

# ضرورت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در سیاستگذاری بخش سلامت

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۲۴۲۲

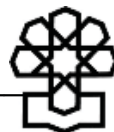
دفتر: مطالعات اجتماعی

تیرماه ۱۳۹۱

## به نام خدا

### فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۳.....	مقدمه
۵.....	۱. گسترش بیماری‌های مزمن.....
۷.....	۲. آثار اقتصادی بیماری‌های غیرواگیر (مزمن) شایع.....
۱۴.....	۳. هزینه‌های بیماری‌های مزمن و پیامدهای کلان اقتصادی آنها.....
۱۸.....	۴. بار مالی ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در ایران.....
۲۱.....	۵. بیماری‌های غیرواگیر تهدیدی برای توسعه پایدار.....
۲۵.....	۶. پیشگیری یا درمان.....
۲۶.....	۷. عوامل خطر مشترک.....
۳۴.....	جمع‌بندی.....
۳۷.....	منابع و مأخذ.....



## ضرورت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در سیاستگذاری بخش سلامت

### چکیده

در گذشته بیماری‌های واگیردار به‌عنوان بزرگترین معضل بهداشتی کشورهای جهان به‌شمار می‌رفت به‌طوری که تمام توان بهداشتی کشورها صرف کنترل و پیشگیری از همه‌گیری این بیماری‌ها می‌شد. از چند دهه گذشته با موفقیت‌های به‌دست آمده در زمینه ارتقای نظام سلامت و تکنولوژی‌های جدید، پیشرفت‌های عمده‌ای در خصوص کنترل بیماری‌های واگیردار حاصل شده و در مقابل به‌علت تغییر الگوهای زندگی (مصرف مواد غذایی صنعتی، کاهش تحرک، مصرف بالای چربی) بیماری‌های غیرواگیر، رشد فزآینده‌ای یافته و به‌عنوان مشکل عمده بهداشتی جوامع مطرح شده است. تقریباً تمام کشورها و گروه‌های درآمدی، مردان، زنان و کودکان در معرض خطر این بیماری‌ها قرار گرفته‌اند. بیماری‌های مزمن، از طریق مستقیم و غیرمستقیم بر اقتصاد ملی کشورها تأثیر می‌گذارند. از جمله پیامدهای اجتماعی - اقتصادی مهم بیماری‌های مزمن، کاهش سطح رفاه، افزایش فاصله طبقاتی، کاهش عدالت اجتماعی، گسترش فقر و در ابعاد ملی، کاهش تولید ناخالص ملی است.

تخمین‌های پایه‌ای نشان می‌دهند که احتمالاً کشورها مقادیر معتنابهی از درآمد ملی خود را در نتیجه تأثیر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن بر نیروی کار و ذخایر از دست می‌دهند. در سال ۲۰۰۵، خسارت برآورد شده ناشی از بیماری قلبی،

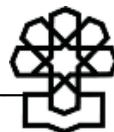
سکته مغزی و دیابت (برحسب دلار بین‌المللی)<sup>۱</sup> به درآمد ملی در چین ۱۸ میلیارد دلار، در روسیه ۱۱ میلیارد دلار، در هندوستان ۹ میلیارد دلار و در برزیل ۳ میلیارد دلار محاسبه شده است. خسارت‌ها برای کشورهای انگلستان، پاکستان، کانادا، نیجریه و تانزانیا نیز به ترتیب ۱/۶، ۱/۲، ۰/۵، ۰/۴ و ۰/۱ میلیارد دلار بوده است.

براساس شواهد علمی موجود، از میان بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون بالا، دیابت، بیماری‌های بدخیم و چاقی بیشترین فراوانی را در بین علل مرگومیر دارا می‌باشند و از این منظر حتی از بیماری‌های واگیردار، مرگومیر مادران به دلیل عوارض ناشی از بارداری، عوامل تغذیه‌ای و سوانح نیز پیشی گرفته‌اند، به طوری که در سال ۱۳۸۲ در ایران، ۶۲ درصد مرگومیر ناشی از چهار عامل دیابت، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های تنفسی مزمن بوده است. نکته مهم اینجاست که کاهش اندکی در شیوع عوامل خطر بیماری‌های مزمن می‌تواند به منافع چشمگیری در نظام سلامت و نگهداری منابع هزینه‌ای منجر شود، به طوری که بار مالی ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۸۲ حدود ۱۳ درصد تولید ناخالص داخلی یعنی ۱۵/۸ میلیارد دلار برآورد می‌شود.

همان‌گونه که اشاره شد ایران نیز از این قاعده مستثنا نیست و شاهد شتاب فزاینده‌ای در روند گسترش بیماری‌های غیرواگیر مزمن است. از این رو پیشنهاد می‌شود، نظام سلامت ایران باید به طور نظام‌مند سهم بیشتری از منابع و امکانات خود را به سمت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیردار سوق دهد.

---

۱. یک دلار بین‌المللی پولی فرضی است که به‌عنوان وسیله‌ای برای ترجمه و مقایسه هزینه‌ها از یک کشور به دیگر کشورها با استفاده از یک نقطه مرجع مشترک (دلار آمریکا) به‌کار می‌رود. یک دلار بین‌المللی همان قدرت خریدی را دارد که یک دلار آمریکا در آن کشور داراست.



## مقدمه

در گذشته بیماری‌های واگیردار به‌عنوان بزرگترین معضل بهداشتی کشورهای جهان به‌شمار می‌رفت به‌طوری که تمام توان بهداشتی کشورها صرف کنترل و پیشگیری از همه‌گیری این بیماری‌ها می‌شد. از چند دهه گذشته با موفقیت‌های به‌دست آمده در زمینه ارتقای نظام سلامت و تکنولوژی‌های جدید، پیشرفت‌های عمده‌ای در خصوص کنترل بیماری‌های واگیردار حاصل شده و در مقابل به‌علت تغییر الگوهای زندگی (مصرف مواد غذایی صنعتی، کاهش تحرک، مصرف بالای چربی) بیماری‌های غیرواگیر، رشد فزاینده‌ای یافته و به‌عنوان مشکل عمده بهداشتی جوامع مطرح شده است.

بیماری‌های غیرواگیر (مزمن)، گستره وسیعی از بیماری‌ها را شامل می‌شوند که می‌توان از آن جمله به موارد ذیل اشاره کرد: بیماری‌های ایسکمیک قلب، سکته مغزی و حوادث عروق مغزی، استئوپروز، دیابت، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی، اختلالات روانی، آرتروز، اعتیاد و ...

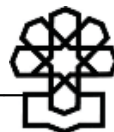
در این میان، به استناد گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی بیشترین بار بیماری‌های غیرواگیر مربوط به چهار بیماری دیابت، بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های تنفسی مزمن و سرطان‌ها می‌باشد، و نکته مهم اینجاست که بررسی نتایج مطالعه سیمای مرگ در ایران نشان داد که سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های مزمن دستگاه تنفسی و دیابت بالاترین سهم مرگ‌ومیر را (بالغ بر ۶۲ درصد) به‌خود اختصاص داده‌اند و بیشترین خسارات از ناحیه این چهار نوع بیماری

به جامعه وارد می‌گردد (در مجموع ۴۰ درصد از سال‌های از دست‌رفته عمر را به خود اختصاص می‌دهند که رقمی بالغ بر ۱۵/۸ میلیارد دلار معادل ۱۳ درصد از تولید ناخالص ملی را شامل می‌شود).

از طرف دیگر، پیشگیری از این بیماری‌ها بسیار مقرون به صرفه‌تر از درمان آنهاست. نکته مهم و قابل توجه این است که از میان عوامل وسیعی که در ایجاد این بیماری‌ها مؤثرند، می‌توان با مداخله در چهار عامل خطر رفتاری مشترک، هزینه‌های پیشگیری را به‌صورتی بسیار کارآ و مؤثر پایین آورد و بار این بیماری‌ها را به‌طور قابل ملاحظه‌ای (۸۰ درصد بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته‌های مغزی و دیابت نوع دو و بیش از ۴۰ درصد سرطان‌ها) کاهش داد.

در این شماره از مجموعه گزارش‌های بیماری‌های غیرواگیر، تلاش شده تا با مرور شواهد و مستندات ملی و بین‌المللی به اهمیت کنترل بیماری‌های غیرواگیر پرداخته شود. در گزارش دوم، به بررسی اعتبارات تخصیص‌یافته و هزینه شده از کل منابع وزارت بهداشت برای پیشگیری از بروز این بیماری‌ها و مداخلات انجام شده از سوی مرکز کنترل بیماری‌های غیرواگیر پرداخته می‌شود و نهایتاً، مداخلات و پیشنهادات اجرایی و الگوی مفهومی به‌طور مبسوط در گزارش سوم ارائه خواهد گردید.

با توجه به مطالب فوق، ادامه گزارش به تفصیل مطالب فوق را مورد بررسی قرار خواهد داد.



## ۱. گسترش بیماری‌های مزمن

با توجه به افزایش امید به زندگی و سالمندی به دلیل ارتقای خدمات بهداشتی و سطح سلامت در جوامع، شهرنشینی و تغییر الگوهای رفتاری و تغذیه‌ای (کاهش میزان تحرک، مصرف کم میوه و سبزیجات تازه، مصرف بالای غذاهای آماده و صنعتی که حاوی نمک، مواد نگهدارنده و چربی بالا هستند و ...) الگوی سلامت، مرحله گذاری را طی کرده است به طوری که بیماری‌های قبل از گذار شامل بیماری‌های واگیر، بیماری‌های مرتبط با بارداری و زایمان در مادران، بیماری‌های حول زمان تولد و کمبودهای تغذیه‌ای جای خود را به بیماری‌های غیرواگیر (یا مزمن) و حوادث و سوانح داده است.

بیماری‌های مزمن شامل بیماری‌های قلبی، سکته مغزی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی، دیابت، اختلالات ژنتیکی، اختلالات بینایی و شنوایی، بیماری‌های دهانی و... هستند که بخش اعظم بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.

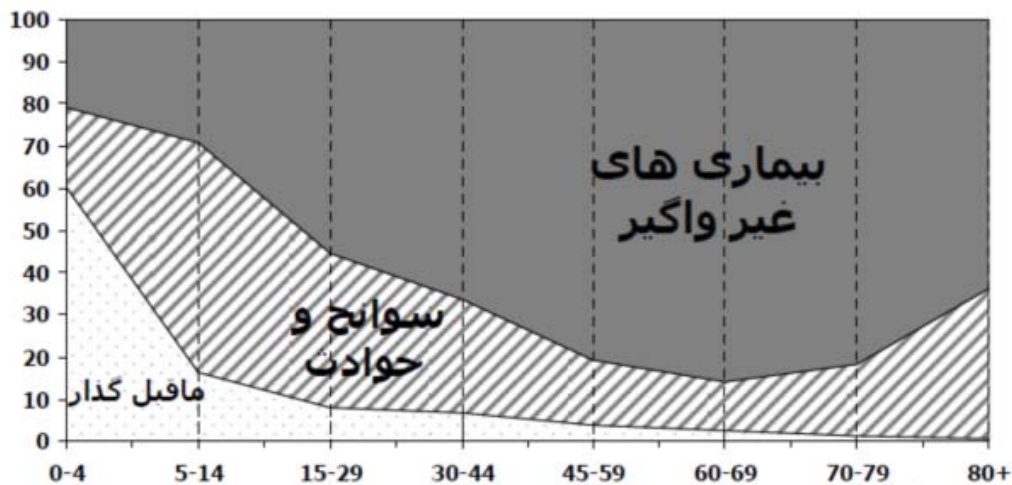
براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، برآورد شده است که ۳۵ میلیون از ۵۸ میلیون مرگ ناشی از تمام علل در سال ۲۰۰۵، به بیماری‌های مزمن مربوط می‌شود که دو برابر میزان مرگ‌ومیرهای ناشی از تمام بیماری‌های عفونی (از جمله HIV/AIDS، سل و مالاریا)، مشکلات مادرزادی، حول زایمان و کمبودهای تغذیه‌ای است.<sup>(۱۹)</sup>

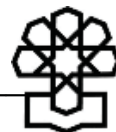
سیمای سلامت و بیماری در ایران نیز به دلایل مذکور، از نمای قدیمی غلبه بیماری‌های واگیردار، مرتبط با بارداری و زایمان، حول زمان تولد و کمبودهای

تغذیه‌ای به غلبه بیماری‌های غیرواگیر و سوانح و حوادث در سطح ملی گذار کرده است به طوری که سهم بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های واگیردار و سوانح و حوادث در ایران به ترتیب ۵۱/۹ درصد، ۱۴/۲ درصد و ۲۷/۹ درصد می‌باشد.

با توجه به اینکه وضعیت به وجود آمده ناشی از تغییر سبک زندگی و پیشرفت‌های تکنولوژیک در حوزه سلامت و افزایش امید به زندگی انسان است، پیش‌بینی می‌شود که این الگو روزبه‌روز به نفع بیماری‌های غیرواگیر پیشرفت نماید. از این رو سیاست‌های اجرایی در جهت تحدید، کنترل و پیشگیری از این نوع بیماری‌ها باید مورد بازبینی و اصلاح قرار گیرد.

نمودار ۱. سهم سه خوشه اصلی بیماری‌ها طبق تقسیم‌بندی مطالعه بار بیماری‌ها در کل میزان بار بیماری‌ها و صدمات (DALY) در کل جمعیت ایران در سال ۱۳۸۲





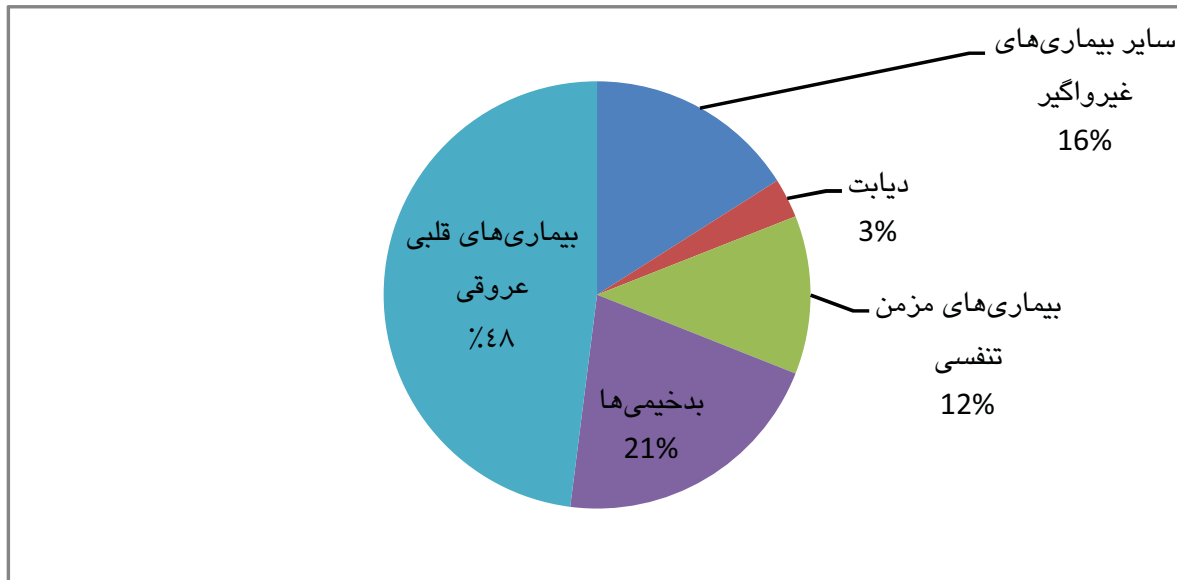
## ۲. آثار اقتصادی بیماری‌های غیرواگیر (مزمن) شایع

### ۲-۱. بار بیماری‌ها در جهان

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، از ۵۷ میلیون مرگومیری که در سال ۲۰۰۸ میلادی در سطح جهان اتفاق افتاده است، بالغ بر ۳۶ میلیون یا به عبارت دیگر، ۶۳ درصد آنها از بیماری‌های غیرواگیر به‌ویژه بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، بدخیمی‌ها و بیماری‌های تنفسی مزمن ناشی شده است و بیشترین افزایش در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ داده است.

در واقع این گزارش بزرگترین علت مرگومیر در دنیا در دهه اخیر را ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر می‌داند. تنها چهار مورد از بیماری‌های غیرواگیر که مسئول بخش عمده‌ای از مرگ‌های ناشی از این بیماری‌ها می‌باشند عبارتند از: بیماری‌های قلبی - عروقی (۴۸ درصد معادل ۱۷ میلیون نفر)، بدخیمی‌ها (۲۱ درصد معادل ۷/۶ میلیون نفر) بیماری‌های مزمن تنفسی (۱۲ درصد معادل ۴/۲ میلیون نفر) و دیابت (۳ درصد معادل ۱/۳ میلیون نفر) که بیش از ۹ درصد این مرگومیرها در سنین زیر ۶۰ سال اتفاق می‌افتد و این در حالی است که می‌توان مطابق گزارش‌های بین‌المللی با حذف عوامل اصلی مسبب این بیماری‌ها حداقل ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته‌های مغزی و دیابت نوع دو و بیش از ۴۰ درصد سرطان‌ها را پیشگیری نمود.<sup>(۱۰)</sup>

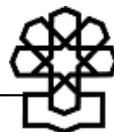
نمودار ۲. نسبت مرگ و میر زیر ۷۰ سال در اثر بیماری‌های مزمن به تفکیک بیماری (۱۰)



برخلاف باور عمومی که معتقد است این بیماری‌ها بیشتر در جمعیت کشورهای توسعه‌یافته دیده می‌شود، شواهد علمی نشان می‌دهند که ۸۰ درصد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق افتاده است. (۱۰)

فراوانی مرگ‌های زودهنگام در اثر بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد پایین تفاوت معناداری با کشورهای با درآمد بالا دارد به طوری که این میزان در کشورهای با درآمد پایین ۲۲ درصد در مردان و ۳۵ درصد در زنان و در کشورهای با درآمد بالا ۸ درصد در مردان و ۱۰ درصد در زنان محاسبه شده است. (۱۰)

سیر همه‌گیری بیماری‌های غیرواگیر نگران‌کننده است، به طوری که پیش‌بینی می‌شود:



- بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰، مرگومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر با افزایش کلی ۱۵ درصد به ۴۴ میلیون مرگ بالغ گردد و بیشترین افزایش (بیش از ۲۰ درصد) در آفریقا، مدیترانه شرقی و آسیای جنوب شرقی رخ دهد.

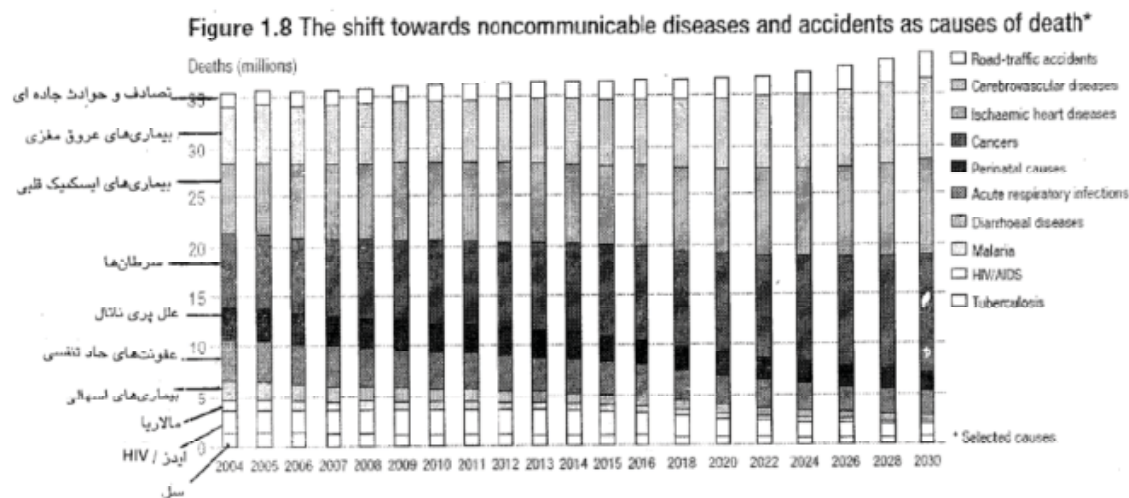
- مرگومیر سالیانه ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۳۰ به ۵۲ میلیون مرگ که معادل ۷۵ درصد کل مرگ‌هاست، افزایش یابد.

- طی بیست سال آینده مرگومیر ناشی از بیماری‌های واگیر حدود ۷ میلیون مورد کاهش یافته، تلفات ناشی از بیماری‌های قلب و عروق حدود ۶ میلیون مورد و تلفات ناشی از سرطان‌ها حدود ۴ میلیون افزایش خواهد داشت.<sup>(۱۰)</sup>

سازمان بهداشت جهانی در گزارش ۲۰۰۸ خود ضمن اشاره به عواملی از قبیل: جهانی شدن، شهرنشینی و پدیده سالمندی در دنیا، چالش حوزه سلامت را تغییر الگوی بیماری‌ها و تغییر جهت آن از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر و مزمن می‌داند و پیش‌بینی می‌کند تا سال ۲۰۳۰ سهم بیماری‌های غیرواگیردار مانند سرطان‌ها، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و بیماری‌های عروق مغزی و همچنین تصادفات در علل مرگ در سطح جهان افزایش خواهد داشت و برعکس سهم بیماری‌های واگیردار مانند بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های تنفسی، مالاریا، ایدز و سل کاهش خواهد یافت.<sup>(۷)</sup>

نمودار ۳ پیش‌بینی علل مرگومیر را تا سال ۲۰۳۰ نشان می‌دهد:

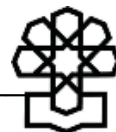
### نمودار ۳. تحلیل چشم‌انداز روند جهانی بیماری‌ها تا سال ۲۰۳۰



مأخذ: گزارش جهانی سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸.

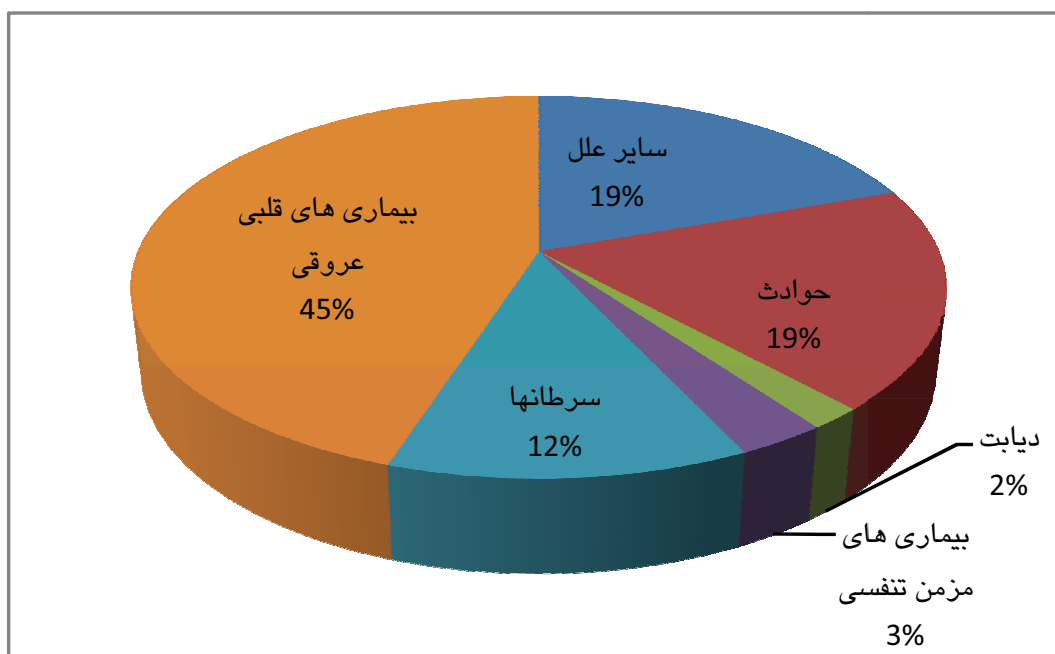
### ۲-۲. بار بیماری‌ها در ایران

براساس نتایج مطالعه «سیمای مرگ» که در سال ۱۳۸۳ منتشر شد، بیش از ۶۱ درصد از موارد مرگ در ایران مربوط به چهار بیماری قلبی - عروقی (به‌ویژه بیماری‌های عروق کرونر و سکته‌های مغزی)، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت بوده است. در این سال حدود ۱۳۸,۰۰۰ نفر در اثر بیماری‌های قلبی - عروقی (۴۵ درصد)، ۳۶,۰۰۰ نفر در اثر ابتلا به سرطان (۱۲ درصد)، ۹,۲۵۰ نفر در اثر بیماری‌های مزمن ریوی (۳ درصد) و ۵,۳۸۰ نفر در اثر دیابت (۱/۸ درصد) فوت شده‌اند. همچنین ۲۶ درصد از سال‌های ازدست‌رفته عمر به‌علت بیماری‌های قلبی عروقی، ۱۰ درصد به‌علت سرطان، ۱/۷ درصد در اثر بیماری‌های مزمن ریوی و ۱/۱ درصد به‌علت ابتلا به دیابت بوده است که در مجموع حدود ۴۰ درصد از سال‌های ازدست‌رفته عمر در ایران مربوط به چهار بیماری



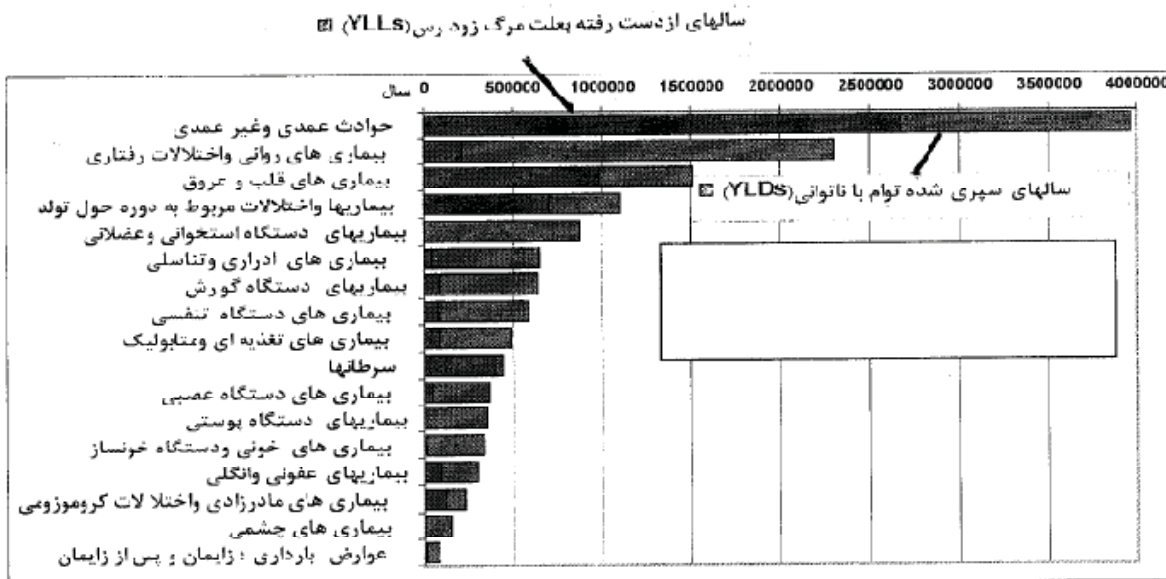
فوق بوده است. <sup>(۱۱)</sup> نمودارهای ۷ - ۴ سهم هریک از بیماری‌ها را به تفکیک در جامعه ایرانی نشان می‌دهند.

نمودار ۴. سهم علل مرگ برحسب گروه‌های بیماری در ایران در سال ۱۳۸۲



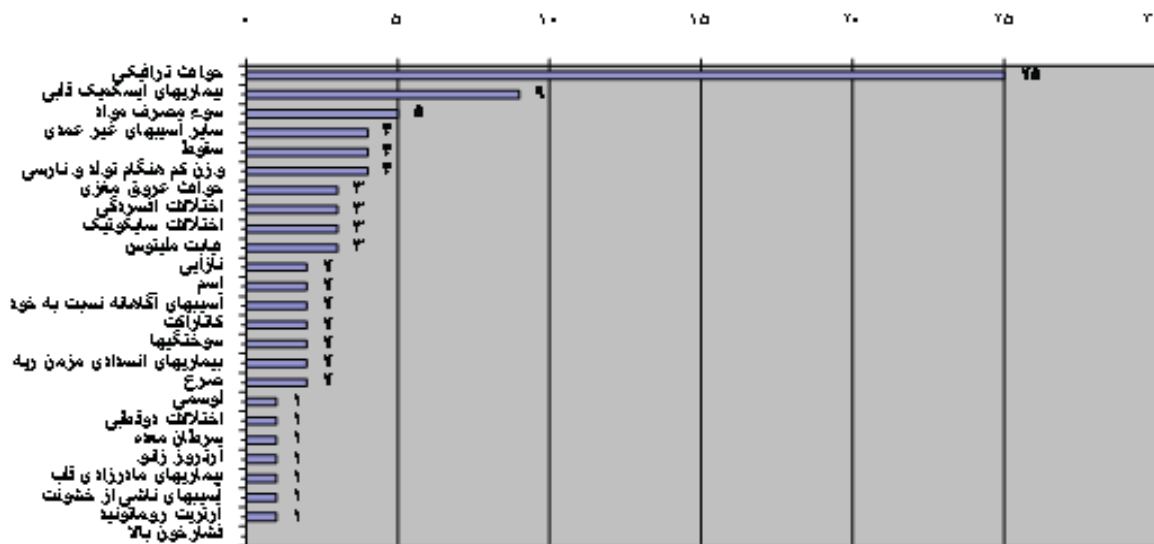
مأخذ: مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، بار عوامل خطر در ایران برای سال ۱۳۸۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سالنامه سلامت، ۱۳۸۶.

نمودار ۵. بار گروه‌های بیماری و آسیب برحسب مجموع سال‌های هدر رفته عمر (DALYs) (سال‌های از دست‌رفته (YLL) + سال‌های سپری شده با ناتوانی (YLD)) - ۱۳۸۲

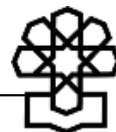


مأخذ: همان.

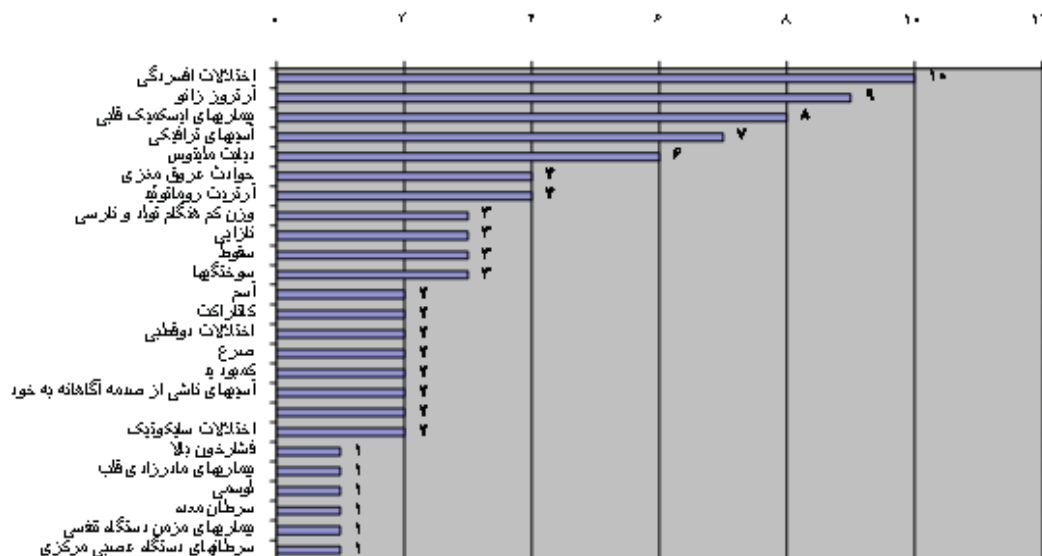
نمودار ۶. سهم DALYs ناشی از ۲۵ بیماری و آسیب اول در مردان در سال ۱۳۸۲



مأخذ: همان.



### نمودار ۷. سهم DALYs ناشی از ۲۵ بیماری و آسیب اول در زنان در سال ۱۳۸۲



مأخذ: همان.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی که در سال ۲۰۱۱ منتشر شد مرگومیر بر اثر بیماری‌های غیرواگیر در ایران در سال ۱۳۸۷ به این صورت بوده است:

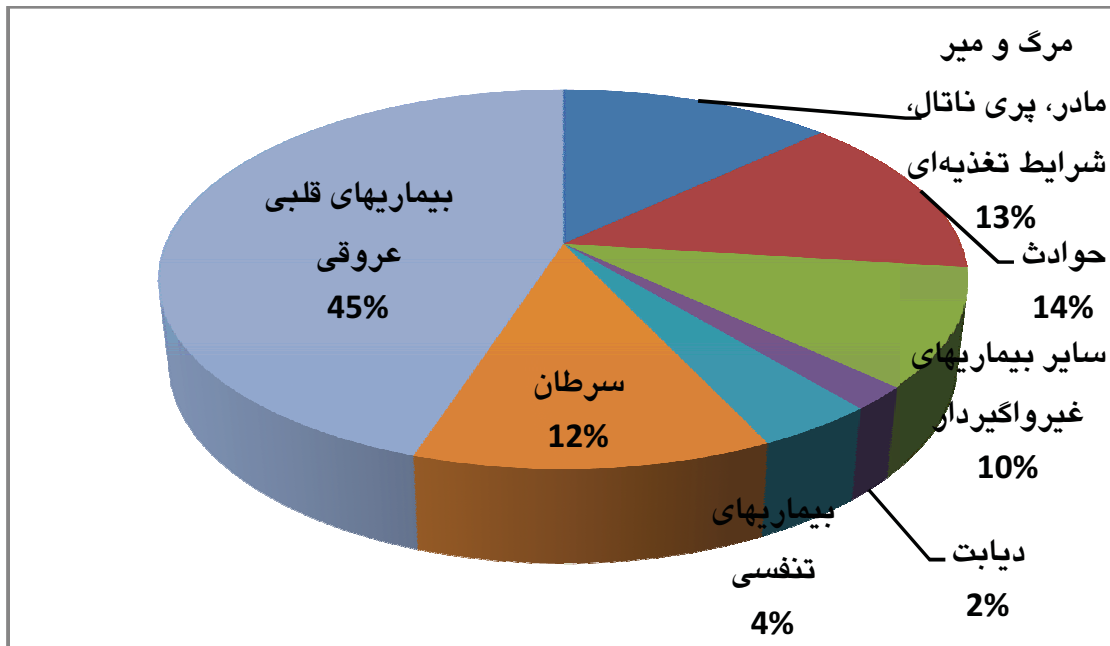
- مرگومیر بر اثر تمام بیماری‌های غیرواگیر (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر): ۱۱۶۷/۹،

- مرگومیر بر اثر سرطان‌ها: ۱۸۲/۵،

- مرگومیر بر اثر بیماری‌های تنفسی مزمن: ۷۰/۶،

- مرگومیر بر اثر بیماری‌های قلبی، عروقی: ۷۶۸/۸،

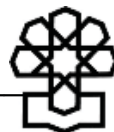
نمودار ۸. مرگ و میر بر اثر بیماری‌های غیرواگیر در ایران سال ۱۳۸۷ - گزارش سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۱



### ۳. هزینه‌های بیماری‌های مزمن و پیامدهای کلان اقتصادی آنها

بیماری‌های مزمن، با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بر اقتصاد خانواده و در نهایت اقتصاد ملی کشورها تأثیر می‌گذارند. روش تعیین این هزینه‌ها متفاوت است. غالباً برای این منظور از سه روش زیر استفاده می‌شود:

- روش محاسبه هزینه بیماری، که هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم یا تولید از دست رفته ناشی از بیماری را نیز می‌سنجد و از ضرب زمان از دست رفته به دلیل مرگ زودرس یا بیماری و یک میزان دستمزد به دست می‌آید. جمع این مبالغ هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم و سپس، GDP از دست رفته فرض می‌شوند،



- الگوهای رشد اقتصادی: که تأثیر بیماری‌های مزمن بر درآمد ملی را از طریق متغیرهایی نظیر تأمین و ذخیره نیروی کار برآورد می‌کند،  
- روش درآمد - کامل: که تلاش می‌کند فقدان رفاه توأم با بیماری را با معیارهای پولی بسنجد.

اکثر مطالعات منتشر شده در خصوص هزینه‌های بیماری‌های مزمن روش محاسبه هزینه را به‌کار گرفته‌اند. مطالعات بسیار اندکی از الگوهای رشد اقتصادی و روش درآمد - کامل استفاده کرده‌اند. برآوردهای تمام این روش‌ها در میزان کامل بودن متفاوتند و در دامنه‌های وسیع تفسیر می‌شوند. در ادامه به نتایج برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه اشاره شده است.

هزینه درمان بیماری‌های مزمنی مثل دیابت و بیماری‌های قلبی در ایالات متحده، سالیانه بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیارد دلار برآورد شده است<sup>(۶)</sup> و بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت (۴۰ درصد) سال‌های ازدست‌رفته عمر در این کشور است.<sup>(۱۴)</sup> کارشناسان انجمن قلب آمریکا در محاسبات جدید خود دریافته‌اند که تا سال ۲۰۳۰ میلادی هزینه درمان بیماری‌های قلبی در این کشور تا سه برابر افزایش خواهد یافت.<sup>(۶)</sup> همچنین در ایالات متحده برآورد هزینه‌های کل مراقبت‌های بهداشتی ناشی از بیماری قلبی از ۲۹۸/۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۰ به ۳۲۹/۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۱ و ۳۵۱/۸ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۲ افزایش داشته است.<sup>(۱۹،۱۵)</sup> در انگلستان، در سال ۱۹۹۹، بیماری قلبی برای نظام مراقبت بهداشتی ۱/۷ میلیارد پوند (تقریباً ۳ میلیارد دلار آمریکا) هزینه دربرداشته است و ۲/۴ میلیارد پوند (تقریباً ۵/۲ میلیارد دلار آمریکا) در از دست رفتن بهره‌وری تأثیر گذاشته است.<sup>(۱۶)</sup>

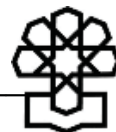
در سال ۱۹۹۶ میلادی تعداد دو میلیون سکه مغزی برآورد شده، معادل ۸/۳ میلیارد دلار برای نظام مراقبت بهداشتی ایالات متحده هزینه دربرداشته و باعث از دست رفتن ۵/۲ میلیون روز کاری شده است. در انگلستان نیز سکه مغزی طی پنج سال به ازای هر فرد که به آن دچار شده ۱۵,۳۰۳ پوند (تقریباً ۲۷,۳۰۶ دلار آمریکا) برای خدمات بهداشتی کشور هزینه دربرداشته است که اگر مراقبت غیررسمی به آن اضافه شود، به ۲۹,۴۰۵ پوند (تقریباً ۵۲,۴۷۰ دلار آمریکا) افزایش می‌یابد (به نرخ سال‌های ۲۰۰۱ - ۲۰۰۲).

هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم کنترل بیماری‌های مزمن انسدادی ریه در آمریکا در سال ۲۰۰۰، بیش از ۳۲ میلیون دلار برآورد شده است.<sup>(۱۸)</sup>

براساس تخمین‌های پایه‌ای سازمان بهداشت جهانی، احتمالاً کشورها مقادیر معتدایی از درآمد ملی خود را در نتیجه تأثیر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن بر نیروی کار و ذخایر از دست می‌دهند. براساس همین گزارش، در سال ۲۰۰۵، خسارت برآورد شده ناشی از بیماری قلبی، سکه مغزی و دیابت (به‌منظور مقایسه قدرت خرید، واحد براساس دلار بین‌المللی است).<sup>۱</sup> به درآمد ملی در چین ۱۸ میلیارد دلار، در روسیه ۱۱ میلیارد دلار، در هندوستان ۹ میلیارد دلار و در برزیل ۳ میلیارد دلار محاسبه شده است. خسارت‌ها برای کشورهای انگلستان، پاکستان، کانادا، نیجریه و تانزانیا نیز به ترتیب ۱/۶، ۱/۲، ۰/۵، ۰/۴ و ۰/۱ میلیارد دلار بوده است.

---

۱. یک دلار بین‌المللی پولی فرضی است که به‌عنوان وسیله‌ای برای ترجمه و مقایسه هزینه‌ها از یک کشور به دیگر کشورها با استفاده از یک نقطه مرجع مشترک (دلار آمریکا) به‌کار می‌رود. یک دلار بین‌المللی همان قدرت خریدی را دارد که یک دلار آمریکا در آن کشور داراست.



پیش‌بینی برآورد درآمد ملی تلف شده به دلیل بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و دیابت در برخی کشورها توسط سازمان بهداشت جهانی نشان داد که تا سال ۲۰۱۵، بیماری‌های مزمن GDP را در اکثر کشورها تا ۱ درصد و در روسیه بیش از ۵ درصد کاهش خواهند داد.<sup>(۱)</sup>

گاهی خسارت برآورد شده ناشی از بیماری‌های مزمن بر GDP فقط همان از دست رفتن GDP لحاظ می‌شود و ارزشی که مردم برای خسارت‌ها (یا دستاوردها) در سلامت قائل هستند را شامل نمی‌شود. فعالیت‌های اخیر رویکردی را به وجود آورده که شیوع درآمد - کامل نامیده می‌شود و به دنبال آن فواید سلامت (یا خسارت‌های سلامت) را با اصطلاحات پولی ارزشگذاری می‌کند. این برآوردها به‌عنوان تغییرات رفاه اقتصادی مورد توجه قرار می‌گیرند. بیماری و مرگ به خسارت‌هایی در رفاه منجر می‌شوند که بیش از خسارت بردرآمد هستند و می‌توانند با عنوان هزینه‌های کامل مورد توجه قرار گیرند.<sup>(۱)</sup>

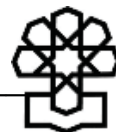
سازمان بهداشت جهانی مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی، سکته مغزی و دیابت را ارزشگذاری کرده است. در این برآورد، ارزش رفاه یک زندگی از دست‌رفته ۱۰۰ برابر GDP سرانه فرض شده است. به این ترتیب برآورد خسارت‌های وارده بر رفاه برای تمام کشورها سر به میلیاردها دلار می‌زند و سالیانه به‌عنوان تلفات تجمعی افزایش مرگ‌ومیرها افزایش می‌یابد. اختلاف‌های بین کشورها به دلیل تفاوت در تعداد کل مرگ ناشی از این علت‌ها و سطح GDP سرانه است. در برزیل، چین، هندوستان و روسیه به دلیل تعداد زیاد مرگ، خسارت‌ها بیش از یک تریلیون دلار برآورد شده است. در حالی که کانادا و انگلستان خسارت‌های کمتری بر رفاه متحمل می‌شوند.<sup>(۱)</sup>

در مقابل، می‌توان این ارقام را در کشورهایی که بیماری‌های مزمن با موفقیت کاهش می‌یابند، به‌عنوان سودهای بالقوه برای رفاه در نظر گرفت. این سودها به‌دلیل این واقعیت که رفاه چیزی بیش از فواید اقتصادی صرف را در برمی‌گیرد، به‌وضوح بسیار بیش از سودهای GDP است.

#### ۴. بار مالی ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در ایران<sup>۱</sup>

سال‌های عمر از دست‌رفته (DALYs)<sup>۲</sup> شاخصی است که بار بیماری در یک جمعیت را برحسب سال‌های از دست‌رفته عمر که با توجه به تأثیر بیماری‌ها بر سلامت افراد تعدیل می‌شود، اندازه‌گیری می‌کند. این شاخص با استفاده از تکنیک وزندهی، امکان تبدیل ویژگی‌های کیفی سلامتی و بیماری را در قالب کمیتی قابل اندازه‌گیری و تحلیل فراهم می‌سازد. شاخص مذکور با توجه به قابلیت‌هایی که دارا می‌باشد در تحلیل‌های اقتصاد سلامت جایگاه مهمی دارد. با توجه به اینکه مطالعه حاضر، بیماری‌های غیرواگیر را در مرکز توجه دارد، در این قسمت با توجه به محدودیت‌های دسترسی به اطلاعات موجود، بار مالی ناشی از این بیماری‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. همان‌گونه که در جدول زیر مشاهده می‌شود، در سال ۱۳۸۲، بالغ بر ۱۴/۲ میلیون سال عمر به‌دلیل مرگ زودهنگام از دست‌رفته است که بیماری‌های غیرواگیر به تفکیک مردان و زنان به‌ترتیب، مسئول ۶۷ درصد و ۵۰ درصد تحمیل این بار

۱. (آمار ارائه شده در این قسمت از مطالعه بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ به‌دست آمده است).



بوده‌اند. به این ترتیب، در سال مذکور حدود ۵۸ درصد بار بیماری‌ها از بیماری‌های غیرواگیر، ناشی شده است.

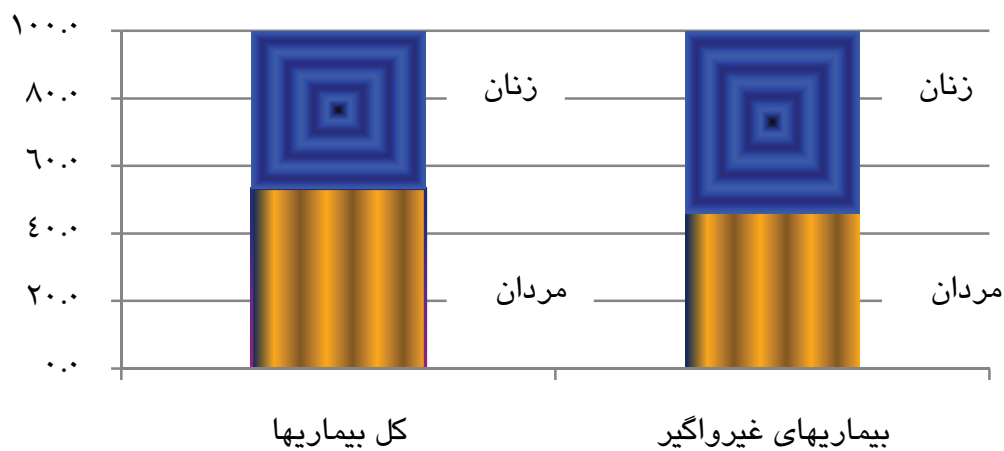
جدول ۱. سال‌های از دست‌رفته عمر به دلیل بیماری به تفکیک جنسیت در سال ۱۳۸۲

کل	زنان	مردان	
۱۴,۲۱۴,۶۱۶	۶,۶۱۵,۰۰۹	۷,۵۹۹,۶۰۷	همه علل مرگ
۸,۲۲۰,۶۷۴	۴,۴۳۱,۲۴۳	۳,۷۸۹,۴۳۱	بیماری‌های غیرواگیر

همان‌گونه که در نمودار ۹ مشاهده می‌شود، در سال ۱۳۸۲، با آنکه بیش از ۵۳ درصد کل بار بیماری‌ها مربوط به مردان بوده است، سهم مردان از بار بیماری ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ۴۶ درصد است. به این ترتیب، به نظر می‌رسد که در رابطه با بار بیماری ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، زنان نسبت به مردان آسیب‌پذیرترند.

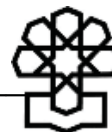
نمودار ۹. سهم زنان و مردان از بار بیماری‌ها به تفکیک جنسیت در سال ۱۳۸۲

(ارقام به درصد)



همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بالغ بر ۵۰ درصد سال‌های ازدست‌رفته عمر به‌دلیل بیماری‌های غیرواگیر، از دو عامل بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری (۳۲ درصد) و بیماری‌های قلبی و عروقی (۱۸ درصد) ناشی شده است. با بررسی وضعیت بار بیماری‌ها به تفکیک اجزای زیرمجموعه گروه بیماری‌های غیرواگیر، در موارد متعددی تفاوت‌های معناداری بین زنان و مردان مشاهده می‌شود. به‌عنوان مثال، بار بیماری ناشی از عامل بیماری‌های اسکلتی و عضلانی در زنان حدود دو برابر مردان است.

از سوی دیگر، تلاش‌های زیادی در دست اجراست تا امکان برآورد هزینه‌های ناشی از بار بیماری‌ها فراهم گردد. به‌عنوان نمونه، می‌توان به گزارش کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت سازمان بهداشت جهانی اشاره نمود. در روش ارائه شده توسط سازمان مزبور در این گزارش، برآوردی از بار مالی را بر مبنای بار بیماری‌ها ارائه نموده است که براساس آن، هر سال ازدست‌رفته عمر، هزینه‌ای معادل سه برابر درآمد سرانه سالیانه برای اقتصاد کشور هزینه دربردارد.<sup>(۱۷)</sup> به این ترتیب، با توجه به اینکه درآمد سرانه ایران در سال ۱۳۸۲ معادل ۱۹۲۸ دلار بوده است، بار مالی بیماری‌های غیرواگیر در آن سال ۱۵/۸ میلیارد دلار یعنی حدود ۱۳ درصد تولید ناخالص داخلی کشور بوده است.<sup>(۱۳)</sup>



## جدول ۲. سال‌های از دست‌رفته عمر به دلیل بیماری به تفکیک جنسیت بر حسب علل

زیرگروه بیماری‌های غیرواگیر در ایران - سال ۱۳۸۲ (ارقام به درصد)

سهم از کل	کل	زنان	مردان	
۰/۸	۶۴,۳۷۴	۳۹,۳۶۶	۲۵,۰۰۹	بیماری‌های خونی
۰/۹	۷۳,۰۱۳	۳۶,۱۵۵	۳۶,۸۵۷	اختلالات غدد درون‌ریز (و بیماری‌های متابولیک)
۱/۶	۱۲۹,۲۰۱	۶۳,۱۷۶	۶۶,۰۲۵	شرایط دهان
۱/۸	۱۴۶,۵۶۷	۷۶,۶۸۳	۶۹,۸۸۴	بیماری‌های اندام حسی
۱/۹	۱۵۷۱۱۶/۹	۶۶۲۹۶/۱	۹۰۸۲۰/۸	سایر نتوپلاسم‌ها
۲/۰	۱۶۴,۳۸۶	۹۹,۶۷۰	۶۴,۷۱۶	دیابت شیرین
۲/۸	۲۳۳,۴۴۳	۱۲۱,۰۷۴	۱۱۲,۳۶۹	ناهنجاری‌های مادرزادی
۴/۳	۳۵۲,۵۵۵	۱۸۶,۴۹۵	۱۶۶,۰۶۰	بیماری‌های پوستی
۵/۲	۴۳۰,۶۵۶	۱۹۵,۶۱۵	۲۳۵,۰۴۰	بیماری‌های تنفسی
۵/۴	۴۴۰,۶۲۰	۱۹۴,۹۸۵	۲۴۵,۶۳۶	نتوپلاسم بدخیم
۶/۱	۵۰۱,۲۵۰	۲۷۸,۱۴۸	۲۲۳,۱۰۲	بیماری گوارشی
۷/۹	۶۵۰,۶۴۷	۳۹۳,۱۰۲	۲۵۷,۵۴۶	بیماری‌های ادراری و تناسلی
۱۰/۶	۸۷۲,۶۳۸	۵۸۰,۵۳۳	۲۹۲,۱۰۵	بیماری‌های اسکلتی عضلانی
۱۸/۳	۱,۵۰۷,۸۸۲	۷۸۲,۱۲۸	۷۲۵,۷۵۴	بیماری‌های قلبی - عروقی
۳۲/۳	۲,۶۵۳,۴۴۲	۱,۳۸۴,۱۱۴	۱,۲۶۹,۳۲۹	بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری
۱۰۰	۸,۲۲۰,۶۷۴	۴,۴۳۱,۲۴۳	۳,۷۸۹,۴۳۱	کل بیماری‌های غیرواگیر

### ۵. بیماری‌های غیرواگیر تهدیدی برای توسعه پایدار

شواهد حاکی از آن است که بروز جهانی بیماری‌های غیرواگیر در حال افزایش است

(کادر ۱) و مانع اصلی در توسعه و دستیابی به اهداف توسعه هزاره (MDG) <sup>۱</sup> به‌شمار می‌رود (نمودار ۱۰). هزینه عمومی بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط در حال افزایش است. به‌طوری که موجبات فقر را فراهم می‌آورد و همچنین از دلایل اصلی نابرابری در سلامتی نیز به‌شمار می‌روند. این اتفاق می‌تواند به این دلیل باشد که بیماری‌های غیرواگیر به‌طرز نامتناسبی افراد فقیر را تحت تأثیر قرار می‌دهند و افراد فقیر و تنگدست در جایی زندگی می‌کنند که در آنجا سیاست، قانون و مقرراتی برای رویارویی با بیماری‌های غیرواگیر یا وجود ندارد یا به‌اندازه کافی نیست. به‌علاوه، به‌علت ضعف سیستم‌های سلامت و مسائل مالی، میزان دسترسی به خدمات جامع و گسترده برای پیشگیری و درمان بیماری‌های غیرواگیر کمتر است.

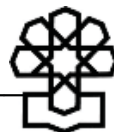
#### کادر ۱. افزایش بروز بیماری‌های غیرواگیر (NCDs)<sup>(۸)</sup>

- سالیانه از سه مورد مرگ به‌وقوع پیوسته، دو مورد به بیماری‌های غیرواگیر مرتبط‌اند. چهارپنجم این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط و یک‌سوم آن در افراد جوان‌تر از ۶۰ سال است.

- به‌طور کلی میزان مرگ ناشی از بیماری غیرواگیر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تقریباً دو برابر بیشتر از کشورهای با درآمد بالاست.

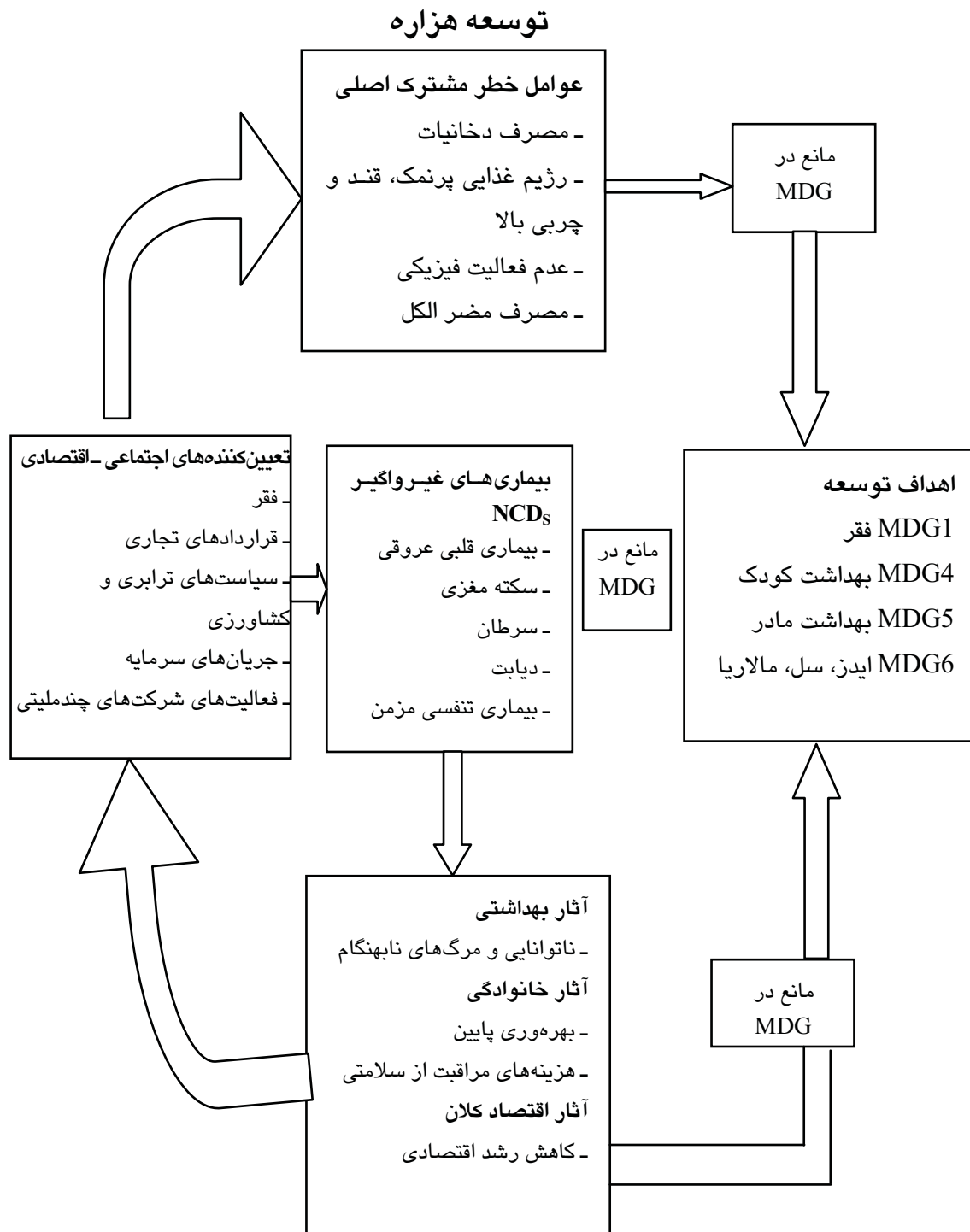
- بیماری‌های غیرواگیر معمولاً موجب مرگ‌های تدریجی و رنج‌آور بعد از دوره‌های طولانی ناتوانایی می‌شوند.

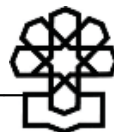
- علاوه بر چالش‌های موجود برای کاهش بیماری‌های غیرواگیر، هزینه مضاعف بیماری، فشار زیادی را بر روی سیستم‌های سلامتی با منابع ناکافی وارد می‌کند.



از طرفی بیماری‌های غیرواگیر خود باعث بروز فقر می‌شوند. این بیماری‌ها غالباً از نوع مزمن هستند و می‌توانند منجر به هزینه‌های پیوسته‌ای شوند که خانواده‌های فقیر را در چرخه قرض و بیماری، نابرابری‌های دائمی بهداشتی، سلامتی و اقتصادی قرار می‌دهند. در هند، یکی از چهار خانواده‌ای که در آن عضوی از خانواده بیماری قلبی دارد، به‌طور فاجعه‌آمیزی هزینه پرداخت می‌کند. در نتیجه ده درصد از خانواده‌ها به‌سوی فقر سوق داده می‌شوند. همچنین بیماری‌های غیرواگیر درآمد و توانایی خانواده برای تأمین امکانات لازم برای تحصیل کودکان را پایین می‌آورد. هزینه‌های بیماری‌های غیرواگیر خانواده‌ها، در اقتصاد کلان نیز تأثیر قابل توجهی دارند. عدم بهره‌وری، کاهش نیروی کار مؤثر جامعه در نهایت منجر به کاهش در بازده اقتصادی کلی می‌شود. برآورد می‌شود که برای هر ده درصد افزایش در مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، رشد اقتصادی سالیانه تا پنج درصد کاهش یابد. براساس این مدارک، عرصه اقتصاد جهانی هم‌اکنون بیماری‌های غیرواگیر را در رده یکی از تهدیدهای جهانی بالا در توسعه اقتصادی قرار می‌دهد.<sup>(۸)</sup>

نمودار ۱۰. رابطه بین فقر، بیماری‌های غیرواگیر و اهداف توسعه هزاره = MDG





## ۶. پیشگیری یا درمان

به دلیل گذار اپیدمیولوژیک<sup>۱</sup> به وجود آمده، امروزه ۴۳ درصد بار بیماری‌های جهان مربوط به بیماری‌های غیرواگیر است. امروزه بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت مهم‌ترین تهدیدکننده‌های حیات انسان محسوب شده و عوارض و ناتوانی ناشی از آنها بار سنگینی به خانواده‌ها، جوامع و دولت‌ها تحمیل می‌کند. تغییر شیوه زندگی باعث شده است که برخی از عوامل خطر ساز مهم از جمله استعمال دخانیات، عدم فعالیت بدنی مناسب، مصرف ناکافی میوه، سبزیجات، شیر و لبنیات، باعث افزایش تعداد مبتلایان به فشارخون بالا، چربی و قند خون بالا در جامعه شود و این خود زنگ خطری است برای افزایش میزان مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر که در حال حاضر گریبانگیر کشورهای در حال توسعه است.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، با وجود قدری همپوشانی در برآوردها، چاقی تقریباً پنج درصد مخارج ملی سلامت در ایالات متحده و دو درصد تا ۳/۵ درصد سایر کشورها را دربرمی‌گیرد. مخارج مستقیم سلامت که به فعالیت بدنی نسبت داده می‌شود، تقریباً به میزان ۲/۵ درصد مخارج سلامت در کانادا و ایالات متحده برآورد شده است.<sup>(۱)</sup>

---

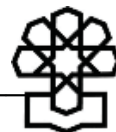
۱. تغییر الگوی بیماری‌های تهدیدکننده سلامت از بیماری‌های عفونی و واگیر به بیماری‌های غیرواگیر را گذار اپیدمیولوژیک می‌نامند.

در سال ۱۹۹۹، بانک جهانی برآورد کرد که مراقبت بهداشتی مربوط به دخانیات بین ۶ درصد تا ۱۵ درصد از کل هزینه‌های سالیانه مراقبت‌های بهداشتی<sup>(۳۲)</sup> و بین ۰/۱ درصد تا ۱/۱ درصد از GDP کشورهای با درآمد بالا را دربرمی‌گیرد.<sup>(۴)</sup>

بخش بزرگی از این هزینه‌ها اجتناب‌پذیر هستند و میزان پولی را نشان می‌دهد که می‌توان حفظ کرد. شواهد نشانگر این است که کاهش اندکی در شیوع عوامل خطر بیماری‌های مزمن می‌تواند به منافع چشمگیری در سلامت و نگهداری منابع هزینه منجر شود. برای مثال، یک مطالعه در نروژ محاسبه کرد که در نتیجه کاهش فشار خون جامعه تا دو میلی‌متر جیوه با کاستن از مصرف نمک، می‌توان از محل بیماری‌های قلبی و سکته مغزی پیشگیری شده طی ۲۵ سال، ۱۸۸ میلیون دلار آمریکا صرفه‌جویی کرد.<sup>(۵)</sup> یک مطالعه در کانادا برآورد نمود که ده درصد کاهش در شیوع کم‌حرکی بدنی می‌تواند مخارج مستقیم مراقبت بهداشتی را تا ۱۵۰ میلیون دلار کانادا (تقریباً ۱۲۴ میلیون دلار آمریکا) در یک سال بکاهد.<sup>(۶)</sup>

## ۷. عوامل خطر مشترک

جهانی شدن و توسعه روابط تجاری و اقتصادی میان کشورها همگام با رشد سریع شهرنشینی و کوچک شدن جوامع موجب انتقال فرهنگ و الگوی زندگی کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه و در نتیجه گسترش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سطح جهان شده است. اگرچه عوامل خطر بیماری‌های



غیرواگیر در مقایسه با عوامل خطر بیماری‌های واگیر پیچیده‌تر هستند، اما این عوامل عمدتاً شناخته شده و تا حد زیادی قابل تعدیل و کنترل هستند.<sup>(۸)</sup>

خوشبختانه این عوامل به خوبی شناخته شده‌اند و برای تمام جوامع یکسانند. چهار بیماری مطرح شده در گزارش که بار عظیمی از بیماری‌های غیرواگیر را در دنیا به خود اختصاص می‌دهند، با دو گروه عامل خطر یعنی عوامل فیزیولوژیک و متابولیک و عوامل رفتاری ارتباط تنگاتنگ دارند. از جمله عوامل خطر مهم فیزیولوژیک و متابولیک می‌توان به سن، جنس، فشار خون بالا، سطح بالای کلسترول خون و چاقی اشاره کرد. اما مسئله مهم آن است که چهار عامل خطر مشترک رفتاری وجود دارند که علاوه بر تأثیر مستقیم بر بروز بیماری‌های فوق، خود در میزان بروز عوامل خطر متابولیک یاد شده، نقش به‌سزایی دارند.

این چهار عامل رفتاری نادرست قابل اصلاح، عبارتند از: مصرف دخانیات، کم‌حرکی یا بی‌حرکتی، رژیم غذایی ناسالم (مصرف بالای چربی‌های اشباع شده، تولیدات صنعتی، نمک و قند) و مصرف بی‌رویه الکل.<sup>(۸-۱۰)</sup>

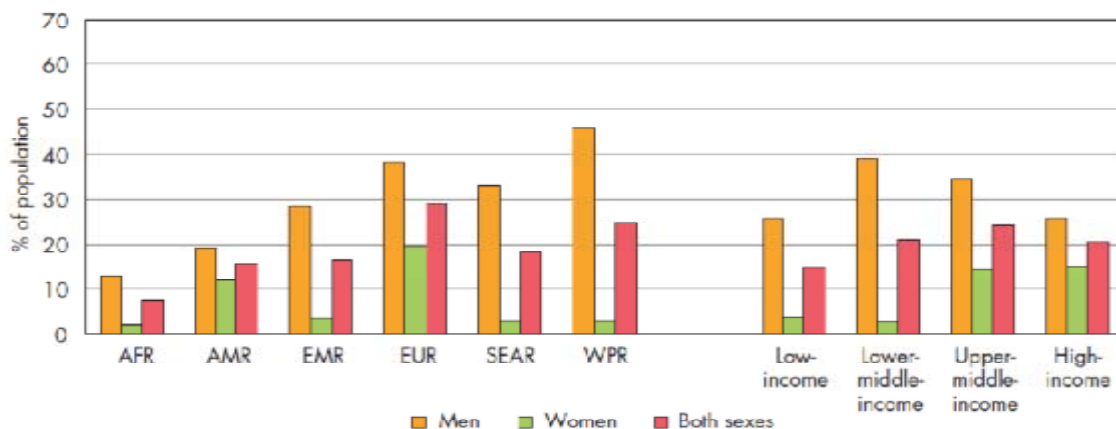
در ادامه به آثار هر یک از عوامل رفتاری به‌طور مختصر اشاره شده است:

## - دخانیات

روزانه بیش از یک میلیارد نفر معتاد به نیکوتین، محصولات دخانی مصرف می‌کنند و در حدود ۱,۵۰۰ نفر بر اثر بیماری‌های مربوط به مصرف دخانیات، جان خود را از دست می‌دهند. مصرف دخانیات، علت نیمی از نابرابری‌های سلامتی و مرگ‌ومیر جنس مذکر است. هرچند مصرف دخانیات در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا،

حداقل در مردان کاهش یافته، اما هم‌اکنون مصرف آن در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط، در بین بیش از ۲۵ درصد از جوانان، به سرعت در حال افزایش است،<sup>(۸)</sup> در صورتی که اقدام مؤثری برای کنترل مصرف دخانیات صورت نگیرد، میزان مرگ‌ومیر سالیانه ناشی از آن تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۸ میلیون نفر خواهد رسید. یعنی چیزی حدود ده درصد کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص خواهد داد.<sup>(۹)</sup>

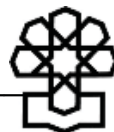
نمودار ۱۱. مقایسه میزان مصرف دخانیات در بالغین بالای ۱۵ سال براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، گروه‌های درآمدی بانک جهانی - ۲۰۰۸



مأخذ: گزارش سازمان بهداشت جهانی در مورد بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۱۰.

## - رژیم غذایی ناسالم

براساس یافته‌های مطالعات جهانی سرطان، حدود ۲۷ - ۳۹ درصد از سرطان‌های شایع با اصلاح رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی قابل پیشگیری هستند. تقریباً ۱۶ میلیون (۱ درصد) از موارد سال‌های از دست‌رفته عمر و ۱/۷ میلیون (۲/۸ درصد) مرگ‌ومیر در دنیا با مصرف کم میوه و سبزیجات تازه مرتبط است.



مصرف کافی میوه و سبزیجات خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان معده و کولورکتال را کاهش می‌دهد.

مصرف غذاهای با چربی اشباع شده و تولیدات صنعتی با میزان بالای چربی، نمک و قند حداقل عامل ۱۴ میلیون مرگ یا ۴۰ درصد از تمام مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در هر سال است. برای مثال مصرف بیش از اندازه نمک علت بیش از ۳۰ درصد از تمام موارد فشار خون بالاست.<sup>(۸)</sup>

سازمان بهداشت جهانی پیشگیری ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، توصیه می‌کند که مصرف نمک در هر جمعیت باید کمتر از ۵ گرم به‌ازای هر نفر باشد، اما شواهد موجود برای بسیاری از کشورها نشان می‌دهد که افراد زیادی بیش از این مقدار نمک مصرف می‌کنند.

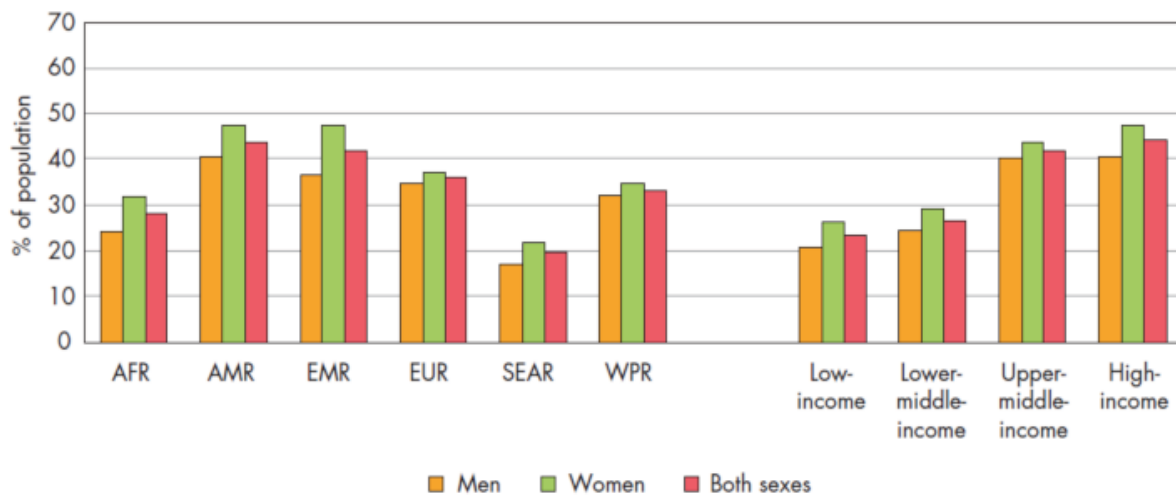
### - فعالیت فیزیکی ناکافی

فعالیت فیزیکی ناکافی سالیانه، عامل حدود ۳/۲ میلیون یا ۸ درصد از تمام مرگ‌ومیر و ۳۲/۱ میلیون سال‌های از دست‌رفته عمر (DALYs) است.<sup>(۸ و ۱۰)</sup>

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده است، در سال ۲۰۰۸، ۳۱ درصد افراد بالای ۱۵ سال (۲۸ درصد مردان و ۳۴ درصد زنان) دچار کم‌تحرکی بودند که بیشترین میزان مربوط به مناطق آمریکا و مدیترانه شرقی و کمترین میزان مربوط به آسیای جنوب شرقی بود. در تمام مناطق سازمان بهداشت جهانی تحرک مردان بیش از زنان بود که بیشترین تفاوت آماری جنسیتی در بی‌تحرکی مربوط به منطقه مدیترانه شرقی بوده است.<sup>(۹)</sup>

نکته دیگر این است که میزان افزایش بی‌حرکی با میزان درآمد کشورهای رابطه مستقیم دارد، به طوری که آمار تحرک بدنی ناکافی در کشورهای با درآمد بالا تقریباً دو برابر کشورهای با درآمد پایین است.<sup>(۹)</sup>

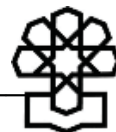
نمودار ۱۲. مقایسه میزان تحرک بدنی ناکافی در بالغین بالای ۱۵ سال براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، گروه‌های درآمدی بانک جهانی - ۲۰۰۸



مأخذ: همان.

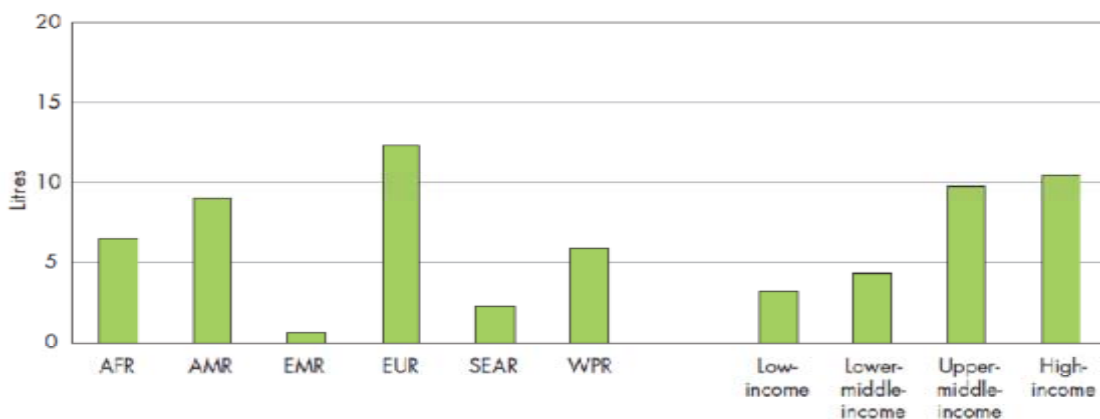
### - مصرف بالای الکل

در سال ۲۰۰۴ مصرف الکل با دوز بالا موجب ۲/۳ میلیون مرگ در دنیا شد که ۳/۸ درصد از کل مرگ‌ومیرها را شامل می‌شود و بیش از نیمی از این مرگ‌ها در نتیجه ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از قبیل: سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی - عروقی و سیروز کبدی اتفاق افتاد.



تقریباً ۴/۵ درصد از بار جهانی بیماری‌ها به دلیل مصرف بی‌رویه الکل اتفاق می‌افتد که بیماری‌های قلبی - عروقی، سیروز کبدی و سرطان‌ها یک‌چهارم این بار را شامل می‌شوند.

نمودار ۱۳. مقایسه میزان مصرف سرانه الکل در بالغین بالای ۱۵ سال براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، گروه‌های درآمدی بانک جهانی - ۲۰۰۸



مأخذ: همان.

بررسی نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز بیانگر آن است که عوامل خطر رفتاری که با تمهیدات لازم قابل کنترل هستند، سهم عمده‌ای را به خود اختصاص می‌دهند، نتایج حاصل از بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران که در سال ۱۳۸۶ در جمعیت ۱۵ - ۶۴ ساله انجام شد در جدول زیر خلاصه شده است: (۱۲)

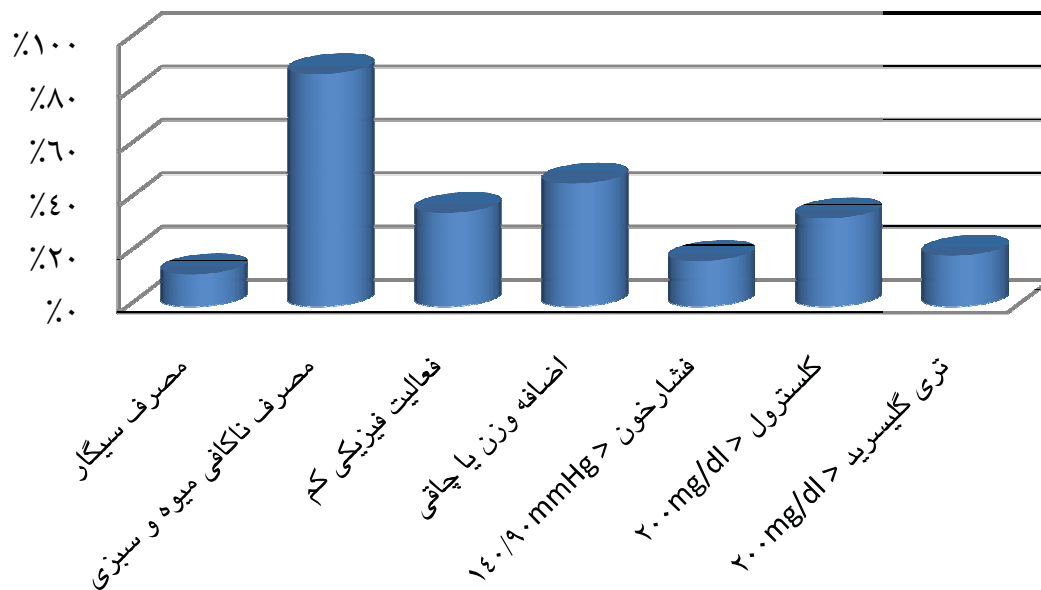
## جدول ۳. شاخص‌های منتخب عوامل مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در ایران - ۱۳۸۶

(ارقام به درصد)

تری‌گلیسرید بالاتر یا مساوی ۲۰۰ mg/dl	کلسترول بالاتر یا مساوی ۲۰۰ mg/dl	فشار خون بالاتر یا مساوی ۱۴۰/۹۰ mmHg	اضافه وزن یا چاقی	فعالیت فیزیکی کم	مصرف ناکافی میوه و سبزی	مصرف سیگار	
۲۱/۸	۲۹/۵۱	۱۷/۶	۴۰/۴	۲۴/۳	۸۷/۹۲	۲۳/۲	مردان
۱۶/۶	۳۶/۳۸	۱۷/۱	۵۱/۸	۴۶/۳	۸۶/۱	۱/۰۸	زنان
۱۹/۲۴	۳۲/۹	۱۷/۳۸	۴۶	۳۵/۲۲	۸۷/۰۲	۱۲/۲۷	کل

مأخذ: حسن آقاجانی و همکاران، گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ۳۰ استان کشور، سال ۱۳۸۶، تهران، خلوص، ۱۳۸۹.

## نمودار ۱۴. درصد شیوع عوامل خطر بروز بیماری‌های غیرواگیر در ایران - ۱۳۸۶



مأخذ: همان.



براساس گزارش ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی نیز عوامل خطر بیماری‌های  
غیرواگیر در ایران در سال ۲۰۰۸ شامل موارد زیر بوده است:<sup>(۱۰)</sup>

## کادر ۲. عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در ایران براساس گزارش

سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۸ (درصد)

### عوامل رفتاری:

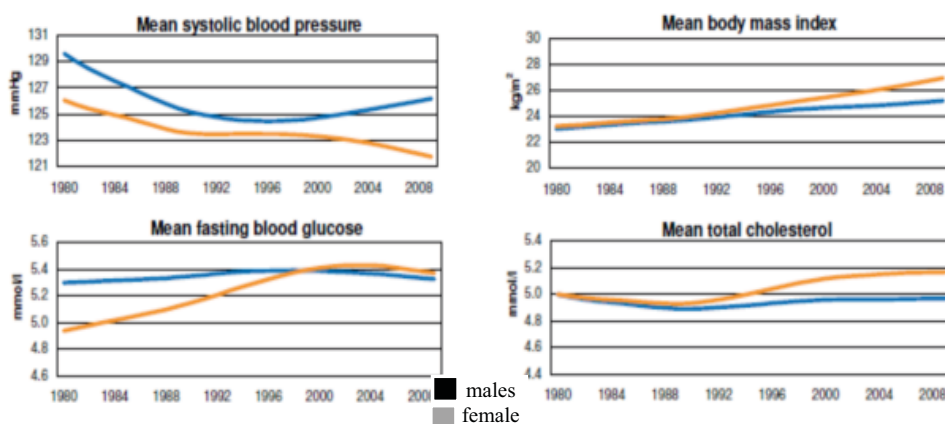
- مصرف روزانه دخانیات: ۱۰/۴ (مردان: ۱۹/۴ - زنان: ۱/۱)
- بی‌تحركی یا کم‌تحركی فیزیکی: ۳۵/۷ (مردان: ۲۵/۲ - زنان: ۴۶/۵)

### عوامل متابولیک:

- فشار خون بالا: ۳۳/۷ (مردان: ۳۵/۸ - زنان: ۳۱/۷)
- قند خون بالا: ۸/۳ (مردان: ۷/۸ - زنان: ۸/۹)
- افزایش وزن: ۵۱/۴ (مردان: ۴۶ - زنان: ۵۶/۸)
- چاقی: ۱۹/۴ (مردان: ۱۲/۴ - ۲۶/۵)
- کلسترول بالا: ۵۱/۷ (مردان: ۵۱/۷ - زنان: ۵۴/۷)

## نمودار ۱۵. بررسی سیر عوامل خطر متابولیکی برای بیماری‌های غیرواگیر در ایران ۱۹۸۰-۲۰۰۸

Metabolic risk factor trends



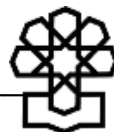
مأخذ: گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱.

در مجموع، یافته‌های مطالعات، تأییدکننده این موضوع است که امروزه بیماری‌های غیرواگیر مزمن بخش مهمی از بار بیماری‌ها را به جوامع تحمیل می‌کند و از آنجایی که بیشتر این بیماری‌ها درمان قطعی نداشته و نیازمند مراقبت و کنترل طولانی‌مدت بیماری و عوارض ناشی از آن می‌باشد؛ لذا راهکارهای مداخله‌ای مؤثر به‌ویژه در حوزه پیشگیری اولیه و اصلاح روش زندگی از جمله مقرون به صرفه‌ترین اقدامات ممکن محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی نیز راه‌حل کنترل اپیدمی جهانی بیماری‌های غیرواگیر را پیشگیری اولیه مبتنی بر برنامه‌های جامع و فراگیر جمعیتی عنوان می‌کند که اساس آن شناسایی، پیشگیری و کنترل مهم‌ترین و شایع‌ترین عوامل خطر یعنی کم‌حرکی، الگوی غذایی نامناسب، مصرف دخانیات و الکل است.

### جمع‌بندی

امروزه بیماری‌های غیرواگیر از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان، به‌شمار می‌روند و میزان بروز آنها قویاً به چهار عامل رفتاری قابل اصلاح شامل: مصرف دخانیات، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف بی‌رویه الکل و رژیم غذایی ناسالم مرتبط‌اند که خود باعث افزایش سطح گلوکز خون، فشار خون بالا، کلسترول بالا و افزایش وزن یا چاقی نیز می‌شوند.

از جمله بیماری‌های مزمن (غیرواگیر) شایع می‌توان به بیماری‌های قلبی - عروقی، سکتة مغزی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت اشاره کرد. اختلال



بینایی و نابینایی، اختلال شنوایی، بیماری‌های دهانی و اختلال‌های ژنتیکی سایر بیماری‌های مزمنی هستند که در مجموع، بخش اعظم بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.

برخلاف باورهای عمومی که تصور می‌شود، بیماری‌های مزمن کشورهای با درآمد بالا را تحت تأثیر قرار می‌دهند، واقعیت حاکی از آن است که چهار مورد از هر پنج مورد مرگ ناشی از این بیماری‌ها، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد. در واقع این کشورها در مرکز چالش‌های جدید و قدیم بهداشت همگانی قرار دارند. از طرفی در تمام کشورهای دنیا بجز کشورهای با حداقل توسعه‌یافتگی، افراد فقیر بیشتر از ثروتمندان به این بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و بیماری‌های مزمن موجب تحمیل بار مالی قابل توجهی به خانواده‌ها می‌شوند و آنها را به سمت فقر سوق می‌دهند.

تقریباً نیمی از مرگ‌های زودرس در اثر بیماری‌های غیرواگیر و مزمن در افراد زیر ۷۰ سال و یک‌چهارم آنها در افراد زیر سن ۶۰ سال رخ می‌دهد. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، میانسالان نسبت به این بیماری‌ها آسیب‌پذیرتر هستند.

به دلیل ابتلا در سنین پایین، مدت طولانی‌تری از عوارضی که غالباً قابل پیشگیری هستند، رنج می‌برند و عمر کوتاه‌تری دارند و از تعداد سال‌های مفید عمر آنها برای خود فرد، خانواده و در نهایت جامعه کم می‌شود. بنابراین به دلیل کاهش بهره‌وری و هزینه درمان بیماری و عوارض آن، در اقتصاد خانواده و جامعه تأثیر منفی به جا می‌گذارد.

از طرفی، شواهد علمی بیانگر این واقعیت هستند که چنانچه عوامل اصلی مسبب این بیماری‌ها از میان برداشته شوند، حداقل ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی - عروقی، سکت‌های مغزی و دیابت نوع دو و حتی بیش از ۶۰ درصد سرطان‌ها قابل پیشگیری خواهند بود.

براساس گزارش‌های منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هزینه اثربخشی پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها به اثبات رسیده است و خوشبختانه راهکارهای پیشگیرانه و مداخلات مؤثر برای مهار این بیماری‌ها، شناسایی شده است و کارآیی این روش‌ها نیز به مورد تأیید قرار گرفته است.

با توجه به آنچه گفته شد، در صورت غفلت از این بیماری‌ها احتمال آن می‌رود که ما نیز در آینده نزدیک با بار عظیم این بیماری‌ها در نظام سلامت روبرو شویم. بنابراین به نظر می‌رسد زمان آن رسیده است که در تدوین سیاست‌ها و مدیریت منابع، به غربالگری و پیشگیری (به‌ویژه پیشگیری اولیه مبتنی بر برنامه‌های جامع و فراگیر جمعیت) بیماری‌های غیرواگیر، بهای بیشتری نسبت به گذشته داده شود و از تمام فرصت‌های موجود برای ارتقای سلامت جامعه و پیشگیری از بروز این بیماری‌ها بهره گرفت.

در گزارش آتی به بررسی قوانین و اسناد بالادستی و عملکرد مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و برنامه‌ها و اقدامات انجام شده در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن و عوامل خطر آنها در کشور می‌پردازیم و در صورت دسترسی به اطلاعات آماری، مقایسه‌ای بین هزینه‌های درمانی چهار بیماری غیرواگیر مورد نظر

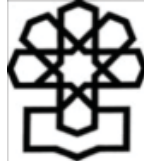


در گزارش و هزینه‌های پیشگیری همان بیماری‌ها انجام می‌دهیم تا تصویری از برنامه‌های کشوری برای پیشگیری و مقابله از بروز بحران بیماری‌های غیرواگیر در اختیار قانونگذاران و سیاستگذاران برای کمک به ترسیم ادامه مسیر قرار داده شود.

### منابع و مأخذ

1. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. Canadian Journal the epidemic: government and the economics of tobacco control. Washington, DC, World Bank, 1999.
2. Curbing the epidemic :governments and the economics of tobacco control.Washangton,DC,World Bank,1999.
3. Lightwood JM, Collins D, lapsley H, Novotny T. Estinating the costs of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University PRESS, 2000.
4. Hodgson TA. Cigarette smoking and Lifetime medical expenditures. The Milbank Quarterly, 1992, 70:81-125.
5. Selmer RM, Kristiansen IS, Haglerod A, Graff- Iversen S, Larsen HK, Meyer HE et al. Cost and health consequences of reducing the the population intake salt.Journal of Epidemiology and Community Health, 2000, 54:697-702.
6. Preventing Chronic Disease: A Vital Investment. (2005) World Health Organization Publications. Geneva, Switzerland.
7. primery health care (Now More Than Ever)WHO report. 2008.
8. Robert Beaglehole, Ruth Bonita, Richard Horton, Cary Adams, George Alleyne, Perviz Asaria, Vanessa Baugh, Henk Bekedam, Nils Billo,Sally Casswell, Michele Cecchini, Ruth Colagiuri, Priority actions for the non-communicable disease crisis, Health Policy, www.thelancet.com Published online April 6, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60393-0.
9. global staturse report on NCDs ,who report. 2010.
10. Global burden of non communicable diseases,who report 2011,Regional office for South-East Asia.

۱۱. نقوی، محسن. سیمای مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۳، تهران، آرویح، ۱۳۸۶.
۱۲. آقاجانی، حسن و همکاران، گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ۳۰ استان کشور، سال ۱۳۸۶، تهران، خلوص، ۱۳۸۹.
13. World Health Organization, Global Health Observatory ,NCD Country Profiles, 2011.
۱۴. احمدوند، علیرضا و همکاران، گزارش جهانی سلامت، سال ۲۰۰۲، تهران، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۱.
15. Heart disease and stroke statistics - 2001 update. Dallas, TX, American Heart Association, 2001.
16. Liu JL, Maniadakis N, Gray A, Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK. Heart, 2002, 88:597-603.
17. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development , World Health Organization, on 20 December 2001, P31
18. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach / World Health Organization 2007
19. preventing chronic disease: a vital investment , who publications. Geneva, Switzerland, 2009



مرکز پژوهش‌ها  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۲۴۲۲

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: ضرورت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در سیاستگذاری بخش سلامت

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین‌کنندگان: مریم رهبری، محمدرضا ملکی

همکار: عباس وثوق

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، سیدمحمد موسوی خطاط

متقاضی: سیدامیرحسین قاضی‌زاده هاشمی (نماینده مردم مشهد، کلات)

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۱/۴/۶