑
فشار خون بالا	۷	۷	+۵.۴ ↑
تصادفات جاده‌ای	۸	۸	+۴.۱ ↑
آلزایمر	۹	۹	+۱.۹ ↑
دیابت	۱۰	۱۰	+۱.۰ ↑
بیماری مزمن کلیوی	۱۱	۱۰	
بیماری انسدادی ریوی مزمن	۱۲		
سرطان معده			

به‌منظور بررسی بهتر بار بیماری‌ها لازم است سال‌های عمر از دست رفته به‌دلیل مرگ زودرس و ناتوانی (DALY)^۱ مورد بررسی قرار گیرد. به‌طور واضح‌تر، «دالی» برای یک بیماری یا وضعیت سلامتی، مجموع سال‌های از دست رفته زندگی به‌دلیل مرگ‌ومیر زودرس^۲ و سال‌های زندگی با ناتوانی^۳ به‌دلیل موارد بیماری یا وضعیت سلامت در یک جمعیت است [۱۹]. شکل ذیل، ۱۰ علت اول با بیشترین دالی ناشی از بیماری‌های مختلف در سال ۲۰۲۱ در ایران را نشان می‌دهد [۹].

شکل ۱۰.۷. نمودار ۱۰ علت اصلی مرگ و ناتوانی (دالی) در ایران در همه‌سنین در سال ۲۰۲۱ و درصد تغییرات طی سال‌های ۲۰۲۱-۲۰۱۱ [۹]



1. Disability-Adjusted Life Years (DALYs)
2. Years of Life Lost to due to Premature Mortality (YLLs)
3. Years Lived With a Disability (YLDs)

همان‌طور که در شکل مشخص است، در سال ۲۰۲۱ بیماری‌های قلبی - عروقی، تصادفات جاده‌ای و افسردگی به‌ترتیب بیشترین دالی را پس از کووید ۱۹ به خود اختصاص داده‌اند. همچنین همان‌طور که مشهود است دالی برای تمامی بیماری‌های غیرواگیر دارای تغییرات مثبت طی سال‌های اخیر بوده است. به‌طوری‌که بیماری‌های قلبی - عروقی با حدود ۲۰ درصد تغییر بیشترین دالی را به‌خود اختصاص داده است و پس از کووید ۱۹ رتبه اول را دارد. همچنین بیماری دیابت با تغییر بیش از ۶۰ درصد در رتبه هشتم قرار گرفته است. شکل ۸ نیز ۱۰ عامل خطر بیماری‌ها براساس بیشترین دالی در مقاطع زمانی ۲۰۱۱ و ۲۰۲۱ رتبه‌بندی شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود در سال ۲۰۲۱، فشارخون بالا، شاخص توده بدنی بالا و گلوکز خون ناشتای بالا سه عامل خطری بوده‌اند که بیشترین دالی را به‌خود اختصاص داده‌اند. در سال ۲۰۱۱، این رتبه‌بندی به‌ترتیب مربوط به سوء‌تغذیه، فشار خون و آلودگی هوا بوده است [۹].

شکل ۱۰.۸ عامل خطر اصلی براساس دالی به‌ازای هر صد هزار نفر ایران در سال ۲۰۲۱ و تغییرات طی سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۲۱ [۹]

علت	جایگاه در سال ۲۰۱۱	جایگاه در سال ۲۰۲۱	تغییر در دالی در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۲۰۱۱-۲۰۲۱
فشار خون بالا	۲	۱	+۲۴۹.۷ ↑
شاخص توده بدنی بالا	۵	۲	+۶۳۶.۳ ↑
گلوکز خون ناشتا بالا	۶	۳	+۵۰۹.۴ ↑
عوامل خطر تغذیه ای	۴	۴	+۲۳۱.۰ ↑
آلودگی هوا	۴	۵	-۲۹۲.۹ ↓
تنباکو	۷	۶	+۱۳۴.۶ ↑
LDL بالا	۸	۷	+۹۴.۴ ↑
اختلال عملکرد کلیه	۹	۸	+۱۰۸.۸ ↑
سایر عوامل خطر محیطی	۱۰	۹	+۱۳.۳ ↑
سوءتغذیه	۱	۱۰	-۱۶۰۰.۵ ↓

تغییر الگوی بیماری‌ها از نوع واگیردار به غیرواگیر در سال‌های اخیر سبب بالا رفتن میزان اهمیت موضوع پیشگیری و درمان آنها به‌موازات برنامه‌ریزی مناسب در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر در نظام سلامت شده است. با استناد به داده‌های گردآوری شده از مطالعه پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر^۱ میزان شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۴۰۰ در جدول ۱ ارائه شده است [۲۰]. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در بازه زمانی ۱۳۹۵-۱۴۰۰، بیشتر عوامل خطر اصلی افزایش یافته‌اند. به‌عنوان مثال، مصرف دخانیات، فشار خون بالا، شاخص توده بدنی^۲ و دیابت همگی روندی افزایشی داشته‌اند. در این میان درصد افراد با فعالیت فیزیکی کم به‌عنوان تنها عاملی است که بهبودی نسبی را در میان سایر متغیرها نشان می‌دهد. این کاهش می‌تواند به‌دلیل تغییرات در روش اندازه‌گیری و تعاریف مرتبط با فعالیت بدنی در این مطالعه باشد و لزوماً نشان‌دهنده بهبود واقعی در رفتارهای مرتبط با سلامت افراد جامعه نیست [۲۰].

1. STEPwise Approach to Surveillance (STEPS)
2. Body Mass Index (BMI)



جدول ۱. درصد شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر ایران در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۴۰۰ [۲۰]

سال ۱۴۰۰		سال ۱۳۹۵			عوامل خطر		
هر دو جنس	زن	مرد	هر دو جنس	زن			مرد
۵۱٫۳٪	۵۷٫۸۷٪	۴۱٫۹۳٪	۷۹٫۷۰٪	۸۷٫۱۹٪	۷۰٫۲۳٪	فعالیت فیزیکی پایین*	رفتاری
-	-	-	۱۲٫۷۷٪	۱۱٫۰۵٪	۱۴٫۶۴٪	عادات تغذیه‌ای نامناسب*	
۱۹٫۴۴٪	۷٫۲۳٪	۳۴٫۵۹٪	۱۴٫۱۳٪	۴٫۰۲٪	۲۵٫۱۶٪	مصرف دخانیات	
۳۲٫۰۳٪	۳۲٫۹۳٪	۳۰٫۹۲٪	۲۷٫۰۱٪	۲۸٫۱۹٪	۲۵٫۷۳٪	فشار خون بالا*	متابولیک
۶۳٫۰۱٪	۶۸٫۰۴٪	۵۶٫۷۸٪	۵۹٫۳۱٪	۶۴٫۷۳٪	۵۳٫۵۷٪	شاخص توده بدنی بالا*	
۱۴٫۱۵٪	۱۴٫۷۱٪	۱۳٫۴۴٪	۱۰٫۵۸٪	۱۱٫۳۰٪	۹٫۷۲٪	دیابت*	

*فعالیت فیزیکی پایین: میزان فعالیت کمتر از ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط در هفته، عادات تغذیه‌ای نامناسب: مصرف فست فود، فشار خون بالا: فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ یا دیاستولیک بالای ۹۰ یا تشخیص پزشک، شاخص توده بدنی بالا: توده بدنی بزرگ‌تر یا مساوی ۲۵، دیابت: قند خون ناشتای بزرگ‌تر یا مساوی ۱۲۶ یا تشخیص پزشک.

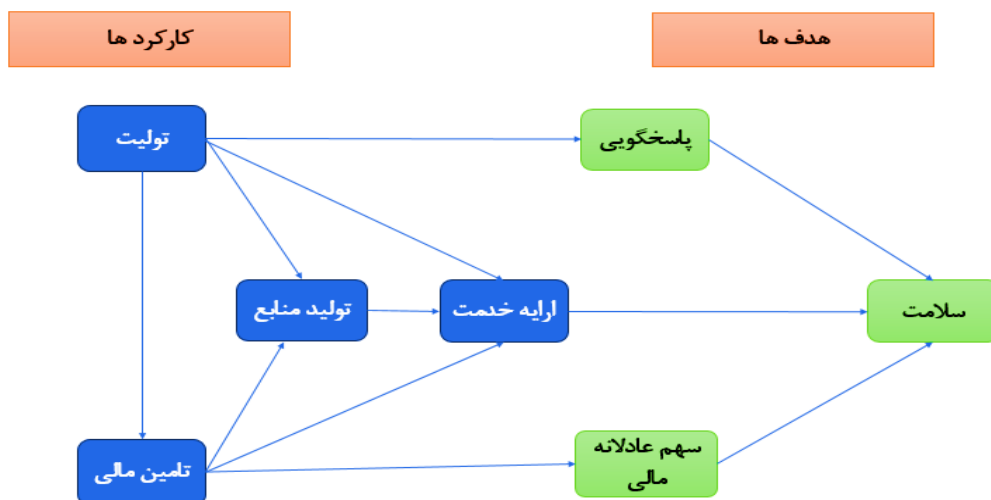
۳. کارکردهای نظام سلامت



برنامه‌های بین‌بخشی انجام می‌گیرد و هدف اصلی آن ارتقا سلامت است» تعریف می‌شود [۲۱]. براساس الگوی مفهومی سازمان بهداشت جهانی، سه هدف اصلی برای نظام‌های سلامت در نظر گرفته شده است که عبارتند از: مشارکت عادلانه مالی، پاسخ‌دهی به نیازها و ارتقای سلامتی. برای دستیابی به این اهداف، هر نظام سلامت باید چهار کارکرد اساسی را به‌طور هماهنگ انجام دهد: تولید، تأمین مالی، تأمین منابع و ارائه خدمات (شکل ۹) [۲۱].

سازمان بهداشت جهانی، نظام سلامت را به‌عنوان مجموعه‌ای از مردم، سازمان‌ها و منابع تعریف می‌کند که براساس سیاست‌ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می‌گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقا دهند. براساس این تعریف، نظام سلامت شامل تمامی سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه اقدام‌های سلامت می‌پردازند. اقدام‌های سلامت نیز به‌عنوان «هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی یا از طریق

شکل ۹. روابط بین کارکردها و اهداف یک نظام سلامت [۲۱]



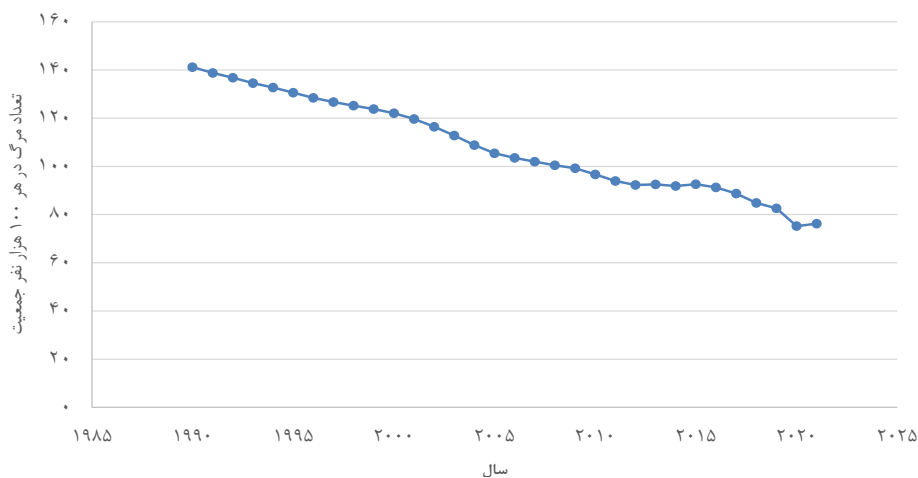
در این بخش، وضعیت برخی از مهم‌ترین چالش‌ها و شاخص‌های مرتبط با هر یک از این کارکردها در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به‌منظور درک بهتر پویایی‌های موجود در این بستر و همچنین نقاط قابل بهبود در عملکرد نظام سلامت در کشور به تصویر کشیده شده است.

۳-۱. تولیت^۱

تولیت به‌عنوان یکی از ارکان کلیدی نظام سلامت، به معنای تعیین و تقویت قواعد اجرایی، ارائه راهبردها و جهت‌گیری‌های کلی برای تمامی ذی‌نفعان این حوزه و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی در بالاترین سطح است [۲۲]. مطابق با جزء «۱» بند «۷» سیاست‌های کلی سلامت (مصوب ۱۳۹۳/۱/۱۸)، تولیت نظام سلامت بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. این وزارتخانه به‌عنوان متولی اصلی سلامت کارکردهای؛ تصمیم‌گیری، تعیین نیاز، اولویت‌بندی، تعیین مقررات و استانداردها برای پایش و نظارت و ارزشیابی را بر عهده دارد [۲۳، ۲۱]. به‌طور خلاصه حاکمیت نظام سلامت سه جزء: ۱. جمع‌آوری و استفاده از خرد، ۲. شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها^۲ و ۳. تأثیرگذاری (رویکردهایی برای کنترل و تنظیم)^۴ را شامل می‌شود و کارکرد مؤثر این سه جزء می‌تواند منجر به تولیت مؤثر گردد.

به‌رغم اهمیت این کارکرد و تأکیدات اسناد بالادستی بر آن، چالش‌های مختلفی در این خصوص وجود دارد که ناشی از عوامل مختلفی است. به‌عنوان مثال وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت با در اختیار داشتن مسئولیت خرید خدمات و ارائه خدمات سلامت هم‌زمان با وظیفه تولی‌گری دچار تداخل وظایفی شده است [۲۴]. از طرفی ساختار طولی وزارت بهداشت و بوروکراسی زیاد آن باعث کاهش خلاقیت شده است و به‌دلیل تمرکز بر درمان، به‌طور شایسته به پیشگیری توجه نمی‌شود. از طرفی برخی موقعیت‌های تعارض در مناصب و جایگاه‌های وزارت بهداشت و یازیرمجموعه‌های آن نقش مهمی در هدر رفت منابع و منحرف شدن این بخش از مسیر اصلی آن دارد. بخش سلامت کشور از فقدان ارتباط و انسجام کافی بین واحدهای درونی (حکمرانی درون‌بخشی) از یکسو و ضعف هماهنگی بین بخشی (رهبری بین بخشی) از سوی دیگر نیز رنج می‌برد؛ مورد اخیر باعث شده است تا اداره امور بین بخشی حوزه سلامت (تحت عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت) از کارایی و اثربخشی مطلوبی برخوردار نباشد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت^۵ تا ۸۰ درصد پیامدهای سلامت را به خود اختصاص می‌دهد و تنها حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از این عوامل در زمره مراقبت‌های بهداشتی - درمانی است [۲۵]. به‌عنوان مثال آلودگی هوا، مثالی بارز از عوامل مؤثر بر سلامت است و هر ساله بیش از چهل هزار نفر در ایران به‌دلیل آلودگی هوا جان خود را از دست می‌دهند [۲۶]. شکل ۱۰ روند مرگ ناشی از آلودگی هوای سال‌های اخیر در ایران را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود به‌رغم کاهش مرگ ناشی از آلودگی هوا در سال‌های اخیر، آلودگی هوا در ایران به‌خصوص کلان‌شهرها اهمیت بسزایی بر کیفیت زندگی مردم داشته است [۲۷].

شکل ۱۰. نمودار تعداد مرگ ناشی از آلودگی هوا در هر صد هزار نفر جمعیت در ایران، طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۲۱ [۲۷]

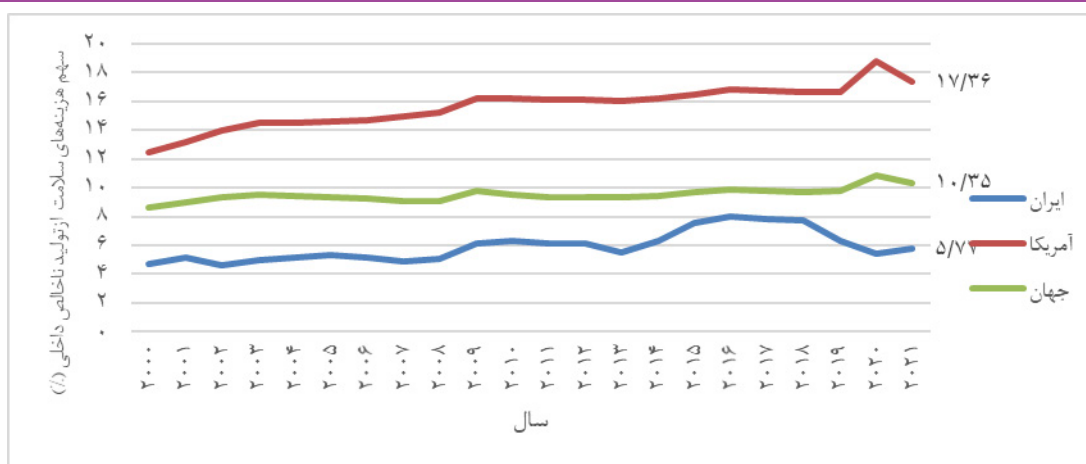


1. Stewardship
2. Intelligence Generation
3. Policy Forming
4. Regulation
5. Social Determinants of Health



همچنین تصادف‌های جاده‌ای نیز نمونه‌ای دیگر از عوامل مذکور است که همان‌طور که در بخش قبلی هم اشاره شد، پس از بیماری کرونا، به‌عنوان چهارمین علت مرگ در ایران در سال ۲۰۲۱ گزارش شده است و همچنان تعداد مرگ ناشی از آن حدود ۱/۵ برابر بیشتر از میانگین جهانی در سال ۲۰۲۱ بوده است (شکل ۱۱) [۲۸].

شکل ۱۱. نمودار مرگ ناشی از تصادف‌های جاده‌ای در هر صد هزار نفر در ایران و جهان طی سال‌های ۲۰۲۱-۱۹۸۰ [۹]



این آمارها نشان‌دهنده ضرورت همکاری نزدیک و متقابل وزارت بهداشت با دستگاه‌ها و نهادهای دیگر از جمله صنعت، راه و شهرسازی، شهرداری‌ها، حفاظت از محیط زیست و... و توجه همه جانبه به حفظ و ارتقا سلامتی جامعه است.

۲-۳. تأمین مالی^۱

برای دستیابی به اهداف کلان نظام سلامت، ضروری است که جامعه به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشد که نه تنها از نظر کارایی بالا، بلکه منصفانه نیز باشد. کارایی خدمات سلامت مستقیماً به مدیریت بهینه منابع مالی و انسانی وابسته است، در حالی که عدالت در دسترسی به خدمات، به سیاست‌های تأمین مالی نظام سلامت بازمی‌گردد. نوع تأمین مالی در یک نظام سلامت، شاخص کلیدی است که نشان می‌دهد آیا دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پایه سلامت برای اقشار جامعه فراهم است یا خیر، و همچنین مشخص می‌کند که سهم هر یک از بخش‌های دولت و مردم در تأمین مالی این نظام چگونه توزیع شده است [۳۱].

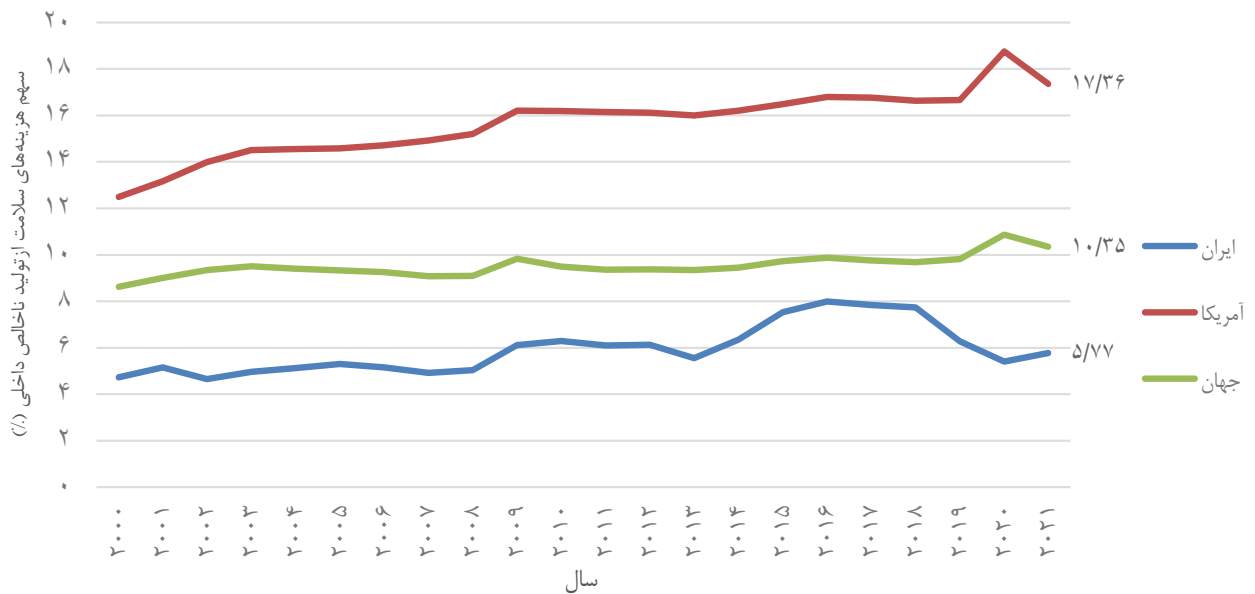
تأمین مالی سلامت به‌طور کلی به‌عنوان فرایند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی برای خرید خدمات سلامت تعریف می‌شود [۳۲]. این سیستم تأمین مالی شامل سه بخش اصلی است: مشتریان (بیماران)، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، و پرداخت‌کنندگان هزینه‌ها (که می‌توانند بیماران، بیمه‌ها یا دولت باشند). ارائه‌دهندگان خدمات، بهداشتی و درمانی را به بیماران عرضه می‌کنند و در مقابل، هزینه این خدمات توسط بیماران یا سازمان‌های بیمه سلامت پرداخت می‌شود. در حال حاضر، الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران یک مدل ترکیبی است که از چندین منبع تأمین مالی تشکیل شده است. این منابع شامل بودجه عمومی دولت، بیمه‌های پایه سلامت، پرداخت مستقیم از جیب مردم، و منابع بخش خصوصی مانند بیمه‌های تکمیلی یا کمک‌های خیرین می‌شود [۳۲].

۱-۲-۳. پرداخت از محل بودجه عمومی دولت

طبق آخرین گزارش منتشر شده در سال ۲۰۲۱ توسط بانک جهانی، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی^۲ در ایران معادل ۵/۷۷ درصد بوده است (شکل ۱۲). این نسبت نشان‌دهنده سهمی از کل تولید ناخالص داخلی کشور است که به هزینه‌های مرتبط با بخش سلامت اختصاص می‌یابد. میانگین جهانی سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی حدود ۱۰/۳۵ درصد و این عدد برای کشور آمریکا ۱۷/۳۶ درصد است [۳۳].

1. Financing
2. Gross Domestic Product (GDP)

شکل ۱۲. نمودار درصد هزینه‌های بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران، آمریکا و جهان طی سال‌های ۲۰۲۱-۲۰۰۰ [۳۳]



شکل ۱۳ رابطه بین سرانه هزینه‌های سلامت (محور افقی) و امید به زندگی (محور عمودی) را در برخی کشورهای جهان در سال ۲۰۲۲ نشان می‌دهد. محور افقی بیانگر میزان سرانه هزینه سلامت به دلار است و محور عمودی متوسط طول عمر یا امید به زندگی (برحسب سال) را نمایش می‌دهد.

شکل ۱۳. نمودار امید به زندگی در مقابل سرانه هزینه‌های سلامت در برخی کشورهای منتخب در سال ۲۰۲۲ [۴۰]



همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، رابطه مثبتی بین افزایش هزینه‌های سلامت و امید به زندگی مشاهده می‌شود؛ به طوری که کشورهایمانند سوئد، آلمان، و ژاپن که سرانه هزینه‌های بالاتری برای سلامت دارند، به‌طور معمول امید به زندگی بالاتری نیز دارند. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که بودجه بیشتر لزوماً منجر به بهبود وضعیت سلامت و افزایش امید به زندگی نمی‌شود. به‌عنوان مثال، ایالات



متحد و با وجود بالاترین سرانه هزینه سلامت، امید به زندگی پایین‌تری نسبت به برخی کشورهای دیگر با هزینه‌های کمتر مانند ژاپن دارد. به عبارتی، عواملی فراتر از صرف بودجه، مانند کیفیت ارائه خدمات بهداشتی، آموزش و آگاهی‌های عمومی و سیاست‌های پیشگیرانه می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود وضعیت سلامت جمعیت داشته باشند [۴۰].

۲-۲-۳. پرداخت از محل بیمه‌های پایه سلامت

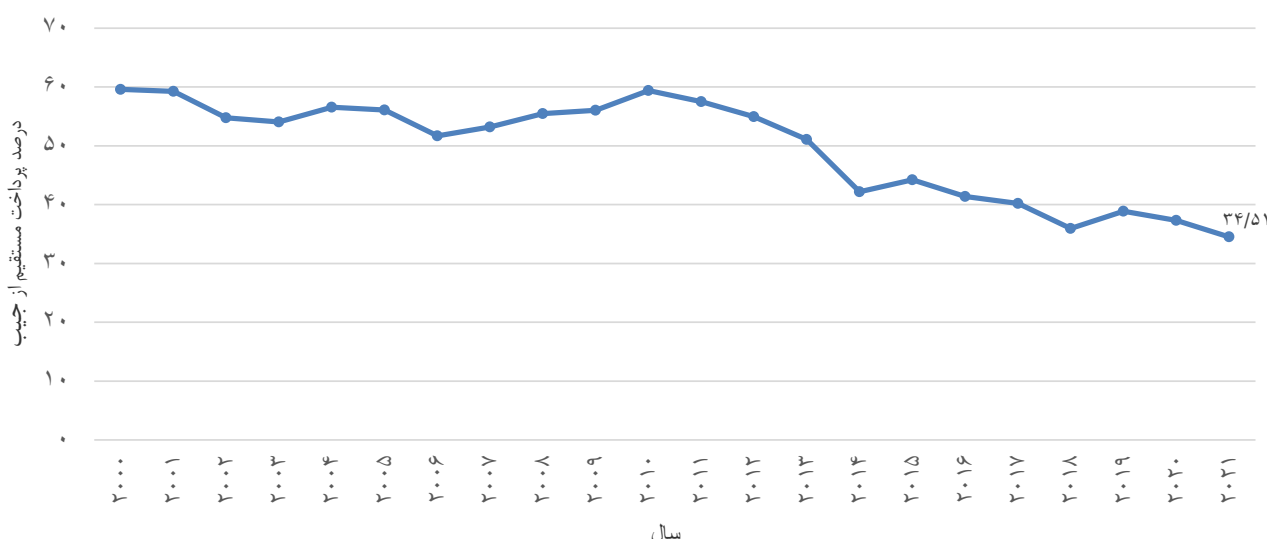
در تأمین مالی نظام سلامت در ایران، سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان عامل و منابع تأمین مالی از جایگاه چندان مناسبی برخوردار نیستند، بنابراین پرداخت‌های مستقیم به عنصری کلیدی در شبکه تأمین مالی نظام سلامت در ایران تبدیل شده است. همچنین تعدد سازمان‌های بیمه‌گر و ناهماهنگی بین آنها منجر به بروز بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات و ناکارآمدی در تخصیص منابع شده است [۳۴، ۳۵]. علاوه بر آن برخلاف پوشش جمعیتی بالای بیمه، عمق و سطح پوشش خدمات بیمه مکفی نیست که این مهم منجر به افزایش پرداخت از جیب می‌گردد [۳۶].

۳-۲-۳. پرداخت مستقیم از جیب مردم

پرداخت مستقیم از جیب (نسبت هزینه‌های پرداخت شده توسط خانوارها به صورت مستقیم در زمان دریافت خدمات سلامت به کل هزینه‌های بخش سلامت) یکی از منابع تأمین مالی نظام سلامت و از جمله معیارهای مهم در سنجش میزان مشارکت عمومی در تأمین منابع مالی نظام سلامت و ابزار اندازه‌گیری عدالت اجتماعی به شمار می‌رود.

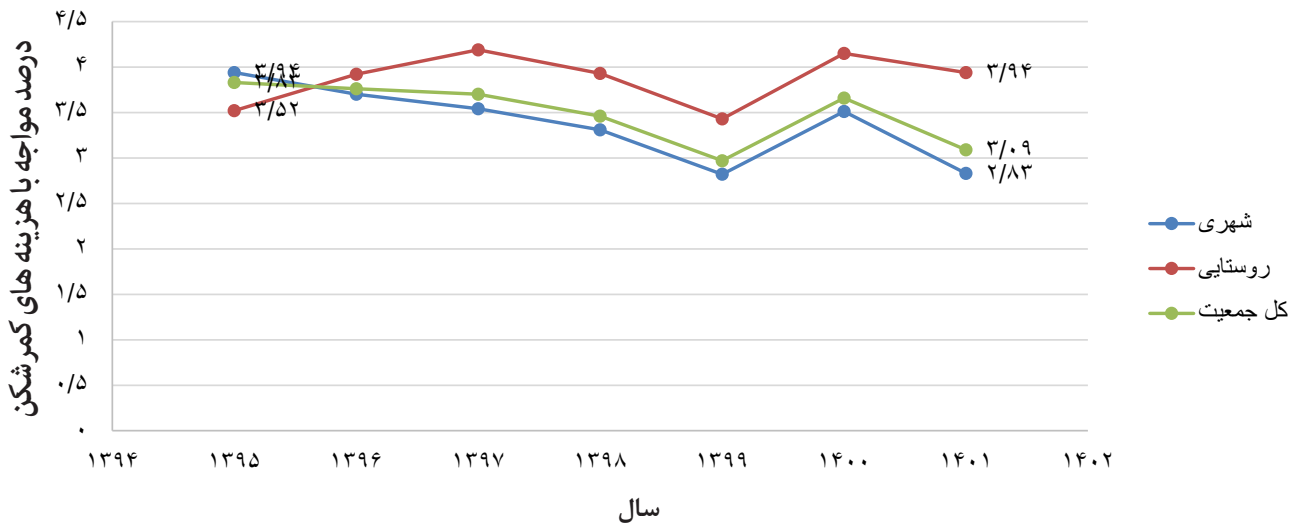
براساس داده‌های رسمی موجود، سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران طی دو دهه گذشته در مجموع کاهش یافته است. این سهم از ۵۹/۶ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳۴/۵۱ درصد در سال ۲۰۲۱ کاهش یافته است (شکل ۱۴) [۳۷]. اما همچنان در مقایسه با میانگین جهانی که در سال ۲۰۲۱ حدود ۱۷/۰۵ درصد گزارش شده است، بالاتر است [۳۷]. ضمن اینکه براساس ماده (۷۸) برنامه ششم توسعه مقرر شده بود این رقم به کمتر از ۳۰ درصد کاهش یابد ولی محقق نشده است.

شکل ۱۴. نمودار درصد پرداخت مستقیم از جیب در ایران طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱ [۳۳]



بالا بودن پرداخت مستقیم از جیب می‌تواند خانوارها را با هزینه‌های سنگین و کمرشکن مواجه کند. شکل ۱۵ نمودار درصد جمعیت مواجهه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت با مقدار آستانه‌ای ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۳۹۵ را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود این شاخص از ۳/۸۳ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۳/۰۹ درصد در سال ۱۴۰۱ در کل جمعیت رسیده که در این میان میزان مواجهه خانوارهای روستایی با هزینه‌های کمرشکن سلامت نسبت به خانوارهای شهری بیشتر گزارش شده است [۳۸].

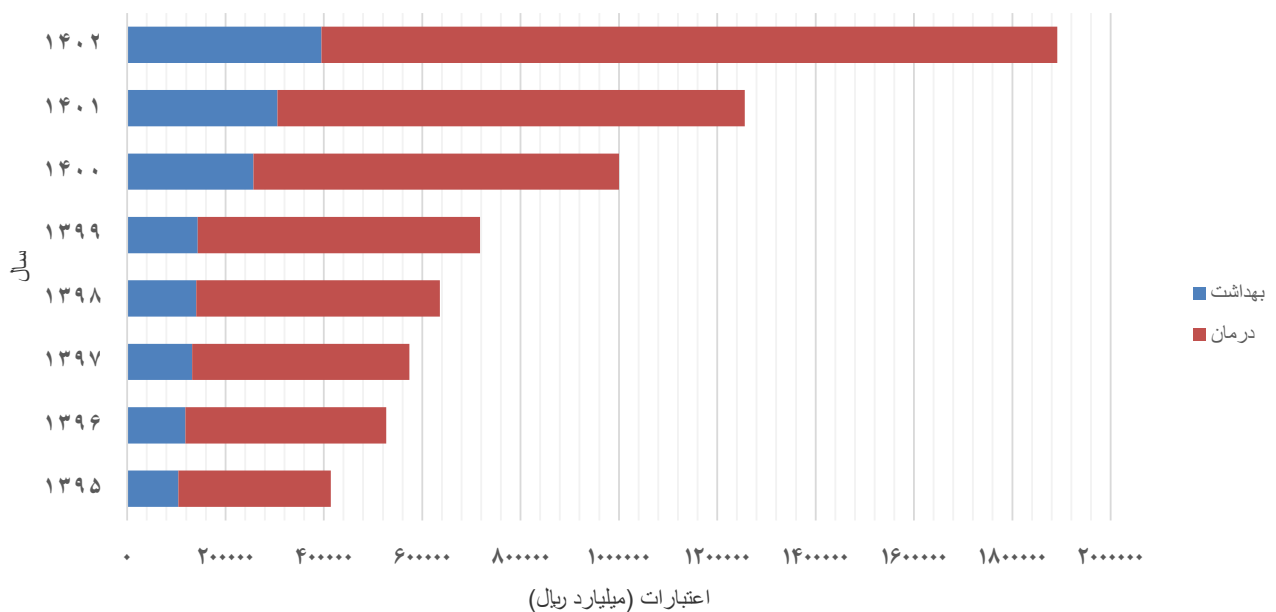
شکل ۱۵. نمودار درصد جمعیت مواجهه شده با هزینه‌های کمر شکن سلامت با مقدار آستانه‌ای ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۳۹۵ [۳۸]



۴-۲-۳. تخصیص منابع

علاوه بر منابع دریافتی، چگونگی تخصیص منابع به بخش‌های مختلف نظام سلامت نیز مهم است. این روند می‌تواند به بهبود کارایی و عدالت در توزیع منابع منجر شود. شکل ۱۶ نمودار روند اعتبارات تخصیص یافته به فصول بهداشت و درمان در قوانین بودجه سالیانه دولت طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۰۲ را نشان می‌دهد. این نمودار حاکی از یک رشد پیوسته در اعتبارات هر دو فصل در سال‌های اخیر است [۳۹].

شکل ۱۶. نمودار روند اعتبارات فصول بهداشت و درمان در قوانین بودجه سنواتی طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۰۲ (میلیارد ریال) [۳۹]

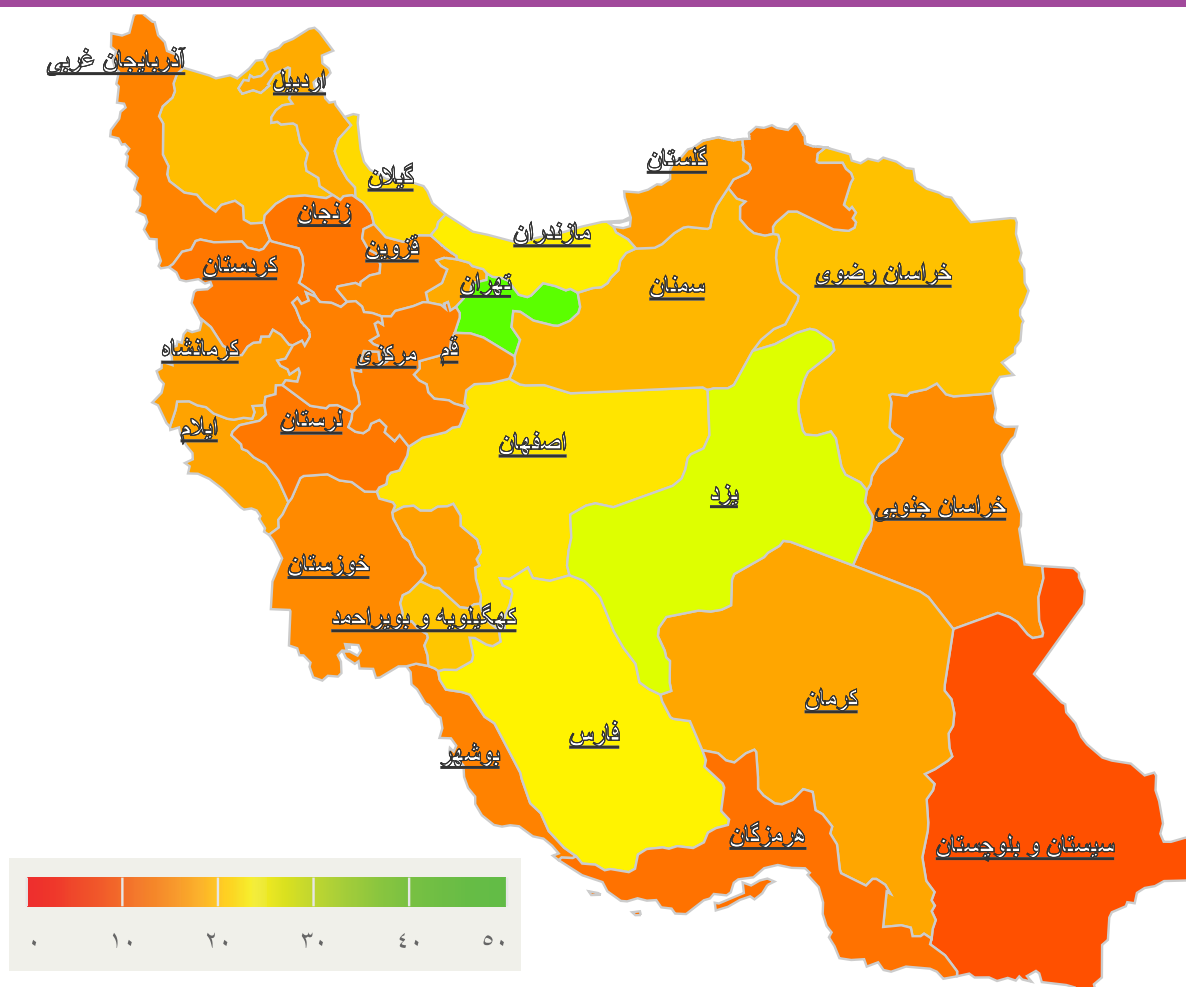


همان‌طور که نمودار نشان می‌دهد، در قوانین بودجه سنواتی، میزان اعتبارات فصل درمان و رشد آن در هر سال بیشتر از فصل بهداشت بوده که حاکی از درمان محوری یا تقدم درمان بر بهداشت در نظام سلامت است.

۳-۳. تولید منابع

منابع بخش سلامت شامل منابع مالی (در بخش قبل به آن پرداخته شد)، نیروی انسانی، فضای فیزیکی، دارو، تجهیزات و منابع اطلاعاتی است [۴۱] که به شرح زیر به هر یک اشاره شده است. مهم‌ترین منابع هر سازمانی، نیروی انسانی آن است. توزیع نامناسب نیروی انسانی بخش سلامت موجب شده است تا در برخی از مناطق کشور (عمدتاً مناطق محروم) دسترسی به خدمات سلامت بهینه نباشد این در حالی است که در برخی مناطق، به خصوص کلان‌شهرها مسائلی نظیر تعداد زیاد پزشکان، مشکلاتی را نظیر القای تقاضا برای کسب درآمدهای بیشتر موجب شده است. شکل ۱۷ توزیع پزشکان در استان‌های مختلف کشور به ازای هر هزار نفر جمعیت را براساس اطلاعات مندرج در سامانه نظام پزشکی کشور نشان می‌دهد [۴۳]. در استان تهران تقریباً چهل پزشک به ازای هر هزار نفر جمعیت ثبت شده‌اند این در حالی است که در استان سیستان و بلوچستان، این شاخص تقریباً هفت پزشک به ازای هر هزار نفر است.

شکل ۱۷. توزیع پزشکان به ازای هر هزار نفر جمعیت در استان‌های مختلف کشور در سال ۱۴۰۲ [۴۳]



از طرفی به دلیل فقدان بانک جامع اطلاعاتی از وضعیت نیروی انسانی حوزه سلامت، تربیت نیروی انسانی به تناسب نوع تخصص‌های مورد نیاز کشور با چالش مواجه شده است، بین نظام‌های باز پرداخت به نیروی انسانی در بخش سلامت با کیفیت عملکرد آنها ارتباط مناسبی برقرار نشده است که این مسئله علاوه بر اینکه منجر به ارائه خدمات کم کیفیت و از طرفی کاهش کارایی در نظام سلامت شده است به خاطر شکاف غیرمنطقی که در دستمزدها ایجاد کرده است، نوعی احساس بی‌عدالتی نیز در بین کارکنان بخش سلامت به وجود آورده است. در خصوص استقرار فضای فیزیکی و تأمین تجهیزات سرمایه‌ای نیز چالش‌های مختلفی وجود دارد ولی یکی از مهم‌ترین آنها عدم رعایت سطح بندی تأمین آن بدون توجه به نیازهای جمعیتی و فاصله بین امکانات قابل استفاده در مناطق برخوردار است.

در حوزه دارو نیز چالش‌های اقتصادی مانند تورم مشکلاتی را در تأمین کافی و باکیفیت آن ایجاد کرده است. یکی از چالش‌های مهم در این خصوص کمبودهای دارویی است که مشکلاتی را به خصوص برای بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج ایجاد می‌کند و زندگی آنها را به خطر می‌اندازد. این کمبودها باعث ایجاد بحران در ارائه خدمات درمانی شده و به تدریج اعتماد عمومی به نظام سلامت را کاهش می‌دهد [۴۶]. در خصوص منابع اطلاعاتی نیز به عنوان یکی از ضروریات برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، تحقیق و پژوهش پزشکی چالش‌های مختلف وجود دارد. در برخی بخش‌ها سیستم‌های اطلاعاتی هنوز مکانیزه نشده‌اند و در موارد بسیاری نیز با سیستم‌های جزیره‌ای مواجه هستیم. به رغم هزینه‌های بسیاری که برای هر کدام از سیستم‌های جزیره‌ای موجود پرداخت شده است، ولی به دلیل یکپارچه نبودن، اثربخشی آنها در اقدام‌های مدیریتی پایین می‌باشد. عدم تناسب ساختارهای موجود با مقیاس پروژه، تغییرات مکرر مدیریتی، فقدان سازوکارهای فرابخشی برای هماهنگی بین بازیگران متنوع، کمبود منابع مالی، تفاوت در کدینگ، عدم اتصال برخی از مراکز درمانی به شبکه تبادل اطلاعات سلامت، و تمرکز عمده اطلاعات بر جنبه‌های اداری مالی به جای داده‌های بالینی از دیگر چالش‌های این حوزه است که باید مسائلی نظیر نبود آیین‌نامه‌های مناسب برای حفاظت از اطلاعات سلامت، چالش‌های امنیتی و مجوزهای دسترسی به داده‌ها، ملاحظات پدافندی را نیز به آنها افزود [۴۷].

۳-۴. ارائه خدمت

نظام ارائه خدمات سلامت ایران علی‌رغم سازمان‌دهی نسبتاً مناسبی که در بخش بهداشتی از آن برخوردار بوده است، ولی از نابسامانی در سطوح مختلف خدمات درمانی رنج می‌برد. در واقع به دلیل عدم سطح‌بندی و اجرای نظام ارجاع در بخش خدمات درمانی، عموماً خدمات به طور پیوسته صورت نمی‌گیرد که در مواردی باعث می‌شود مردم در دریافت خدمات سردرگم شوند. تخصص‌گرایی، تقاضای القایی، عدم پیروی کافی از درمان از نتایج نبود یک نظام خدمات سلامت یکپارچه و مبتنی بر سازمان‌دهی و سازوکارهای لازم برای تعیین مسیر منطقی مردم در نظام سلامت و دریافت خدمات با کیفیت و با هزینه معقول است [۴۸، ۴۹]. نظام فعلی در بخش‌هایی بر اساس شیوه‌های سنتی درمان ارائه خدمت می‌نماید و با مسائلی همچون عدم اجرای مدل ارائه خدمات جایگزین بستری برای بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی، بیماران مراحل پایانی حیات، بیماران مزمن و بیماران دوران نقاهت نیز مواجه است. همه این موارد از عوامل کاهش بهره‌مندی مردم از خدمات مطلوب بوده و منجر به افزایش هزینه‌ها برای ایشان می‌شود. در این شرایط، اقشار آسیب‌پذیر بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرند، زیرا افزایش هزینه‌ها می‌تواند منجر به فقر بیشتر و تداوم بیماری‌های آنان شود. این چرخه معیوب می‌تواند نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی را تشدید کند.

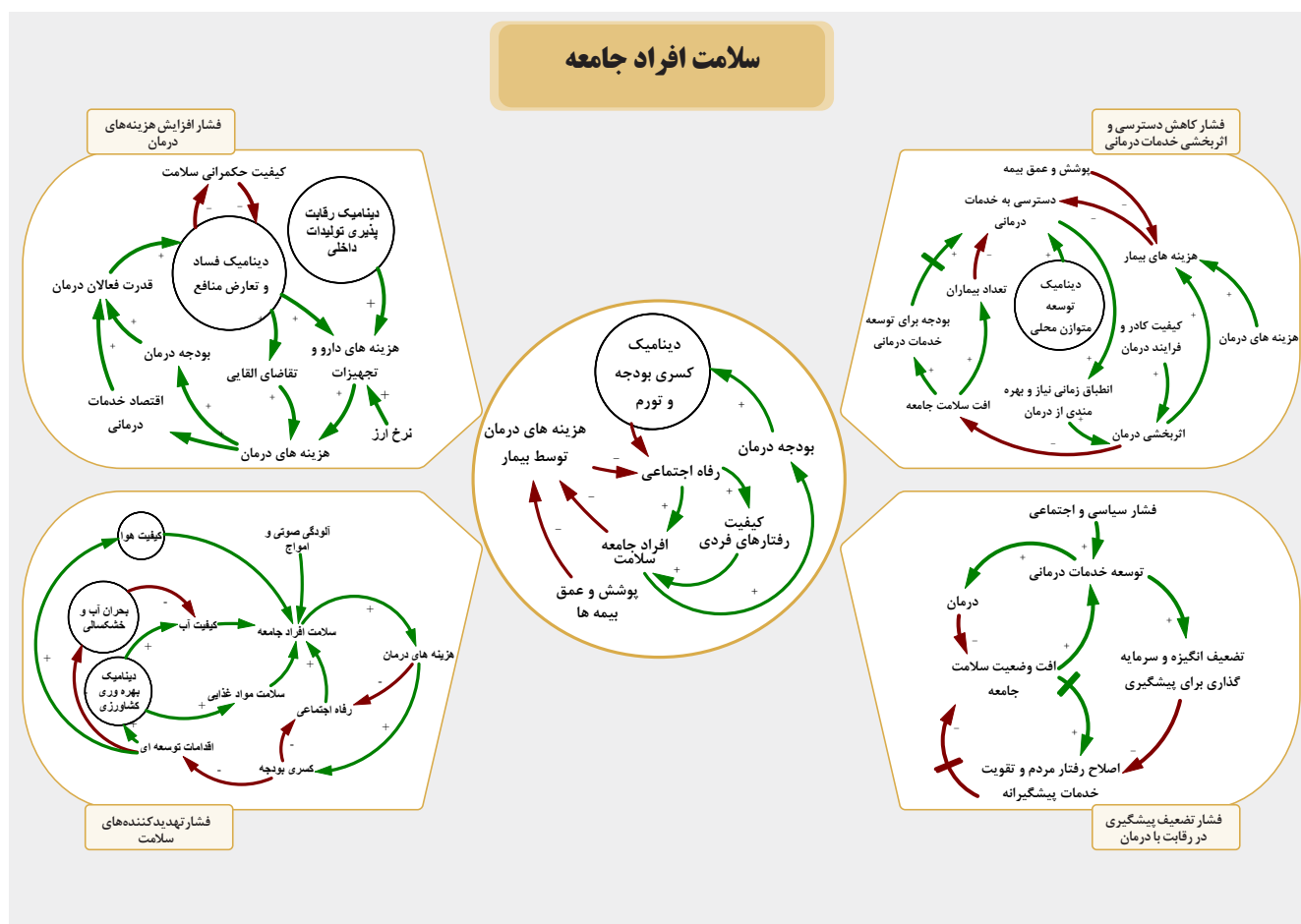
۴. مدل تحلیل پویایی‌شناسی کاهش سلامت جامعه

این قسمت از دو بخش تشکیل شده است. در بخش اول به معرفی اجمالی مدل، متغیرها و روابط علی موجود در مدل پرداخته شده است. در بخش دوم از این گزارش نیز الگوهای اساسی سیستمی موجود در مدل معرفی خواهد شد.

۴-۱. معرفی مدل

شکل ۱۸ نمای کلی متغیرهای بکار رفته در مدل را نشان می‌دهد. کسری بودجه و تورم، کیفیت رفتارهای فردی، رفاه اجتماعی، عمق و سطح پوشش بیمه‌ها و هزینه‌های درمان توسط بیمار از جمله متغیرهایی هستند که در این مدل مورد توجه قرار گرفته‌اند که در مرکز مدل به صورت دایره مشخص شده و در اطراف آن نیروهای مؤثر به صورت نمودارهای علی-معلولی که بیانگر چرخه‌های تشدیدکننده یا بازدارنده هستند و بر چرخه اصلی فشار وارد می‌کنند نشان داده شده است.

شکل ۱۸. مدل پویا کاهش سلامت جامعه



مأخذ: یافته‌های پژوهش.

در این مدل تعامل میان متغیرها، با علامت‌های مثبت و منفی مشخص شده است؛ به طوری که علامت مثبت نشان دهنده رابطه مستقیم بین دو متغیر و علامت منفی نمایانگر رابطه معکوس است، به این معنا که افزایش متغیر مبدأ به کاهش متغیر مقصد منجر می‌شود. در ادامه، برای درک بهتر از این ارتباطات، اجزای مدل به صورت جداگانه تشریح شده‌اند.

۲-۴. الگوهای سیستمی موجود در مدل

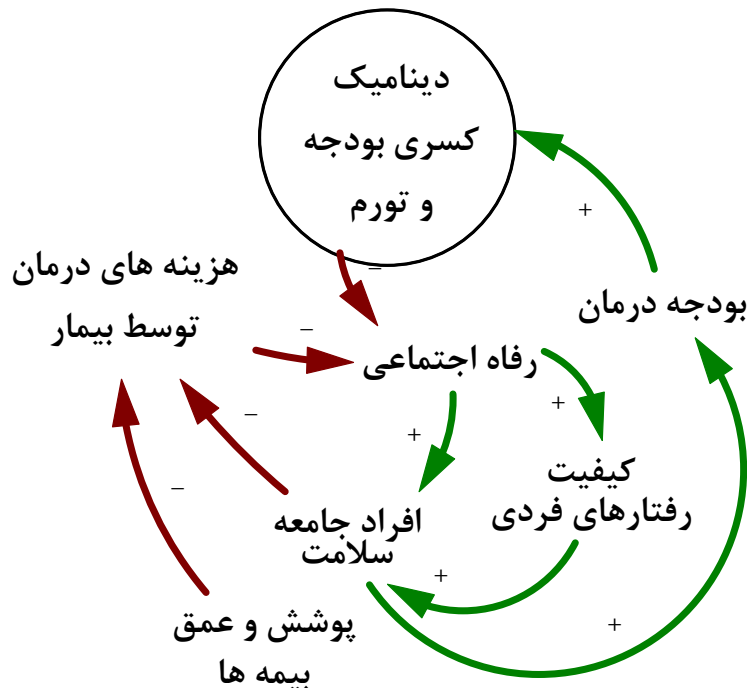
۲-۴-۱. چرخه مرکزی

سلامت به عنوان یکی از ارکان اساسی رفاه اجتماعی شناخته می‌شود و نقش محوری در توسعه پایدار ایفا می‌کند. در سطح کلان اقتصادی، عواملی نظیر کسری بودجه و تورم می‌توانند رفاه اجتماعی را به چالش مواجه کنند. رفاه اجتماعی می‌تواند هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق بهبود و افزایش کیفیت رفتارهای فردی منجر به افزایش سلامت عمومی افراد جامعه شود. ارتقای سلامت عمومی نیز با کاهش نیاز به خدمات درمانی و هزینه‌های مرتبط، منجر به کاهش فشار بر بودجه عمومی و تعدیل کسری بودجه می‌شود؛ این سازوکار مثبت می‌تواند به صورت چرخه‌ای تکرار شود و به پایداری اقتصادی-اجتماعی بینجامد.

در مقابل، کاهش سلامت عمومی که ناشی از افت رفاه اجتماعی و تضعیف کیفیت رفتارهای فردی است، نیاز به درمان را افزایش داده و هزینه‌های درمانی را به طور تصاعدی تشدید می‌کند. در چنین شرایطی، عدم کفایت پوشش و عمق بیمه‌ها می‌تواند فشار مضاعفی را بر بیماران تحمیل

کند، که خود عاملی برای کاهش رفاه اجتماعی و تضعیف سلامت جامعه است. این چرخه معیوب، اگر بدون مداخله اصلاحی باقی بماند، به یک دور باطل منجر خواهد شد که سلامت عمومی و رفاه اجتماعی را بیش از پیش تضعیف می‌کند. از این رو، اصلاح متغیرهای این چرخه و تقویت نظام بیمه‌ای، همراه با مدیریت بهتر منابع درمانی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای شکستن این چرخه منفی و ایجاد پایداری در ساختار سلامت و رفاه جامعه است (شکل ۱۹).

شکل ۱۹. چرخه مرکزی شبکه علی کاهش سلامت جامعه

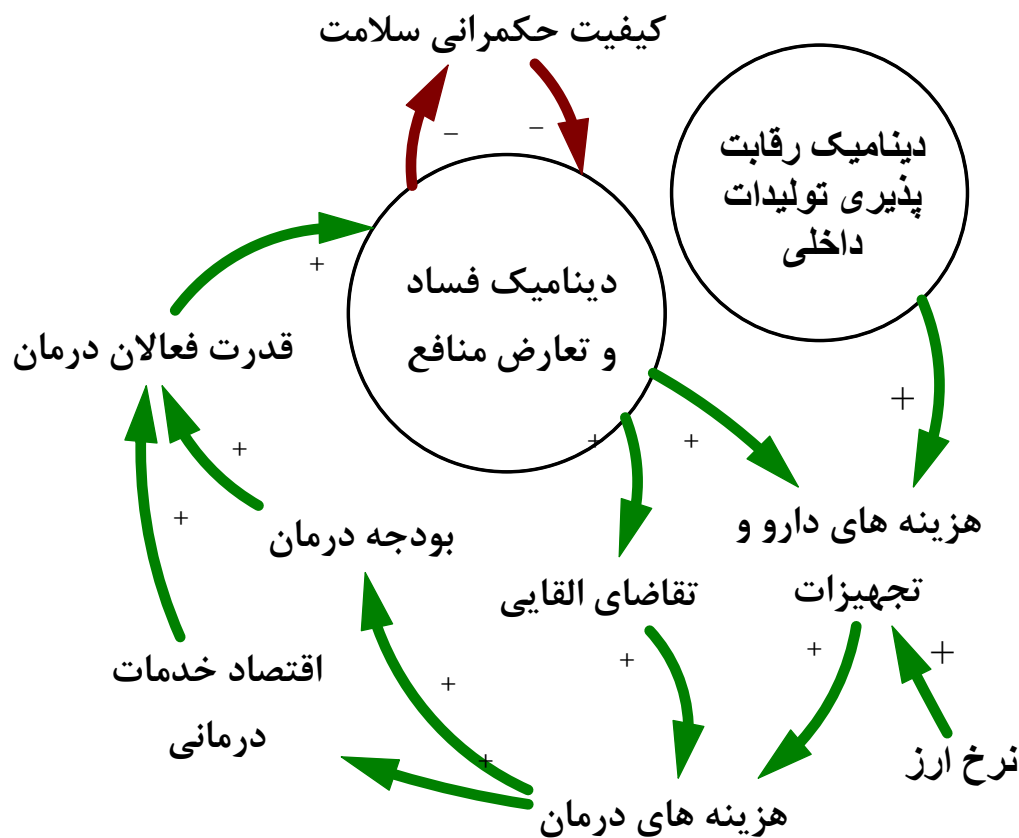


مأخذ: همان.

۲-۲-۴. چرخه «افزایش هزینه‌های درمان»

هزینه‌های درمان در نظام سلامت ایران به سبب وجود مسائل مختلفی طی سال‌های گذشته افزایش داشته است. محیط کلان اقتصادی کشور باعث افزایش نرخ ارز شده است که این افزایش از طرفی هزینه‌های تهیه دارو و تجهیزات خارجی را افزایش می‌دهد و از طرف دیگر رقابت‌پذیری محصولات تولید داخل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر چه در طولانی مدت این اختلاف قیمت ارزهای خارجی و ریال موجب تقویت تولیدات داخل می‌شود اما در شرایط کنونی با افزایش هزینه‌ها در نظام سلامت مرتبط خواهد بود. عدم تقارن اطلاعاتی بین مصرف‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات سلامت و همچنین تداخل نقش ارائه‌دهنده و خریدار خدمت در نظام سلامت می‌تواند تقاضای القایی برای خدمات گران‌قیمت‌تر به دنبال داشته باشد انجام این خدمات که در بسیاری از موارد اثر بخشی کافی نیز ندارند هزینه‌های درمان را افزایش می‌دهد. افزایش این هزینه‌ها نظام سلامت را ملزم به تمرکز بر بخش درمان می‌کند و افزایش بودجه بخش درمان را به دنبال خواهد داشت. با این حال، تخصیص بودجه بدون توجه به ملاحظات اقتصاد سلامت می‌تواند به غلبه حوزه درمان و تشدید تعارض منافع بینجامد که کیفیت حکمرانی در نظام سلامت نیز این چرخه را تقویت می‌کند. همه این مسائل می‌توانند سیر افزایش هزینه‌ها و ناکارآمدی را در نظام سلامت تداوم بخشند (شکل ۲۰).

شکل ۲۰. چرخه فشار افزایش هزینه‌های درمان



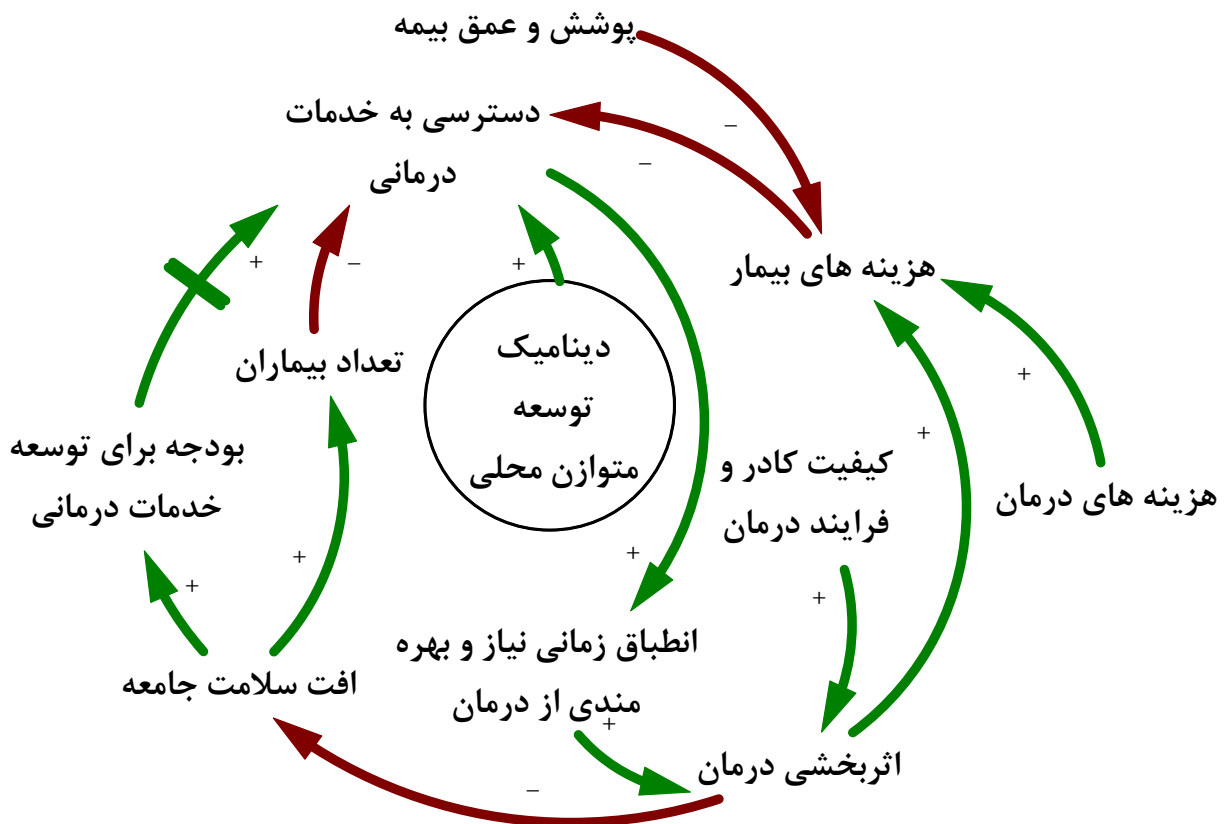
مأخذ: همان.

۳-۲-۴. چرخه «کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی»

یکی از اهداف حد واسط نظام سلامت برای دستیابی به سلامت آحاد جامعه، افزایش دسترسی و اثربخشی خدمات ارائه شده است. دسترسی محدود به خدمات درمانی که تحت تأثیر توسعه نامتوازن زیرساخت‌های محلی و منطقه‌ای قرار دارد، می‌تواند انطباق زمانی میان نیاز بیماران و بهره‌مندی آنان از خدمات را کاهش دهد. به‌عنوان نمونه، تأخیر در ارائه خدمات تشخیصی برای بیماری‌هایی همچون سرطان باعث پیشرفت و پیچیده‌تر شدن بیماری، کاهش اثربخشی درمان، پرهزینه‌تر شدن فرایند آن و در نهایت کاهش شانس بقای بیمار می‌گردد، می‌شود. علاوه بر زمان ارائه خدمات، کیفیت کادر درمان و فرایندهای درمانی نیز نقشی اساسی در اثربخشی درمان ایفا می‌کنند. کیفیت آموزش پزشکی، تجربه و مهارت‌های تیم درمان، و همچنین امکانات و فناوری‌های به‌کار رفته در فرایند درمان از جمله عواملی هستند که می‌توانند نتایج درمانی را بهبود بخشند یا تضعیف کنند. کاهش اثربخشی درمان پیامدهای متعددی به‌همراه دارد که یکی از مهم‌ترین آنها افزایش هزینه‌های بیماران است. هزینه‌های فزاینده درمان، به‌ویژه در صورت عدم کفایت پوشش و عمق بیمه‌ها، با تأثیر بر افزایش هزینه‌های بیماران منجر کاهش قدرت مالی دریافت خدمت و محدودیت دسترسی بیماران به خدمات درمانی می‌شود.

از سوی دیگر، کاهش اثربخشی درمان، به افت سلامت عمومی جامعه و افزایش تعداد بیماران منجر می‌گردد. افزایش تعداد بیماران نیز خود باعث ایجاد فشار بیشتر بر سیستم درمانی و محدودیت در دسترسی به خدمات می‌شود و این چرخه ادامه خواهد یافت. افت سلامت جامعه، به‌واسطه افزایش تقاضا برای خدمات درمانی، نیاز به بودجه بیشتری برای گسترش و تقویت زیرساخت‌های نظام سلامت را ایجاد می‌کند. این افزایش بودجه، اگرچه در بلندمدت می‌تواند دسترسی به خدمات درمانی را بهبود بخشد، اما در کوتاه‌مدت فشار مالی قابل توجهی بر نظام سلامت وارد می‌سازد (شکل ۲۱).

شکل ۲۱. چرخه فشار کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی



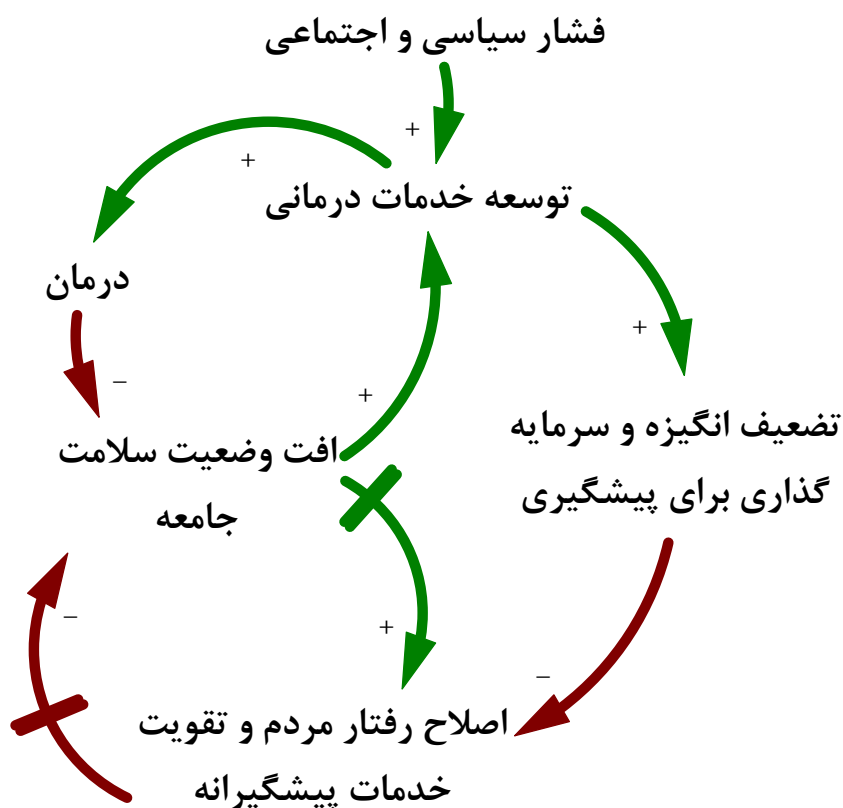
مأخذ: همان.

۴-۲-۴. چرخه «تضعیف پیشگیری در رقابت با درمان»

افت وضعیت سلامت جامعه و فشارهای سیاسی و اجتماعی، عموماً منجر به توسعه گسترده‌تر خدمات درمانی می‌شود. این گسترش خدمات درمانی، با تقویت ظرفیت‌های بخش درمان، می‌تواند به بهبود نسبی سلامت عمومی جامعه بینجامد. با این حال، منابع بخش سلامت با محدودیت‌های بالقوه روبه‌رو هستند و همین امر ضرورت اولویت‌بندی دقیق در هزینه‌ها و فعالیت‌های نظام سلامت را دوچندان می‌کند. اگر خدمات نظام سلامت را به دو دسته کلی پیشگیری و درمان تقسیم کنیم، همواره نوعی رقابت میان این دو بخش در جذب منابع وجود دارد. بنابراین افزایش تمرکز و سرمایه‌گذاری بر توسعه خدمات درمانی، تضعیف سرمایه‌گذاری در حوزه پیشگیری را به دنبال داشته که به موجب آن رفتارهای بهداشتی و فرهنگ پیشگیری نیز تضعیف و وضعیت سلامت جامعه دچار افت می‌شود.

در ادامه این فرایند و با افزایش نرخ ابتلا به بیماری‌ها، مجدداً نیاز به گسترش خدمات درمانی دوچندان می‌شود. این چرخه معیوب که از عدم توازن میان سرمایه‌گذاری در پیشگیری و درمان ناشی می‌شود، در غیاب سیاست‌گذاری مناسب، می‌تواند سلامت جامعه را تضعیف کند (شکل ۲۲).

شکل ۲۲. چرخه فشار تضعیف پیشگیری در رقابت با درمان



مأخذ: همان.

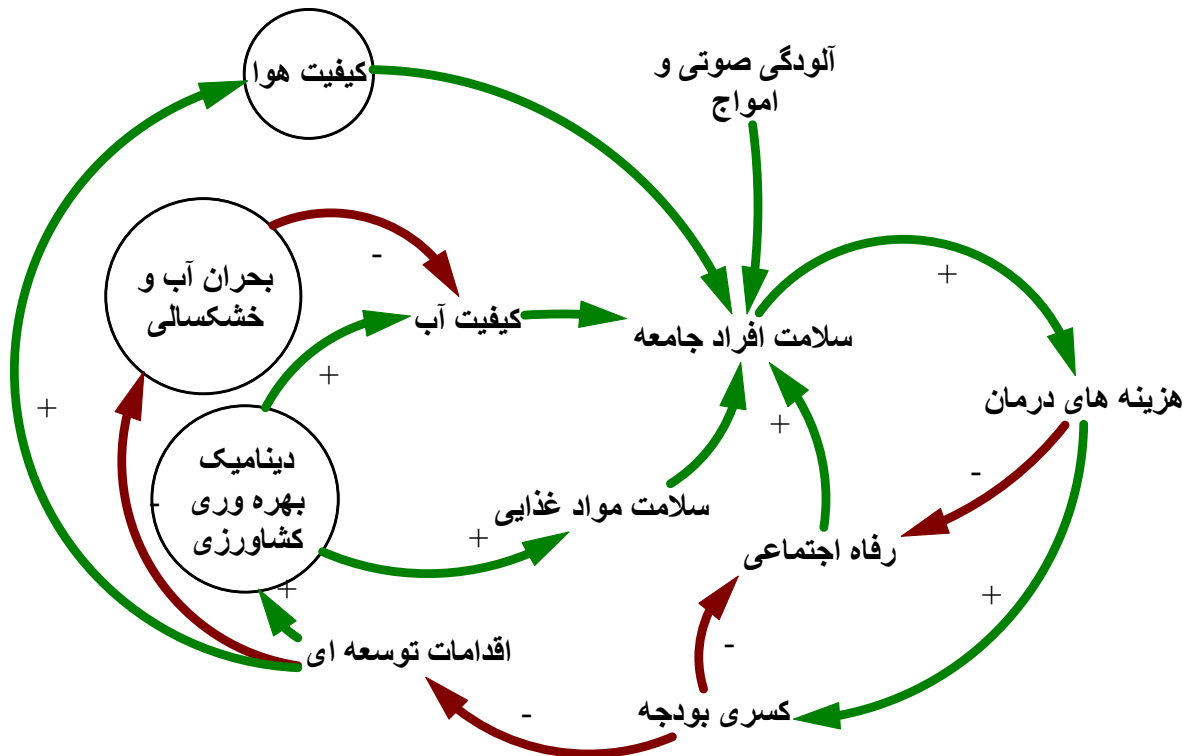
۵-۲-۴. چرخه «تهدیدکننده‌های سلامت»

با وجود اقدام‌های نظام سلامت طی دهه‌های گذشته، باید اذعان کرد که بخش عمده‌ای از عوامل مؤثر بر سلامت جامعه فراتر از حیطه نظام سلامت و به شدت تحت تأثیر عوامل محیطی و اقتصادی است. مواردی همچون کاهش کیفیت هوا، آب و مواد غذایی، و افزایش آلودگی‌های صوتی و امواج، سلامت افراد را تهدید کرده و افت کلی سلامت جامعه را در پی دارد. این افت سلامت، با تحمیل هزینه‌های سنگین بر بخش درمان، هزینه‌های درمانی را افزایش می‌دهد؛ پیامدی که هم به صورت مستقیم با افزایش فشار مالی بر خانوارها و هم به صورت غیرمستقیم از طریق تشدید کسری بودجه عمومی، منجر به کاهش رفاه اجتماعی می‌شود. از آنجاکه رفاه اجتماعی خود یکی از عوامل کلیدی در بهبود سلامت جامعه است، کاهش آن چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌کند که در نهایت بر پایداری نظام سلامت و کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد.

در این میان، کسری بودجه و تورم به عنوان چالش‌های کلان اقتصادی، مانع از تحقق اقدام‌های توسعه‌ای در حوزه‌های زیربنایی و زیست‌محیطی می‌شوند. کاهش این اقدام‌ها، از طریق تأثیر بر بهره‌وری کشاورزی، کیفیت منابع آبی، سلامت مواد غذایی و وضعیت هوا، پیامدهای نامطلوبی بر سلامت جامعه به جا می‌گذارد.

سرمایه‌گذاری در پیشگیری به جای مقابله با پیامدها، نه تنها هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد، بلکه با ارتقای سلامت عمومی، به بهبود کیفیت زندگی و افزایش بهره‌وری می‌انجامد (شکل ۲۳).

شکل ۲۳. چرخه فشار تهدیدکننده‌های سلامت



مأخذ: همان.

۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

سلامت از ارکان اثرگذار در توسعه کشورها محسوب شده و بر خورندگی از آن حق تمام افراد جامعه است. از این جهت نظام‌های سلامت تلاش می‌کنند آن را برای جمعیت خود تأمین نمایند. نظام سلامت ایران نیز با تکیه بر اسناد بالادستی و در راستای ارتقای سطح سلامت جامعه، اقدام‌های مختلفی در این راستا انجام داده است. به طوری که در بسیاری از شاخص‌های سلامت در طی دهه‌های اخیر شاهد بهبود بوده‌ایم. افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر کودکان و مادران، کاهش مرگ‌ناشی از بیماری‌های واگیر و ریشه‌کنی برخی از این بیماری‌ها مثال‌هایی از شاخص‌های بهبود یافته در طی سال‌های اخیر است. با این حال علیرغم همه این پیشرفت‌ها نظام سلامت با چالش‌های مختلفی ذیل هر کدام از کارکردهای آن مواجه است که در مسیر دستیابی به اهداف باید مورد توجه قرار گیرد.

در بُعد تولید، تعارض منافع ناشی از تداخل وظایف خرید و ارائه خدمات سلامت به صورت هم‌زمان، یکی از مهم‌ترین مسائل است. ناکامی در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، فقدان سازوکارهای علمی و دقیق برای تدوین و اجرای سیاست‌ها، و فقدان نظارت کافی بر اجرای قوانین و مقررات نیز از دیگر مشکلات این حوزه به شمار می‌آیند. علاوه بر این، نبود ارتباط و هماهنگی مناسب بین بخش‌های مختلف نظام سلامت چالشی در مسیر کارآمدی آن به حساب می‌آید.

در بُعد تأمین مالی، مسائلی همچون تعدد سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر که جزیره‌ای عمل می‌کنند، همراه با سهم بالای پرداخت مستقیم از جیب خانوار چالش‌زاست. موضوع‌هایی نظیر محدودیت منابع مالی، عمق و سطح ناکافی پوشش خدمات بیمه‌ای و تقدم درمان بر پیشگیری و بهداشت در تخصیص منابع نیز از مشکلات جدی این حوزه محسوب می‌شوند.



در بُعد تأمین منابع، توزیع نامتناسب نیروی انسانی در سطح کشور و ناکافی بودن فضاها و زیرساخت‌های فیزیکی لازم برای ارائه خدمات سلامت، یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌هاست. همچنین، مشکلات اقتصادی کلان نظیر تورم بالا، نوسانات نرخ ارز دسترسی مردم به داروها و تجهیزات پزشکی را با مشکل مواجه کرده است. علاوه بر این، نقص در سیستم‌های اطلاعاتی نظام سلامت، عملکرد جزیره‌ای این سیستم‌ها و عدم اتصال بسیاری از مراکز به شبکه‌های تبادل اطلاعات، پیوستگی خدمات سلامت را کاهش داده است.

در بُعد ارائه خدمات نیز مشکلاتی مانند عدم رعایت سطح‌بندی، عدم اجرای کامل نظام ارجاع و پزشکی خانواده و تخصص‌گرایی باعث مشکلاتی نظیر تقاضای القایی شده است. شرایط موجود منجر به افزایش هزینه‌های سلامت و کاهش بهره‌وری می‌شوند که به معنای فشار بیشتر بر منابع موجود است.

با توجه به رویکرد گزارش مبنی بر اثرگذاری مؤلفه‌های مختلف بر کاهش سلامت جامعه، با در نظر داشتن شاخص‌های کلان نظام سلامت و چالش‌های فوق‌الذکر، نتایج تحلیل‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که کیفیت حکمرانی سلامت، تورم و کسری بودجه، عمق و سطح پوشش بیمه‌ها، هزینه‌های درمانی، دسترسی به خدمات درمانی، کیفیت و کمیت کادر بهداشتی-درمانی، قدرت فعالان بخش درمان، کیفیت رفتارهای فردی و فاکتورهای محیطی از جمله مؤلفه‌های اثرگذار بر کاهش سلامت جامعه به شمار می‌روند. با گنجاندن مؤلفه‌های مذکور پویایی‌شناسی حاضر شامل یک چرخه اصلی و چهار چرخه تشدیدکننده می‌باشند. افزایش هزینه‌های درمان، کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی، تضعیف پیشگیری در مقایسه با درمان و آثار تهدیدکننده‌های سلامت از جمله مؤلفه‌های تشدیدکننده کاهش سلامت جامعه محسوب می‌شوند.

چرخه اصلی این پویایی‌شناسی متأثر از وضعیت کلان اقتصادی و کسری بودجه و تورم می‌تواند رفاه اجتماعی و متعاقب آن سلامت را تهدید کند. از طرفی سلامت عمومی، با اثرگذاری بر بودجه و تولید ناخالص داخلی، می‌تواند کسری بودجه را کاهش دهد. در شرایط کنونی، هزینه‌های بالای درمان و پوشش ناکافی بیمه نیز، رفاه اجتماعی را کاهش داده و دستیابی به سلامت عمومی را دشوار کرده است.

همچنین، تقاضای القایی خدمات کم‌اثر و گران‌قیمت و چالش‌های حکمرانی سلامت، این هزینه‌ها را تشدید کرده و بر ناکارآمدی نظام می‌افزاید. بدون سیاستگذاری مناسب، چرخه معیوب «افزایش هزینه‌های درمان» ادامه خواهد یافت.

یکی از اهداف حد واسط نظام سلامت، افزایش دسترسی و اثربخشی خدمات است. در چرخه «کاهش دسترسی و اثربخشی خدمات درمانی» نشان داده شده است که تأخیر در دریافت خدمات سلامت به علت موانع مالی و توزیع و تخصیص نامتوازن منابع، اثربخشی درمان و در نهایت سلامت جامعه را کاهش می‌دهد و در بلندمدت نیاز به بودجه درمانی بیشتر می‌شود.

از طرفی منابع محدود سلامت نیازمند اولویت‌بندی است اما فشارهای سیاسی بر توسعه درمان، توجه به پیشگیری را کاهش داده و در بلندمدت سلامت جامعه را تهدید می‌کند. سرمایه‌گذاری بر پیشگیری، هر چند کم‌هزینه‌تر است، اما همواره در رقابت با درمان مغفول می‌ماند و در نتیجه آن چرخه «تضعیف پیشگیری در رقابت با درمان» شکل می‌گیرد.

چرخه تشدیدکننده «تهدیدکننده‌های سلامت» یکی از چرخه‌های مهم در پویایی‌شناسی سلامت باشند. همان‌طور که اشاره گردید حدود هشتاد درصد از سلامت خارج از نظام سلامت و تحت تأثیر سایر عوامل است. مشکلاتی مانند بحران خشکسالی، کیفیت آب و آلودگی هوای می‌توانند سلامت عمومی را تهدید کنند. در نتیجه افت سلامت، هزینه‌های درمانی را افزایش می‌دهد و رفاه عمومی را کاهش می‌دهد. برای برون‌رفت از چرخه‌های معیوب ذکر شده و حرکت به سمت ایجاد چرخه‌های مطلوب در نظام سلامت، تدوین و اجرای سیاست‌ها و راهکارهای جامع و هماهنگ ضروری است. این راهکارها باید با هدف مواردی نظیر بهبود زیرساخت‌ها، ارتقای کیفیت خدمات و مدیریت بهینه منابع طراحی شوند. در این راستا، توجه به محورهای زیر می‌تواند مسیر تحول نظام سلامت را هموار کند:

- **تقویت زیرساخت‌های اقتصادی و توسعه اجتماعی:** از طریق تمرکز بر عدالت اجتماعی، کاهش شکاف‌های اقتصادی و اجتماعی، ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی با گسترش برنامه‌های رفاهی و حمایتی.
- **اصلاح و ارتقای نظام بیمه سلامت:** با هدف کاهش بار مالی بر دوش مردم از طریق شفاف‌سازی خدمات، گسترش پوشش بیمه‌ای، و مدیریت کارآمد منابع مالی بیمه با رویکرد خرید راهبردی خدمات، همراه با تأکید بر کیفیت و کارایی.
- **پیاده‌سازی و توسعه پرونده‌های الکترونیک سلامت و نظام ارجاع:** به منظور کاهش تقاضای القایی، کنترل خدمات غیرضروری با ایجاد

یکپارچگی در سامانه‌های اطلاعات سلامت.

- **بازنگری و اصلاح سیستم تخصیص منابع** از طریق طراحی سازوکارهایی عادلانه برای توزیع منابع به‌ویژه با تمرکز بر رفع نیازهای گروه‌های کمتر برخوردار و آسیب‌پذیر، و حذف موانع دسترسی به خدمات از طریق تقویت زیرساخت‌های مختلف.
- **تقویت همکاری بین‌بخشی و ارتقای جایگاه سلامت در سیاست‌گذاری‌های کلان:** با ایجاد هماهنگی میان بخش‌های اقتصادی، اجتماعی، و زیست‌محیطی، به‌منظور کاهش تأثیرات منفی عوامل اجتماعی و اقتصادی بر سلامت.
- **ارتقای سطح آگاهی و آموزش عمومی:** از طریق طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی با هدف آشنا کردن مردم با حقوق سلامت خود، تشویق به استفاده بهینه از خدمات و ترویج سبک زندگی سالم.
- **توسعه سیاست‌های پیشگیرانه و سلامت‌محور:** با تمرکز بر گسترش خدمات بهداشتی اولیه، پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای بهداشت عمومی، و تشویق جامعه به رعایت اصول زندگی سالم و پیشگیرانه.
- **ایجاد شفافیت و تقویت نظام نظارت در سلامت:** از طریق طراحی و استقرار سامانه‌های نظارتی برای پایش عملکرد، مقابله با فساد در تخصیص منابع، و افزایش پاسخگویی و شفافیت در فرایندهای تصمیم‌گیری و ارائه خدمات.

منابع و مآخذ



- [1] Schramme, T., Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. Public Health Ethics, 2023. 16(3).
- [2] Menon, D., T. Stafinski, and D. Martin, Priority-setting for healthcare: who, how, and is it fair? Health policy, 2007. 84 (2-3).
- [3] Organization, W.H., Smallpox eradication in Iran: report. 1978, World Health Organization.
- [4] Khosravi, A., R. Taylor, M. Naghavi, and A.D. Lopez, Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964-2004. Bulletin of the World Health Organization, 2007. 85 (8).
- [5] Doshmangir, L., M. Bazyar, R. Majdzadeh, and A. Takian, So near, so far: four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. Archives of Iranian medicine, 2019. 22(10).
- [6] Samouei, R. and M. Keyvanara, Aging, Health System, Challenge, Future, Iran, qualitative research. Salmand: Iran J Ageing, 2022. 16(4).
- [7] Farzadfar, F., et al., Health system performance in Iran: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 2022. 399(10335).

[۸] برآورد جمعیت - مرکز آمار ایران

Available from: <https://amar.org.ir/>.

- [9] Global Burden of Disease (GBD): Iran (Islamic Republic of). 2024 [cited 2024 14 September]; Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/iran>.

- [10] Kanasi, E., S. Ayilavarapu, and J. Jones, The aging population: demographics and the biology of aging. *Periodontology* 2000, 2016. 72(1).
- [11] Khodamoradi, A., S. Hassanipour, R. Daryabeigi Khotbesara, and B. Ahmadi, The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 2018. 6(3).
- [12] Osareme, J., et al., Demographic shifts and healthcare: A review of aging populations and systemic challenges. *International Journal of Science and Research Archive*, 2024. 11(1).
- [13] Rowe, J.W., T. Fulmer, and L. Fried, Preparing for better health and health care for an aging population. *Jama*, 2016. 316(16).
- [14] Naimark, D.M.J., Life Expectancy Measurements, in *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, S.R. Quah, Editor. 2017, Academic Press: Oxford.
- [15] Health data overview for the Islamic Republic of Iran. Available from: <https://data.who.int/countries/364>.
- [16] World Health Organization: Life expectancy and healthy life expectancy. 2024; Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>.
- [17] Jagger, C. and J.-M. Robine, Healthy life expectancy. *International handbook of adult mortality*, 2011.
- [18] Khalili, M., et al., Systematic review and meta-analysis of maternal mortality ratio and related factors in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2023. 29(5).
- [19] Murray, C.J. and A.K. Acharya, Understanding dalys. *Journal of health economics*, 1997. 16(6).
- [۲۰] پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران (استپس)، مؤسسه ملی تحقیقات در سلامت، سال ۱۳۹۵ و ۱۴۰۰.
- Available from: <https://nihr.tums.ac.ir/ZMVto>
- [21] World Health Organization: The World Health Report 2000. 14 June 2000 [Cited 2024 3 September]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.
- [۲۲] مصدق‌راد، علی محمد. و رحیمی تبار. پریسا، الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی، ۲۰۱۹.
- [۲۳] جولایی، حسن، مفهوم و نقش تولیت و کارکردهای آن در نظام سلامت: مرور جامع (Scoping Review). نشریه فرهنگ و ارتقا سلامت، ۲۰۱۸.
- [۲۴] مصادیق تعارض منافع ۱. تعارض منافع در حوزه سلامت. ۱۴۰۰/۰۶/۰۱.
- . Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1668525>
- [25] Hancock, T., Beyond health care: the other determinants of health. *Cmaj*, 2017. 189(50).

- [26]Faridi, S., et al., Health burden and economic loss attributable to ambient PM2.5 in Iran based on the ground and satellite data. *Scientific Reports*, 2022. 12(1).
- [27]Death rate from air pollution. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/death-rate-from-air-pollution-per-100000?tab=chart&country=~IRN>.
- [28]Seif, M., et al., Prediction of the burden of road traffic injuries in Iran by 2030: Prevalence, death, and disability-adjusted life years. *Chinese Journal of Traumatology*, 2024. 27. (4).
- [29]Manavi, S., et al., Model for implementing evidence based health care system in iran. *Iran J Public Health*, 2013. 42(7).
- [30]Peykari, N., et al., Health research system evaluation in IR of Iran. *Archives of Iranian medicine* (7): 150, 2012.
- [31]Schieber, G., C. Baeza, D. Kress, and M. Maier, Financing health systems in the 21st century. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition, 2006.
- [۳۲] مصدق‌راد، علی محمد، عباسی، محیا، حیدری، مهدیه، ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران، ۲۰۲۲.
- [33]Current health expenditure (% of GDP) - Iran, Islamic Rep., World, United States. 2024; Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=IR-1W-US>.
- [34]Rahimisadegh, R., M.H. Mehrolhassani, M. Jafari Sirizi, and S. Noori Hekmat, The analysis of National Health Accounts and financial communications network in Iran health insurance ecosystem. *BMC Health Services Research*, 2022. 22(1).
- [35]Jabbari, A., A. Zakeri, F. Saghafi, and M. Hadian, Iranian health financing system challenges to promote health outcomes: Qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 2023. 12 (1).
- [۳۶] خیبری، رقیه، نگاهی بر وضعیت بیمه‌های سلامت در ایران. <https://doh.tbzmed.ac.ir/fa/Article/doh-3001>
- [37]Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Iran, Islamic Rep. 2024; Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=IR>.
- [۳۸] مؤسسه ملی تحقیقات در سلامت، نتایج پیمایش هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۴۰۱. Available from: <https://nihr.tums.ac.ir/ZkPso>.
- [۳۹] مرکز پژوهش‌های مجلس: بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور (۶۸)-اعتبارات حوزه سلامت. ۱۴۰۲. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1757425>.
- [40]Life expectancy vs. health expenditure, 2022. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/life-expectancy-vs-health-expenditure>.
- [41]Powell-Jackson, T. and A. Mills, A review of health resource tracking in developing countries. *Health Policy and Planning*, 2007. 22(6).
- [۴۲] گزارش سیمای سلامت سال ۱۴۰۲. Available from: <https://nihr.tums.ac.ir/ZbAso>.

[۴۳] سامانه آمار سازمان نظام پزشکی. Available from: <https://irimc.org>.

[44] Khodabakhshi, A. and Z. Asemaneh, Investigating the Distribution of Health Resources in Iran by Using Gini Coefficient (2011-2020). Yektaweb_Journals, 2023. 23(88).

[۴۵] [سالنامه آمار و اطلاعات بیمارستانی سال ۱۴۰۱](#).

[۴۶] [چالش‌های کمبود دارو؛ بررسی علل و راهکارهای رفع آن](#).

[۴۷] مرکز پژوهش‌های مجلس: بررسی پرونده الکترونیک سلامت در ایران: الزامات قانونی و چالش‌های اجرا.

Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1743327>.

[48] Mohammadshahi, M., et al., Physician Induced Demand: The Empirical Evidence of Angiography for Suspected Coronary Artery Disease. Iran J Public Health, 2024. 53(1).

[49] Mahmoudi, G., et al., Factors associated with induced demand for services in Iran's healthcare system. F1000Research, 2018. 7.

گزیده سیاستی

کیفیت حکمرانی سلامت، تورم و کسری بودجه، عمق و پوشش بیمه‌ها، هزینه‌های درمانی، دسترسی به خدمات، کیفیت و کمیت کادر سلامت، قدرت فعالان بخش درمان، کیفیت رفتارهای فردی و فاکتورهای محیطی از جمله مؤلفه‌های اثرگذار بر کاهش سلامت جامعه در نظر گرفته می‌شوند.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir