

بار اقتصادی و هزینه‌های سلامت ناشی از بیماری‌های مزمن در ایران و جهان

سعید کریمی^۱، مرضیه جوادی^۲، فاطمه جعفرزاده^۳

چکیده

بیماری‌های غیر واگیر مسؤل مرگ بیش از ۳۵ میلیون نفر در هر سال، یعنی نزدیک به دو سوم از کل مرگ و میر در جهان هستند. برای اولین بار در تاریخ بشر، سلامت مردم دنیا با تغییر چشمگیری مواجه است. بیماری‌های غیر واگیر خیلی بیش‌تر از بیماری‌های عفونی که در دهه‌های قبل گریبان‌گیر مردم بود، جان انسان‌ها را می‌گیرد. بیش از ۸۰ درصد مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد و هر سال مبالغ عظیمی از درآمد کشورها به دلیل وجود این بیماری‌ها هدر می‌رود. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد بیماری‌های غیر واگیر زندگی ۲۵ میلیون نفر را تا سال ۲۰۱۵ در سراسر منطقه‌ی خاور میانه تهدید می‌کند. همچنین ایران در دهه‌های آینده با توجه به بروز پدیده‌ی گذار اپیدمیولوژیک و افزایش بیماری‌های مزمن با بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های مزمن مواجه می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی بار اقتصادی و بهداشتی ناشی از این بحران جهانی، چالش‌ها و راه‌کارهای کنترل و پیشگیری از آن انجام شد. مطالعه‌ی حاضر به صورت مروری و با مرور منابع کتابخانه‌ای و منابع علمی دیجیتال و چاپی از ژورنال‌های مختلف علمی، همچنین جست‌وجوی وب سایت‌های معتبر از جمله WHO، CDC و... انجام گردید. بیماری‌های غیر واگیر هر ساله ۳۵ میلیون مرگ در سراسر دنیا را به دنبال دارند و یک مانع مهم بر سر راه توسعه‌ی کشورها هستند. این بیماری‌ها افراد فقیر و آسیب‌پذیر جامعه را به شدت تحت تأثیر قرار داده‌اند و آن‌ها را به ورطه‌ی فقر می‌کشاند. مقابله با این بیماری‌ها با کنترل ریسک فاکتورهای آن‌ها و استفاده از تجربیات سایر کشورها و توصیه‌های کارشناسی سازمان‌های بین‌المللی امکان‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: هزینه‌ی بیماری؛ بیماری‌های مزمن؛ هزینه.

نوع مقاله: مروری

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲۵

اصلاح نهایی: ۹۰/۱۱/۲۴

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۲۰

ارجاع: کریمی سعید، جوادی مرضیه، جعفرزاده فاطمه. بار اقتصادی و هزینه‌های سلامت ناشی از بیماری‌های مزمن در ایران و جهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۷): ۹۹۶-۹۸۴.

مقدمه

برابر تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۵۷، بیماری غیر واگیر عبارت است از؛ کاهش در ساختار یا اعمال بدن که به ضرورت سبب تغییر در زندگی عادی بیمار گردد و در طی یک دوره‌ی زمانی طولانی ادامه یافته و پایدار باشد (۲). سبک زندگی نامناسب و غیر بهداشتی مسؤل وقوع بسیاری از انواع بیماری‌های مزمن است. در سراسر جهان، بیماری‌های

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی که در قرن بیست و یکم سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان با آن مواجه می‌باشند، افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن است. افزایش طول عمر، مدرنیزه شدن سبک زندگی مردم همراه با افزایش تماس با بسیاری از عوامل خطر بروز بیماری‌های مزمن و ارتقای مداخلات انجام شده به منظور حفظ زندگی مردمی که قبلاً محکوم به مرگ بودند، همگی منجر به تغییر بار ناشی از بیماری‌ها شده است که نظام‌های بهداشتی با آن دست به گریبان می‌باشند (۱).

بیماری‌های غیر واگیر را به انواع مختلف تعریف کرده‌اند،

۱. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: m_javadi@mng.mui.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

در کشورهای واقع در حوزه‌ی مدیترانه شرقی، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های مزمن ریوی، سکنه و دیابت نوع دو، سه علت از ۶ علت اول مرگ و میر را تشکیل می‌دهند. در ایران نیز این بیماری‌ها از علل عمده‌ی مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌روند. با گسترش شهرنشینی و شیوه‌ی زندگی صنعتی و نیز تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن جمعیت جوان امروزی ایران، در آینده‌ی نزدیک بر شیوع این بیماری‌ها افزوده خواهد شد (۸).

در مقابله با این معضل جهانی، سازمان جهانی بهداشت هدف‌گذاری روشنی برای کشورهای دنیا انجام داده است مبنی بر این که، بیماری‌های مزمن باید بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ به میزان ۲ درصد در هر سال کاهش یابد. دستیابی به این هدف سبب جلوگیری از مرگ ۳۶ میلیون نفر خواهد شد (۹). مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌ها و هزینه‌های مداخلات بهداشتی به طور فزاینده‌ای جوامع را تحت تأثیرات سوء خود قرار داده است.

توافق جهانی بر این است که بیماری‌های مزمن یکی از محرک‌های اصلی اتلاف هزینه‌های سلامت می‌باشد. وقتی صحبت از تأثیر بیماری‌های مزمن بر اقتصاد جهانی و ملی است، به طور کلی هر دو نوع هزینه‌ی مستقیم و غیر مستقیم باید مدنظر قرار گیرد.

هزینه‌های مستقیم شامل کلیه‌ی هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان بیماری بوده، در حالی که هزینه‌های غیر مستقیم شامل از دست رفتن بهره‌وری و کارایی در اثر بیماری می‌باشد. کشورها در سراسر دنیا با از دست رفتن و اتلاف مقدار قابل توجهی از درآمد ملی خود در اثر عواقب منفی ناشی از بیماری‌های مزمن، بر منابع و نیروهای کاری و کاهش در تولید ناخالص داخلی (Gross domestic production) یا GDP مواجه هستند (۶).

بانک جهانی برآورد کرده است که مراقبت‌های بهداشتی فقط مربوط به دخانیات بین ۱ تا ۱/۱ درصد از GDP کشورهای با درآمد بالا را در بر می‌گیرد (۱۰).

در مطالعه‌ی دیگری هزینه‌های اقتصادی و تأثیرات بهداشتی برنامه‌ی پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی

مزمین علت بسیاری از موارد مرگ و میر می‌باشد (۳). این موج عظیم همه‌ی مناطق جهان اعم از پیشرفته یا توسعه نیافته را درنوردیده است.

بیماری‌های مزمن، هم اکنون تهدیدی جدی برای سلامت و طول عمر مردم کشورهای درحال توسعه می‌باشد. در حال حاضر در همه جا به جز فقیرترین کشورها، مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن بیش از بیماری‌های واگیر است (۴۹ درصد در مقایسه با ۴۰ درصد برای بیماری‌های واگیر و ۱۱ درصد برای حوادث). سازمان جهانی بهداشت گزارش نموده است که تا سال ۲۰۱۵ در پنج کشور بزرگ در حال توسعه، بار اقتصادی ناشی از دیابت، سکنه‌ی مغزی و بیماری‌های قلبی-عروقی، ۱/۲۵ تریلیون دلار شود (۵۵۷ میلیارد دلار در چین، ۳۰۰ میلیارد دلار در فدراسیون روسیه و ۳۳۶ میلیارد دلار در هندوستان) (۴).

نزدیک به نیمی از مردم آمریکا مبتلا به نوعی از بیماری‌های مزمن می‌باشند و تعداد بیش‌تری از آنان در طی دهه‌های آینده، بیماریشان به منصفه ظهور می‌رسد. بسیاری از آن‌ها به بیش از یک نوع بیماری مزمن مبتلا می‌باشند. برآورد شده است که تا سال ۲۰۲۵ از هر ۴ نفر آمریکایی بیش از یک نفرشان دچار دو یا بیش از دو نوع بیماری مزمن باشند و ۷۵ درصد از هزینه‌های بهداشتی را در برمی‌گیرد (۵).

در سال ۲۰۰۶، نیروی کاری کشور انگلستان، ۳۷/۷ میلیون نفر بوده است که ۱۷۵ میلیون روز در همان سال به دلیل غیبت ناشی از بیماری از دست رفته است (چیزی حدود ۴/۶۴ روز از دست رفته به ازای هر فرد). در ضمن هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از غیبت‌های انجام شده به دلیل بیماری، ۲۰/۲ میلیارد پوند در همان سال برآورد شده است (۶). فقط ۲۰ درصد مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن در کشورهای با درآمد بالا رخ می‌دهد. در حالی که ۸۰ درصد موارد آن در کشورهای با درآمد متوسط و کم اتفاق می‌افتد، که بیش‌ترین جمعیت جهان در آن جا زندگی می‌کنند.

در گزارش سال ۲۰۰۵ سازمان جهانی بهداشت آمده است که حتی کشورهای با حداقل پیشرفت نظیر جمهوری تانزانیا نیز از این مشکل در حال رشد مصون نمی‌باشند (۷).

شهرنشینی، مهاجرت از مناطق روستایی و گرایش مردم به زندگی ماشینی، کنترل قابل قبول بیماری های عفونی و هزاران عامل ریز و درشت دیگر همگی باعث شده اند که بیماری های غیر واگیر به ویژه بیماری های قلبی - عروقی، سرطان ها، سوانح و حوادث، بیماری های کلیوی، دیابت و ... به اصلی ترین معضل بهداشتی پیش روی کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه تبدیل شود.

تا چند سال پیش بیماری های واگیردار به عنوان بزرگ ترین معضل بهداشتی کشورهای جهان به شمار می رفت، به طوری که تمام توان بهداشتی کشورها صرف کنترل و پیشگیری از همه گیری این بیماری ها می شد. از چند دهه ی گذشته با موفقیت های به دست آمده در زمینه ی ارتقای نظام سلامت و تکنولوژی های جدید، پیشرفت های عمده ای در خصوص کنترل بیماری های واگیردار حاصل شده و پس از طی این مراحل، بیماری های غیر واگیر در حال حاضر به عنوان مشکل عمده ی بهداشتی مطرح است.

به دلیل افزایش روند مرگ و میر ناشی از بیماری های غیر واگیر به خصوص در کشورهای در حال توسعه، سازمان جهانی بهداشت از دو دهه ی پیش بیماری های غیر واگیر را جزء اولویت های بهداشتی کشورهای در حال توسعه اعلام کرده است. اکنون بیماری های غیر واگیر علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان می باشند. براساس اعلام سازمان جهانی بهداشت ۶۰ درصد علل مرگ و ۴۳ درصد بار جهانی بیماری ها مربوط به بیماری های عمده ی غیر واگیر می باشد (۱۴).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، می توان با داشتن رژیم های غذایی سالم تر، حفظ تناسب اندام و عدم استعمال دخانیات به میزان ۸۰ درصد از وقوع بیماری های قلبی و دیابت نوع دو پیشگیری نمود. همچنین این سازمان برآورد نموده است که ۴۰ درصد سرطان ها با داشتن سبک زندگی سالم تر قابل پیشگیری هستند (۵).

در سال ۲۰۰۸، ۵۷ میلیون مورد مرگ و میر در دنیا اتفاق افتاده است که ۳۶ میلیون (۶۳ درصد) آن ناشی از بیماری های مزمن بوده است. اغلب این طور تصور می شود که بیماری های مزمن به طور اولیه جمعیت مسن تر را تحت تأثیر خود قرار

برای کشورهای با درآمد کم و متوسط محاسبه شده که ایران نیز جزء کشورهای با درآمد متوسط این مطالعه بوده است. در این مطالعه برآورد گردیده است که برنامه ی ۱۰ ساله ی پیشگیری از بیماری های قلبی - عروقی شامل داروها و رژیم درمانی سالانه ۴۷ بیلیون دلار برای هر یک از کشورها هزینه در بر دارد، ضمن این که از حدود ۱۷/۹ میلیون مرگ پیشگیری می کند (۱۱).

برای دستیابی به پیامدهای بهتر و کاهش هزینه های مراقبتی مبتلایان، لزوم اجرا و کاربرد رفتارها و اقدامات پیشگیری کننده، ارتقای اطلاعات (دانش بهداشتی) بیماران، افزایش مهارت های خودمراقبتی و توانمندسازی مبتلایان، کاربرد برنامه های مراقبتی مبتنی بر شواهد، ارتقای عملکرد، سیستم اطلاع رسانی همراه با برنامه های الکترونیکی (آنلاین) بیمار محور به منظور ردیابی و پیگیری نحوه ی درمان و پیشرفت بیماری، همکاری کلیه ی ذی نفعان در نظام مراقبت بهداشتی اعم از بیماران، مراقبین، حامیان مالی، عموم مردم و دولت به منظور طراحی و تدوین برنامه های پیشگیری و مراقبتی مبتنی بر شواهد در طول زندگی افراد، بیش از پیش احساس می گردد (۱۲).

اگر چه سبک زندگی، تغذیه و مداخلات پزشکی برای پیشگیری اولیه با اهمیت می باشند، اما برخورداری از مهارت ها و منابع جهت کاربرد مؤثرتر اطلاعات، مهم تر است؛ که این امر مستلزم حضور یک سیستم بهداشتی سالم و کارآمد می باشد (۱۳).

در این مقاله سعی بر آن بوده است تا با پرداختن به جنبه های مختلف بحران ناشی از بیماری های مزمن در کشورهای مختلف، بار اقتصادی و هزینه های مختلف مترتب بر بیماری های مزمن بررسی و در نهایت راه کارهای عملی و تجارب سایر ملل به منظور کنترل و مبارزه با آن ارایه گردد.

شرح مقاله

وضعیت موجود

بررسی ها نشان می دهد؛ امروزه به علت گسترش روز افزون

دست رفتن ۱۸ بلیون دلار بین‌المللی در چین، ۹ بلیون دلار در هندوستان و ۳ بلیون دلار در برزیل شده است. این میزان ضرر اقتصادی به مرور زمان افزایش خواهد یافت؛ به طوری که برآورد شده است تا سال ۲۰۱۵، میزان هزینه‌ها ۳ تا ۶ برابر سال ۲۰۰۵ برای همان کشورها می‌باشد (۴).

این بیماری‌ها باعث کاهش کارایی در محیط‌های کاری به دلیل تمایل بیماران و مراقبت کنندگان آنان مبنی بر غیبت از کار (Absenteeism) و یا عملکرد ضعیف آنان (Presenters) می‌شود. در ایالات متحده آمریکا تأثیراتی که باعث از دست رفتن روزهای کاری و کارایی کمتر کارکنان می‌شود، به دنبال آن منجر به ضرر اقتصادی بالغ بر یک تریلیون دلار در سال ۲۰۰۳ شده است (۱۷).

بر اساس متون اقتصاد سلامت بیماری و به دنبال آن برنامه‌های بهداشتی برای پوشش بیماری‌ها چند نوع هزینه را بر افراد و کشور تحمیل می‌کند: ۱. هزینه‌ی مستقیم مشخص مثل هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری یک مداخله‌ی بهداشتی ۲. هزینه‌های مستقیم ولی نامحسوس مانند هزینه‌های پشتیبانی برنامه و یا پرداخت‌های متفرقه ۳. هزینه‌های غیر مستقیم مانند هزینه‌ی وقت و فرصت بیمار و بستگان ۴. هزینه‌های غیر ملموس مانند هزینه‌های درد، اضطراب، استرس و... (۱۸).

در سال ۲۰۰۷ میزان هزینه‌های وارده به وسیله‌ی بیماری‌های کرونر قلبی در آمریکا به طور مستقیم و غیر مستقیم بیش از ۱۵۰ بلیون دلار تخمین زده شده است. باید توجه داشت که کشورهای صنعتی خود صاحب تکنولوژی در زمینه‌ی تشخیص و درمان هستند و طبیعی است هزینه‌های تشخیص و درمان برای کشورهای درحال توسعه از جمله کشور ایران که مصرف کننده‌ی این تکنولوژی می‌باشند چندین برابر خواهد بود (۱۹).

بار اقتصادی بیماری‌های مزمن در جوامع فقیرتر در مقایسه با جوامع برخوردار به نسبت بیش‌تر است و فقرا به دلیل افزایش مواجهه با خطرات و کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی آسیب پذیرتر هستند. بیماری‌های مزمن منجر به سقوط افراد و خانواده‌ها در ورطه‌ی فقر شده و وضعیت پیچیده و بدتری از بیماری و فقر ایجاد می‌کند (۱۶).

می‌دهد، اما این بیماری‌ها در هر سال علت مرگ نزدیک به ۱۶ میلیون نفر از افراد سنین زیر ۷۰ سال می‌باشد (۶) و یک چهارم از کل مرگ‌های ناشی از این بیماری‌ها در افراد زیر ۶۰ سال اتفاق می‌افتد (۷). همچنین، آن‌ها مسؤول ۴۸ درصد بار جهانی ناشی از سال‌های عمر سازگار شده با ناتوانی (Disability Adjusted Life Years یا DALYs) می‌باشند (۶).

در کشورهای با درآمد متوسط و کم، به خصوص بالغین میان‌سال نسبت به بیماری‌های مزمن آسیب پذیرتر هستند. متأسفانه مردم چین کشورهایی در سنین جوان‌تر به این بیماری‌ها مبتلا شده و به مدت طولانی‌تری با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و اغلب در اثر عواقب و عوارض قابل پیشگیری، زودتر از مردم کشورهای با درآمد بالا جان خود را از دست می‌دهند.

در سال ۲۰۰۵، ۴۴ درصد از کل جمعیت کشور آمریکا حداقل به یکی از انواع بیماری‌های مزمن مبتلا بودند و ۱۳ درصد آن‌ها دچار ۳ یا بیش از ۳ نوع بیماری مزمن بودند. همچنین تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۲۰، ۱۵۷ میلیون نفر از ساکنان ایالات متحده آمریکا دچار یک و یا بیش از یک نوع بیماری مزمن باشند، در این کشور طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵ میلادی، تعداد مردم سنین ۲۵-۴۴ سالی که دارای بیش از یک نوع بیماری مزمن بودند، دو برابر شده است (۱۵).

بیماری‌های مزمن در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط به طور ثابت در حال افزایش است. پیش‌بینی و درک اهمیت بیماری‌های مزمن رو به تزاید و مقابله با آن حیاتی می‌باشد (۱۶).

بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های مزمن

گزارش مربوط به ارزیابی چشم‌انداز خطرات جهانی بازار اقتصاد دنیا در سال ۲۰۰۹ نشان داد که بیماری‌های غیر واگیر و مزمن یکی از مهم‌ترین تهدیدهایی است که اقتصاد جهانی با آن مواجه می‌باشد.

در سال ۲۰۰۵، بیماری‌های قلبی، سکته و دیابت باعث از

مستقیم به طور سنتی، هزینه‌های غیر مستقیم یا تولید از دست رفته ناشی از بیماری را نیز می‌سنجد. این موضوع به این صورت است که زمان از دست رفته به دلیل مرگ زودرس یا بیماری (بیش‌تر روزهای از دست رفته بنا به اظهار خود فرد که بیش‌تر از روزهای ازدست رفته‌ی واقعی است) ضرب در یک میزان دستمزد تلقی می‌گردد و گاه بیکاری را نیز به شمار می‌آورد، جمع این مبالغ هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم و سپس GDP از دست رفته فرض می‌شوند (۱۶).

به طور قطع هزینه‌های مستقیم بهداشتی و خدمات و تجهیزات غیر پزشکی مورد مصرف در درمان بیماری‌های مزمن، هنگامت می‌باشد. به دلیل تفاوت‌های موجود در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و عرضه‌ی خدمات، سیستم‌های مالی کشورها و نوسانات متدولوژیکی، برآوردها در هر کشور و در هر سال و برای همان سال در هر کشور متفاوت خواهد بود (۷).

علاوه بر هزینه‌های اقتصادی، هزینه‌های انسانی بیماری‌های مزمن غیر قابل انکار است. این بیماری‌ها مسؤول ۷ مورد مرگ و میر از هر ۱۰ مورد مرگ می‌باشند. دیابت، سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی از جمله علل منجر به ناتوانی و مرگ و میر در ایالات متحده هستند. ۲۵ درصد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دارای درجاتی از محدودیت‌های حرکتی می‌باشند. ناتوانی و علائم طولانی مدت همراه با بیماری‌های مزمن موجب ازدیاد ناراحتی و درد مبتلایان می‌گردد. این عوامل همگی باعث کاهش کیفیت کلی زندگی می‌شوند (۱۰).

در ایران نیز هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم دیابت و عوارض آن در مقایسه با سایر بیماری‌ها بسیار زیاد است. به طوری که در سال ۱۳۷۵ هزینه‌های جاری مراقبت و ناتوانی فقط در بیماری دیابت سالانه متجاوز از ۷۰۰ میلیارد ریال (معادل ۲۳۳ میلیون دلار) بر اساس قیمت هر دلار ۳۰۰۰ ریال بوده است و حدود ۱۰۰۰۰۰ مرگ به علت دیابت در سال ۱۳۸۱ به وقوع پیوسته است (۲۰).

تجزیه و تحلیل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی که اخیراً در منطقه‌ی غرب اقیانوس آرام و در سازمان جهانی بهداشت به عمل آمد، نشانگر آن است که ۱۶ درصد مخارج بیمارستانی

بر اساس مطالعات به عمل آمده در هندوستان، چنان چه در یک خانواده‌ی کم درآمد هندی، یک فرد بزرگسال مبتلا به دیابت زندگی کند، معادل ۲۵ درصد از کل درآمد خانواده به مراقبت دیابت اختصاص می‌یابد. در یک خانواده‌ی آمریکایی که یک کودک مبتلا به دیابت دارند، ۱۰ درصد درآمد خانواده به کنترل دیابت اختصاص می‌یابد (۷).

بیماری‌های مزمن همچنین از راه‌های مستقیم و غیر مستقیم بر اقتصاد ملی برخی کشورها تأثیر می‌گذارند. این بیماری‌ها تعداد و بهره‌وری نیروی کار را کاهش می‌دهد. ممکن است در جوامع کشاورزی الگوی کشت تغییر کند و زمان فعالیت‌های مهم مثل کاشت یا برداشت به تأخیر افتد.

مخارج پزشکی، پس‌اندازها و سرمایه‌گذاری‌ها (مثل سرمایه‌گذاری برای تحصیل کودکان) را می‌بلعند. تمامی این عوامل توان کسب درآمد افراد و خانوارها را کاهش و اقتصاد ملی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بنابراین جزئی مهم از پیامدهای اجتماعی- اقتصادی بیماری‌های مزمن، تأثیر بر اندوخته‌ها در سطح خانوار و درآمد ملی یا تولید ناخالص داخلی در سطح ملی است.

به ۳ روش می‌توان هزینه‌های بیماری‌های مزمن را در سطح ملی برآورد نمود؛ ۱. محاسبه‌ی هزینه بیماری الگوهای رشد اقتصادی که تأثیر بیماری‌های مزمن بر درآمد ملی را از طریق متغیرهایی نظیر تأمین و ذخیره‌ی نیروی کار برآورد می‌کند. ۳. 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 محاسبه‌ی هزینه را به کار گرفته‌اند. مطالعات بسیار اندکی هم از الگوهای رشد اقتصادی و روش درآمد کامل استفاده کرده‌اند. برآوردهای تمام این روش‌ها در میزان کامل بودن متفاوت هستند و در دامنه‌ای وسیع تفسیر می‌شوند. برآوردهایی که با شیوه‌ی رویکرد رشد اقتصادی محاسبه می‌شوند، کم‌ترین برآورد را ارائه می‌دهند.

رویکرد درآمد کامل بیش‌ترین برآورد را دارد، درحالی که برآورد هزینه‌های بیماری بین این دو قرار می‌گیرد. مطالعات هزینه‌ی بیماری علاوه بر سنجش هزینه‌های

مربوط به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن آن هم فقط در دیابت بوده است.

این بخش پیدای هزینه‌هاست، هزینه‌ها فقط مخارج مالی نیستند. هزینه‌های نامحسوس هم چون درد، اضطراب، ناراحتی، سر درد و به طور عمده کاهش کیفیت زندگی است که به طور کلی در زندگی مبتلایان و خانواده‌ی آن‌ها تأثیرگذار بوده و غیر قابل محاسبه است. هزینه‌های غیر مستقیم ناشی از دیابت در ایالات متحده ۵۴ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۷ بوده، درحالی که هزینه‌های مستقیم بیماری در همان سال ۴۴ میلیارد دلار بوده است. مجموع برآورد هزینه‌های غیر مستقیم دیابت در ۲۵ کشور آمریکای لاتین بیانگر آن است که این مخارج ۵ برابر هزینه‌های مستقیم مراقبت‌های بهداشتی دیابت است (۷).

در هر حال هزینه‌های متعددی برای مدیریت و درمان بیماری‌های مزمن صرف می‌شود. نسبت زیادی از این هزینه‌ها قابل اجتناب بوده و می‌توان از ائتلاف آن‌ها جلوگیری نمود. شواهد حاکی از آن می‌باشد که کاهش ملایم در شیوع عوامل خطر مشخص بیماری‌های مزمن می‌تواند منجر به کسب فواید بهداشتی اساسی و حفظ سرمایه گردد.

یک مطالعه در کانادا نشان داد که ۱۰ درصد کاهش در شیوع عدم تحرک فیزیکی می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های مستقیم بهداشتی به میزان ۱۵۰ میلیون دلار کانادا (نزدیک به ۱۲۴ میلیون دلار آمریکا) در طی یک سال شود (۱).

واضح است که بیماری‌های مزمن و عوامل خطر آن‌ها می‌توانند هزینه‌های بارزی را بر نظام‌های بهداشتی در کشورهایی که مردم دسترسی مناسبی به مراقبت‌ها ندارند، اعمال کنند. کلیه‌ی شواهد موجود حاکی از بار اقتصادی عمیق بیماری‌های مزمن بر کشورها می‌باشد. اقدامات و فعالیت‌های پیشگیرانه به صورت فوری باید انجام شود تا از تأثیر نامناسب آن‌ها بر توسعه‌ی اقتصاد ملی جلوگیری شود (۷).

وضعیت کشور ایران

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در ایران، بیماری‌های مزمن علت ۷۰ درصد از مرگ و میرها را به خود

اختصاص می‌دهد (۲۱).

در ایران نیز بیش‌ترین بار بیماری‌ها به بیماری‌های غیر واگیر اختصاص دارد. این بیماری‌ها از مجموع علل بار کلی محاسبه شده برای هر دو جنس، ۴۵ درصد بار بیماری‌ها را مردان و ۳۳ درصد آن را زنان تشکیل می‌دهند. چاقی و اضافه وزن، هیپرتانسیون شریانی، عدم تحرک فیزیکی کافی، هیپرکلسترولمی و اعتیاد از جمله پنج عامل خطر اولیه می‌باشند که بیش‌ترین سهم بار بیماری را به خود اختصاص داده‌اند [۶۸ درصد از بار مربوط به عوامل خطر، ۱۱ درصد از بار کلی بیماری به همراه ۱/۶ میلیون سال سازگار شده با ناتوانی (DALYs)] (۲۰).

در کشور ما بر اساس دسته‌بندی انجام شده در سال ۸۴، گروه بیماری‌های غیر واگیر شامل عناوین زیر است: ۱. بیماری‌های قلب و عروق و متابولیک ۲. تالاسمی، ژنتیک و سرطان ۳. سوانح و حوادث خانگی ۴. آسم، آلرژی و بیماری‌های استخوانی و مفصلی ۵. بهداشت روانی و اعتیاد ۶. بیماری‌های چشمی (۲۲).

مطالعات اخیر نشان می‌دهد که حداقل ۳ میلیون دیابتی در کشور ایران زندگی می‌کنند که متأسفانه حدود نیمی از آن‌ها از بیماری خود بی‌اطلاع هستند. این بیماری نهمین علت مرگ در زنان و شانزدهمین علت مرگ در مردان است (۱۴).

با مسن شدن تدریجی جمعیت کشورمان، روی آوردن مردم به زندگی صنعتی و ماشینی و تغییر شیوه‌ی زندگی آن‌ها، مشکلات ناشی از دیابت و عوارض آن کاملاً مشهود خواهد شد. در ایران بیماری‌های قلبی-عروقی رتبه‌ی اول را از نظر مرگ و میر به خود اختصاص داده است و ۵۰ درصد از مرگ و میرهای سالیانه مربوط به این بیماری می‌باشد (۲۳).

همچنین در حال حاضر سرطان یکی از مسایل مهم و اصلی بهداشت و درمان در کشور ما و تمام دنیا می‌باشد؛ به طوری که در کشور ما سومین علت شایع مرگ و میر است و در هر سال در ایران بیش از ۷۰۰۰۰ مورد جدید سرطان اتفاق می‌افتد، به گونه‌ای که میزان بروز آن به طور تقریبی ۱۰۰ به ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد و از طرفی با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور انتظار

انجام شد و اراک به عنوان شهر شاهد در نظر گرفته شده است. سه برنامه‌ی دیگر برای پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر در استان‌های فارس، زنجان و یزد در سال ۱۳۸۱ آغاز شده است (۷).

پس از این دوره از اقدامات، نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر کشور ایران بر مبنای رویکرد مراقبت از عوامل خطر سازمان جهانی بهداشت بنیان گذاشته شد و پس از فاز مطالعاتی و پایلوت که از زمستان سال ۱۳۸۱ آغاز گردید، در عمل با الگویی مبتنی بر جمع‌آوری و تحلیل در سطح کشور در زمستان ۱۳۸۳ اجرایی گردید. اولین دور از بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر با هدف قرار دادن این عوامل از مورخ ۸۳/۱۰/۱ آغاز شد که در آن عوامل تغذیه‌ی ناسالم، تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات، اضافه وزن و چاقی، دیابت، فشار خون و کلسترول بالای خون و سابقه‌ی سوانح و حوادث مورد تمرکز قرار داشتند. در طراحی این نظام پیش‌بینی شده است که پایش عوامل خطر به صورت دوره‌ای تکرار گردد تا نتایج آن را در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های استانی مداخله دهند (۲۵). برنامه‌های پیشگیری دیگری نیز در زمینه‌های بهداشت روانی، بیماری‌های چشمی، تالاسمی، استئوپروز، کم کاری مادرزادی تیروئید در نوزادان، سوانح و حوادث، آسم، بیماری‌های ریوی، اعتیاد، عقب ماندگی ذهنی، مسمومیت‌ها، سرطان‌ها، خودکشی و سوختگی در دهه‌های اخیر طراحی و برخی به اجرا درآمده است (۷).

پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن و غیر واگیر

با توجه به اهمیت بیماری‌های غیر واگیر و تأثیر شدیدی که بر ناتوان کنندگی افراد و همچنین وضعیت اقتصاد کشورها دارد، مجمع جهانی بهداشت نیز برنامه‌ی سال ۲۰۰۷ را با عنوان «پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر: اجرای استراتژی جهانی» اعلام کرد.

این استراتژی یک برنامه‌ی عملیاتی کامل برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر نیز به همراه دارد. در این برنامه؛ حمایت‌های مورد نیاز در اجرای مؤثر و پایش

می‌رود موارد بروز سرطان در یک دهه‌ی آینده به شدت افزایش یابد. یک سوم از سرطان‌ها قابل پیشگیری بوده و یک سوم دیگر نیز در صورت تشخیص به موقع قابل معالجه می‌باشد (۱۴).

طبق آمار مندرج در سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳، ۱۰ علت اصلی مرگ در ایران، به ترتیب بیماری‌های قلبی- عروقی، حوادث غیر عمدی، سرطان‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفس، اختلالات حول تولد، بیماری‌های دستگاه گوارش، مجموع حوادث عمومی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، اختلالات غدد و متابولیک و ناهنجاری‌های مادرزادی بوده است.

نسبت بار بیماری‌ها برای ۱۰ علت اول که برای سال ۱۳۸۲ محاسبه شده است به ترتیب؛ حوادث عمدی و غیر عمدی، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری، بیماری‌های قلبی- عروقی، بیماری‌ها و اختلالات مربوط به دوره‌ی حول تولد، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک و سرطان‌ها بوده‌اند (۲۴).

اقدامات کشور ایران

در ایران برنامه‌ریزی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر از ابتدای دهه‌ی ۷۰ در مدیریت مبارزه با بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز گردید. اولین برنامه‌ی کشوری بیماری‌های غیر واگیر در سال ۱۳۷۵ با مطالعه‌ی مشترک وزارت بهداشت و سازمان جهانی بهداشت بنیان‌گذاری شد و توسط شبکه‌ی ملی پیشگیری و کنترل دیابت برنامه‌ریزی شد.

دومین برنامه، مطالعه‌ی قند و لیپید تهران است که از سال ۱۳۷۶ طراحی و بین سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ جهت شناسایی عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر در جمعیتی از شرق تهران اجرا گردید و مرحله‌ی مداخله جهت تغییر در شیوه‌ی زندگی از سال ۱۳۸۰ آغاز شده است.

سومین برنامه، پروژه‌ی قلب سالم اصفهان است که از سال ۱۳۷۹ به صورت مدون در دو شهر اصفهان و نجف آباد

و تصادفات در بسیاری از کشورها نیاز به یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه که با نظام سلامت ادغام یافته باشد، دارد.

- توجه به این که اجرای بیانیه‌ی سازمان جهانی بهداشت در مورد کنترل دخانیات یک ضرورت برای پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر است.

- توجه به این که تلاش‌های جهانی بیش‌تری برای افزایش تحرک فیزیکی و سبک زندگی سالم، کیفیت تغذیه و فرآورده‌های غذایی و نوشیدنی، روش خرید و فروش آن‌ها و همچنین افزایش کیفیت اطلاعات موجود برای مشتریان و خانواده‌ها - به خصوص کودکان، نوجوانان و گروه‌های آسیب‌پذیر - لازم است.

- شناخت این که کشورها فقط درصد کمی از بودجه‌ی خود را در زمینه‌ی بیماری‌های غیر واگیر و سلامت عمومی صرف می‌کنند و توجه به این که افزایش درصد کمی از این بودجه می‌تواند منافع بی‌شمار اقتصادی به بار آورد (۲۶).

تجربیات سایر کشورها

تجربیات سایر کشورها و اقدامات مؤثر آنان در این زمینه می‌تواند راه‌گشای جامعه و برنامه‌ریزان ما باشد.

در سنگاپور از سال ۲۰۰۰ وزارت بهداشت کشور چهارچوب چند جانبه‌ای برای کنترل بیماری‌های مزمن در این کشور تنظیم کرده است که هدف آن کاهش مرز بیماری‌های عمده‌ی منجر به مرگ و میر است. تأکید برنامه‌ی مورد اشاره بر تشکیل جامعه‌ی سالم از طریق برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سطح سلامت زندگی است. این رویکرد ابعاد زیر را دنبال می‌کند: آموزش بیمار و خانواده، ارتقای خود مدیریتی، تغییراتی در فرایند مراقبت‌های درمانی (مثل استفاده از پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بالینی، تعامل رایجی دهنده مراقبت‌ها و بیمار و تأکید بر ارتباطات مؤثر و شایسته)، بازخورد نتایج حاصل از بررسی بیمار و بهبود زیر ساختارهای تکنولوژی اطلاعات.

در سوئد و در سال ۲۰۰۳ پارلمان بیانیه‌ای را در دولت به تصویب رسانید و سیاست‌های کلی این کشور در رابطه با سلامت به شرح زیر اعلام شد. هدف کلی سیاست‌گذاری ایجاد

مداوم، برنامه‌های ملی مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر و مدیریت بیماران در معرض خطر عنوان شده است. استراتژی سازمان جهانی بهداشت یک استراتژی چند جانبه است.

رئوس مواردی که سازمان جهانی بهداشت بر آن تأکید نموده است شامل: افزایش آگاهی عمومی در مورد بیماری‌های غیر واگیر در حوزه، تقویت و تحکیم سیاست‌های ملی در جهت برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، ارتقای شاخص‌ها و انجام مداخلات ویژه برای کاهش ریسک فاکتورهای بیماری‌های غیر واگیر، انجام پژوهش‌های کاربردی در زمینه‌ی کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، بهبود همکاری و مشارکت در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، برقراری سیستمی جهت پیگیری و ارزیابی پیشرفت‌های انجام شده در زمینه‌ی کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیر واگیر می‌باشد (۲۶).

سازمان جهانی بهداشت همچنین در بیانیه‌ی الحاقی سال ۲۰۰۷ در مقدمه‌ای برای ارایه‌ی اهداف و استراتژی‌های عمومی کشورها در زمینه‌ی کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر به موارد زیر اشاره می‌کند:

- ارتباط بین بیماری‌های غیر واگیر با توسعه، محیط زیست، امنیت اجتماعی و تأثیر آن بر نابرابری‌های اجتماعی.
- تأثیرات چند بخشی حاصل از کمبود آگاهی در مورد اقدام مناسب برای تغییر وضعیت بیماری‌های غیر واگیر.
- اهمیت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و این که در برنامه‌ی ده ساله‌ی منتهی به ۲۰۱۵ سالانه باید ۲ درصد این مرگ‌ها کاهش یابد.
- افزایش شواهدی در زمینه - اثر بخش بودن مداخلات ساده و کم هزینه برای کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیر واگیر.
- اهمیت انگیزه، آموزش و حمایت افراد و خانواده‌ها برای انتخاب سبک زندگی سالم.
- نقش مهمی که دولت‌ها در ایجاد خط مشی‌های عمومی و محیط زیست سالم دارند.

- تأکید بر اهمیت کنترل ریسک فاکتورهای مهم بیماری‌های غیر واگیر به روش هدفمند، گام به گام و جامع.

- توجه به این که بار ۳ گانه‌ی بیماری‌های غیر واگیر، عفونی

موقعیت‌های اجتماعی است که زندگی سالم را برای همه‌ی افراد تضمین کند. این برنامه اهدافی هم چون؛ مشارکت و تأثیرگذاری بر جامعه، امنیت اقتصادی و اجتماعی، دوران کودکی و نوجوانی سالم و ایمن، زندگی شغلی سالم، محیط زیست و محصولات غذایی سالم و ایمن، حفاظت مؤثر در برابر بیماری‌های غیر واگیر، روابط جنسی ایمن و بهداشت باروری، افزایش تحرک فیزیکی، عادات غذایی و تغذیه‌ی صحیح، کاهش مصرف تنباکو، الکل و داروهای قاچاق را دنبال می‌کند. در کشور کانادا از سال ۲۰۰۲ برنامه‌ی ملی زندگی سالم شروع شده است. استراتژی‌های این برنامه، بهبود بازده سلامت و کاهش شکاف سلامت است. تأکید اولیه‌ی این برنامه بر تغذیه‌ی سالم، تحرک فیزیکی و ارتباط آن با وزن مناسب است. این برنامه راهبردهای زیر را دنبال می‌کند؛ ۱. رهبری و توسعه‌ی خط مشی‌ها ۲. توسعه و انتقال دانش ۳. توسعه‌ی جامعه و زیر ساختارها ۴. اطلاعات عمومی جامعه (۲۷).

همچنین در اجرای پروژه‌ی ملی کارلیای شمالی در فنلاند برای کنترل بیماری‌های غیر واگیر از راه‌اندازی واحدهای مراقبت سلامت و مشارکت، سازمان‌های مردم نهاد، مدارس، رسانه‌های جمعی، صنایع غذایی، نهادهای قانون‌گذاری و... سخن گفته شده است (۲۸).

راه کارهای پیشنهادی مطالعه

بیماری‌های مزمن در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط به طور ثابت در حال افزایش است. پیش‌بینی و درک اهمیت بیماری‌های مزمن رو به تزاید و مقابله با آن حیاتی است. برای این امر لازم است رهبران ملی و جامعه‌ی بین‌المللی رویکرد جدیدی در پیش گیرند. در قدم اول لازم است جدیدترین و دقیق‌ترین اطلاعات در اختیار خط مقدم نیروهای بهداشتی متخصص و عموم مردم قرار گیرد (۱۶).

تغییرات کلی در شیوه‌ی زندگی؛ از آن جایی که همه‌گیری مهم بیماری‌های غیر واگیر ناشی از سبک زندگی ناسالم بوده که اغلب در طی دوره‌های تحول اقتصادی افزایش می‌یابد، لذا دستیابی به کاهش معنی‌دار در میزان وقوع بیماری‌های غیر واگیر باید با این استراتژی صورت گیرد.

برنامه‌های دقیق مبتنی بر جامعه؛ بخش مهمی از استراتژی حل این معضل جهانی می‌باشد. شکاف بزرگ موجود بین اطلاعات و آگاهی‌های رایج درباره‌ی آن چه که ضروری است تا انجام شود و وضعیت روزمره‌ی اکثر مردم در کشورهای در حال توسعه ناشی از موانع مختلف فرهنگی، سیاسی، روان‌شناختی، اقتصادی و غیره بوده است که از وقوع تغییرات سالم و درست ممانعت می‌نماید. بنابراین هدف برنامه‌های مبتنی بر جامعه، ساختن پلی ارتباطی جهت کمک به افراد و جوامع به منظور غلبه بر این موانع می‌باشد.

فعالیت منظم مراکز /رایه دهنده؛ مداخلات انجام شده در مراکز بهداشتی به اندازه‌ی تبلیغات رسانه‌ای ممکن است مشهود نباشد، اما مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طولانی مدت می‌تواند یکی از مؤثرترین ابزارهای مداخلاتی باشد.

لزوم همکاری‌های بین‌بخشی، فرابخشی و بین‌المللی؛ با مشاهده‌ی بار جهانی ناشی از بیماری‌های غیر واگیر و اثر پدیده‌ی جهانی شدن بر روی سبک رایج زندگی و سلامت مردم، لزوم همکاری‌های بین‌المللی در این زمینه بیش از پیش احساس می‌گردد (۲۹).

توجه کردن به نقش جامع ارتقای سلامت در همه‌ی اجزای سیستم سلامت به ویژه بیمارستان‌ها؛ در همین رابطه یکی از مهم‌ترین اقدامات بنیادی در حوزه‌ی سلامت نیاز به اصلاح ساختاری در سیستم سلامت کشور و به ویژه نظام ارایه‌ی خدمات سلامت است. بیمارستان به عنوان یکی از نهادهای مهم در نظام سلامت باید نقش جدیدی را برای این معضل ایفا کند.

دراین راستا سازمان جهانی بهداشت در مدل ارایه شده برای بیمارستان‌هایی که باید نقش مدیریت و درمان بیماری‌های مزمن را بر عهده بگیرند، استراتژی‌هایی تحت عنوان استراتژی مبتنی بر بیمار (Patient oriented strategy) ارایه داده است (۳۰).

جلب مشارکت سایر نهادها و تقویت مشارکت بین‌بخشی؛ لازم است سایر بخش‌ها از نقش مهم خود به ویژه در مورد بیماری‌های چند عاملی غیر واگیر آگاه شوند و اهمیت همکاری آنان در برنامه‌ی مراقبت روشن شود.

شیوه‌ای جامع و ادغام یافته متمرکز گردد. مداخله در سطح خانواده و جامعه برای پیشگیری ضروری است، زیرا عوامل خطر علیتی این بیماری‌ها به طور عمیق در زمینه‌ی فرهنگی و اجتماعی جوامع رسوخ نموده است (۲۶).

بر این اساس توانمندسازی بیمار و خانواده و جامعه یک ضرورت اجتناب ناپذیر است. چنانچه پیش‌تر نیز اشاره شد، نقش جدیدی که سازمان جهانی بهداشت نیز در مدل بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت تعریف نموده، مؤید این مطلب است (۳۰).

همچنین شناسایی عوامل خطر اساسی این بیماری‌ها باید به عنوان بالاترین اولویت در استراتژی جهانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر لحاظ گردد. برای برنامه‌ریزی و ارزیابی فعالیت‌های پیشگیرانه، تداوم مراقبت در سطح عوامل خطر یا ریسک فاکتورهای بیماری از اهمیت اساسی برخوردار می‌باشد. این موضوع در کلیه‌ی استراتژی‌های تدوینی سازمان جهانی بهداشت و همچنین برنامه‌های مراقبتی کشورها نیز به چشم می‌خورد (۳۱، ۲۷، ۲۶).

انجام اقدامات فوق و شناسایی ریسک‌ها در حقیقت نیازهای جامعه را تعریف می‌نماید که متعاقب آن اقدامات مبتنی بر نیاز جامعه خود نمایی می‌کنند و نکته‌ی مؤکد این که، مداخلات مبتنی بر جامعه مستلزم مشارکت جامعه، تصمیمات سیاسی حمایتی، اقدامات بین‌بخشی، قانون‌گذاری‌های مقتضی، اصلاحات در زمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و همکاری با سازمان‌های غیر دولتی، صنایع و بخش خصوصی می‌باشد. تصمیم‌های اتخاذ شده در خارج سیستم بهداشتی اغلب دارای تأثیر اساسی بر روی عناصر مؤثر بر عوامل خطر این بیماری‌ها است (۳۳).

در همین رابطه Kristensen تأکید دارد که در تصمیم‌سازی‌ها، مشارکت سه عنصر اصلی مهم می‌باشد؛ مداخلات فردی (میکرو اکونومیک)، مداخلات مبتنی بر جامعه و مداخلات ماکرو اکونومیک. از طرفی اگر این اقدامات کنترلی و پیشگیرانه از پشتوانه‌ی مالی کافی برخوردار نباشند، موفقیتی حاصل نخواهد شد (۳۴).

درگیر نمودن نهادهای مختلف چون مدارس، رسانه‌های جمعی، نهادهای دینی و نهادهای غیر دولتی؛ توجه به توانمندسازی جامعه از مسیر آموزش و آگاه‌سازی؛ خودتکایی و خودمراقبتی از مفاهیم مهم در امر مراقبت و درمان بیماری‌های مزمن و کاهش هزینه‌های فردی و ملی است (۲).

بحث

افزایش سریع بیماری‌های غیر واگیر بیانگر یکی از چالش‌های بهداشتی اساسی در زمینه‌ی توسعه جهانی در قرن حاضر است. این چالش روبه رشد، تهدیدی برای توسعه‌ی اجتماعی- اقتصادی و زندگی و سلامت میلیون‌ها نفر از مردم می‌باشد. بر اساس شرایط حاضر، تا سال ۲۰۲۰ برآورد شده است که این بیماری‌ها مسؤول ۷۳ درصد مرگ و میرها و ۶۰ درصد بار بیماری‌ها می‌باشند و با توجه به سالمندی جمعیت جهان، انتظار رشد چشمگیر مرگ و میر متناسب به بیماری‌های غیر واگیر در ۲۵ سال آینده می‌رود، یعنی پیش‌بینی تعداد ۱۱/۸ میلیون مرگ ناشی از سرطان و ۲۳/۴ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی در سال ۲۰۳۰. به این ترتیب سه چهارم کل مرگ‌های جهان در سال ۲۰۳۰ مربوط به بیماری‌های غیر واگیر خواهد بود (۳۱).

همان‌طور که گفته شد، کشورهای با درآمد متوسط و کم بیش‌ترین آسیب را از بیماری‌های غیر واگیر خواهند دید و فقرا در این مهلکه آسیب پذیرتر هستند. از دلایل عمده‌ی این آسیب پذیری در متون مختلف دسترسی ناکافی و محدود به مراقبت‌های بهداشتی ذکر شده است.

چنانچه نظری به الگوهای دسترسی و برابری در نظام سلامت نیز داشته باشیم، فراهم نمودن خدمات بهداشتی اولیه از مهم‌ترین راه‌کارهای مقابله با بیماری‌ها و معضلات سلامتی است. در الگوی ممیزی عدالت ایران نیز اولین محور مورد توافق، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده است (۳۲). علاوه بر فراهم شدن خدمات و مراقبت‌ها، اقدام درجهت پیشگیری از این بیماری‌ها، باید کنترل این عوامل خطر به

References

1. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective, European Observatory on Health Systems and Policies series. New York: Open University Press; 2008.
2. Javadi M, Asgari H, Yaghoobbi M, Tavazohi H. Self-assessment of the non-communicable disease surveillance system in Medical University of Isfahan based on the model suggested by the World Health Organization. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2010; 8(3): 47-60. [In Persian].
3. The health and financial costs of chronic diseases [Online]. 2007; Available from: URL: www.healthystates.csg.org/.../ChronicTrendsAlert120063050306.pdf
4. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: health and economic burdens. Ann N Y Acad Sci 2008; 1136: 70-9.
5. O'Grady M, Capretta JC. Health-care Cost Projections for Diabetes and Other Chronic Diseases: The Current Context and Potential Enhancements. Washington, DC: Partnership to Fight Chronic Disease; 2009.
6. Cost of Non-Communicable Diseases [Online]. 2011; Available from: URL: www.ifpma.org/fileadmin/.../2_PFCDCost-of-NCDs_8.5x11.pdf
7. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
8. Azizi F. Preventing NCDs :Improving lifestyle an inevitable Necessity. Journal of Research in Medical Sciences 2003; 27(4): 261-3. [In Persian].
9. Ebrahim SH. Chronic diseases and calls to action. International Journal of epidemiology 2008; 37: 225-30.
10. Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. Milbank Q 1992; 70(1): 81-125.
11. Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar F, Lozano R, et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. Lancet 2007; 370(9604): 2054-62.
12. Thrall JH. Prevalence and costs of chronic disease in a health care system structured for treatment of acute illness. Radiology 2005; 235(1): 9-12.
13. Bloomfield GS, Huffman MD. Global chronic disease research training for fellows: perspectives, challenges, and opportunities. Circulation 2010; 121(11): 1365-70.
14. Medical University of Shiraz. Shiraz City health center department of combat non-communicable diseases [Online]. 2011; Available From: URL: <http://shc.sums.ac.ir/index.htm/>
15. Freudenberg N, Olden K. Getting serious about the prevention of chronic diseases. Prev Chronic Dis 2011; 8(4): A90.
16. World Health Organization. Chronic Diseases Prevention: A Vital Investment. Trans. Alikhani S, Hojat Zadeh A, Ramazani R, Alimadadi M, Bejani S. Tehran: Seda Publication; 2009.
17. DeVol R, Bedroussian A, Charuworn A, Chatterjee A, Kim IK, Kim S, et al. An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease -- Charting a New Course to Save Lives and Increase Productivity and Economic Growth [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.milkeninstitute.org/publications/publications.taf?function=detail&ID=38801018&cat/>
18. Pour Reza A. Health economics in developing countries. Tehran: Higher Education Research Institute management planning; 2005. [In Persian].
19. Alem AM, Naghiee M. A review to cardio vascular diseases: original mortality factors. Health school of baghyatallah university of medica sciences. Journal of Educational Development Office 2008; 10(37):1-9.
20. Asgari F, Aghajani H, Haghazali M, Heidarian H. Non-Communicable Diseases Risk Factors Surveillance in Iran. Iranian Journal of Public Health 2009; 38(Suppl 1): 119-22. [In Persian].
21. World Health Organization. The impact of chronic disease in the Islamic Republic of Iran [Online]. 2006; Available from: URL: www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/.../impact/iran.pdf. 2012.
22. Gooya M, Moradi GH, Zahraee SM, Amjadi MJ. Surveillance and Management of Control Diseases Programs in Health Care Centers, Kordestan. Sanandaj: Department of Health, Kurdistan University of Medical Sciences Publications; 2005. [In Persian].
23. Hatmi ZN, Tahvildari S, Gafarzadeh Motlag A, Sabouri Kashani A. Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: a population based survey. BMC Cardiovascular Disorders 2007; 7: 32.
24. Azizi F. Anticipating burden of diseases and mortality in Iran and world. Journal of Research in Medical Sciences 2008; 32(4): 359-260. [In Persian].

25. Rafati M, Ghotbi M, Ahmadnia H, Hag Azali M. Principles Of Diseases Prevent And Surveillance: noncommunicable Diseases Surveillance System. Tehran: Sepid Barg Publication; 2008. [In Persian].
26. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy [Online]. 2009 [cited 2009 Nov 26]; Available from: URL: www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_12-en.pdf/
27. Hong kong Department of Health. Global Perspective on Non-communicable Disease Prevention and Control [Online]. 2010; Available from: URL: www.dh.gov.hk/english/pub_rec/pub_rec_ar/pdf/.../chap_3.pdf/
28. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25-year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002; 4(1): 5-7.
29. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull World Health Organ* 2001; 79(10): 963-70.
30. Javadi M, Maroofi M, Yaghoobi M. Hospital's new role in chronic disease management: WHO, strategies and the patient self-management. *Proceedings of the 1st National Conference On Community Oriented Care In Chronic Disease*; 2011 Dec 23-25; Isfahan, Iran; 2011. [In Persian].
31. Mathers C, Fat DM, World Health Organization, Boerma JT. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: World Health Organization; 2008.
32. Karimi S, Moghadam SA. Designing a health equity audit model for Iran in 2010. *J Res Med Sci* 2011; 16(4): 541-52.
33. World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases [Online]. 2009; Available from: URL: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html/>
34. Kristensen PL. Non-communicable diseases in developing countries. A time to act. A look at the need for improved focus and interventions on non-communicable diseases in developing countries [Online]. 2009; Available from: URL: http://www.ulandslaere.au.dk/Opgavestof/SampleStudentPapers/PaperCollection/PiaLindemannKristensen_NoncommunicableDiseasesInDevelopingCountries.pdf. 2012.

Economic Burden and Costs of Chronic Diseases in Iran and the World

Saeid Karimi, PhD¹; Marzieh Javadi²; Fatemeh Jafarzadeh³

Abstract

Introduction: Non-communicable diseases (NCDs) annually kill over 35 million people worldwide. They are responsible for nearly two-thirds of the world's deaths. Global health is facing a dramatic change. For the first time in human history, more than 80% of NCD-related deaths are in low- and middle-income countries. Countries throughout the world are expected to lose significant amounts of national income as a result of chronic diseases. The World Health Organization (WHO) announced that NCDs are expected to threaten the lives of 25 million people across the Middle East by 2015. The increased incidence of chronic diseases and epidemiological transition phenomenon in Iran would impose the country with the economic burden of chronic disease. This study aimed to review health and economic burden caused by this global problem.

Methods: This study evaluated challenges and strategies to combat NCDs through reviewing available literature in digital and printed libraries from various scientific journals and reputable websites including Center for disease Control and prevention (CDC) and the WHO.

Results: NCDs kill over 35 million people each year and thus threaten the development of countries. NCDs affect the poor and vulnerable population and make them even poorer. NCDs can be controlled through preventing their risk factors and benefiting from experiences of other countries.

Keywords: Cost of Disease; Chronic Diseases; Cost.

Type of article: Review Article

Received: 10 Jan, 2012

Accepted: 14 Feb, 2012

Citation: Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. **Economic Burden and Costs of Chronic Diseases in Iran and the World.** Health Information Management 2012; 8(7): 996.

1. Associate Professor, Health Service Management, Health Management and Economic Researches Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. PhD Student, Student Research Committee, Health Service Management, Health Management and Economic Researches Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: m_javadi@mng.mui.ac.ir

3. PhD Student, Student Research Committee, Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.