



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

# گزارش بررسی فعالیت‌های سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در زمینه سلامت



زمستان ۱۳۹۷

دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت



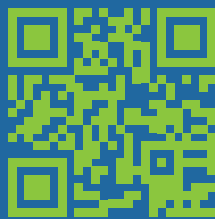
<http://nihr.tums.ac.ir>

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

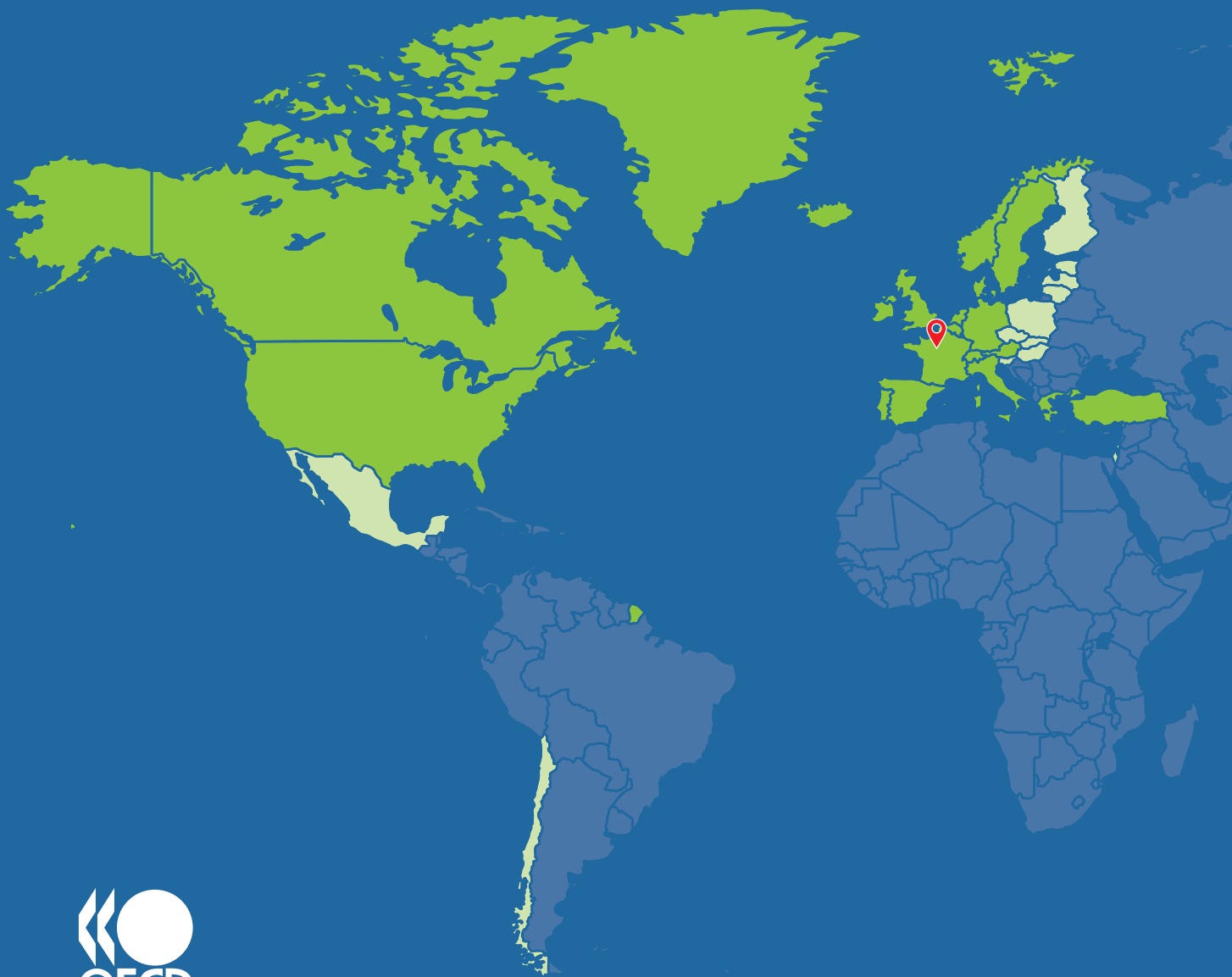


از این کتاب تنها ۳۰ نسخه چاپ شده است و نسخه الکترونیک آن بر روی وبسایت  
مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در دسترس است.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



 <http://www.oecd.org>



**The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)** is an intergovernmental economic organisation with 36 member countries, founded in 1961 to stimulate economic progress and world trade. It is a forum of countries describing themselves as committed to democracy and the market economy, providing a platform to compare policy experiences, seeking answers to common problems, identify good practices and coordinate domestic and international policies of its members. Most OECD members are high-income economies with a very high Human Development Index (HDI) and are regarded as developed countries. As of 2017, the OECD member states collectively comprised 62.2% of global nominal GDP (US\$49.6 trillion) and 42.8% of global GDP (Int\$54.2 trillion) at purchasing power parity. OECD is an official United Nations observer.

In 1948, the OECD originated as the Organisation for European Economic Co-operation (OEEC), led by Robert Marjolin of France, to help administer the Marshall Plan (which was rejected by the Soviet Union and its satellite states). This would be achieved by allocating United States financial aid and implementing economic programs for the reconstruction of Europe after World War II. (Similar reconstruction aid was sent to the war-torn Republic of China and post-war Korea, but not under the name "Marshall Plan".)

In 1961, the OEEC was reformed into the Organisation for Economic Co-operation and Development by the Convention on the Organisation for Economic Co-operation and Development and membership was extended to non-European states. The OECD's headquarters are at the Château de la Muette in Paris, France. The OECD is funded by contributions from member states at varying rates and had a total budget of €374 million in 2017.

## فهرست محتوی

۱	مقدمه
۱	تاریخچه
۱	اهداف سازمان
۱	کشورهای عضو
۲	روابط جهانی
۳	فعالیت‌ها
۴	ساختار کمیته سلامت
۵	اقدامات OECD در زمینه سلامت
۵	اقدامات به سوی نظام سلامت مردم محور
۶	سالمندی و نیاز به ارائه مراقبت بلندمدت
۹	بهبود دسترسی به خدمات باکیفیت بالا
۱۰	مقاومت ضد میکروبی
۱۲	نابرابری‌های سلامت
۱۴	هزینه‌های سلامت
۱۶	ارزش پول
۱۸	تأمین مالی پایدار در نظام سلامت
۱۸	راه‌حلهائی برای پایداری بیشتر هزینه‌های سلامت
۱۸	گفتمان‌هایی مؤثر برای پایداری مالی در میان دولت‌ها
۲۰	سیاست‌های نیروی کار سلامت
۲۱	کمیسون عالی سازمان ملل متحد در زمینه اشتغال سلامت و رشد اقتصادی
۲۲	سلامت روان
۲۲	نشست جهانی سلامت روان - ۹ و ۱۰ اکتبر ۲۰۱۸
۲۴	پیمایش شاخص‌های گزارش شده توسط بیمار - پاریس
۲۵	داروسازی و فناوری‌های جدید
۲۷	سلامت عمومی
۳۰	کیفیت ارائه خدمت
۳۳	آمارهای سلامت در OECD
۳۴	پوشش همگانی سلامت
۳۴	ساخت نظام‌های سلامت مردم محورتر
۳۶	داشبورد شاخص‌های اندازه‌گیری انسجام سیاسی و سازمانی برای مهاجرت و توسعه

## فهرست شکل‌ها

- شکل ۲: چارت سازمانی OECD برای سلامت
- شکل ۳: هزینه‌های عمومی مراقبت بلندمدت (سلامت و مؤلفه‌های اجتماعی) در سال ۲۰۱۴ (درصد از GDP)
- شکل ۴: تعداد افراد دارای زوال عقل در اروپا بر اساس سن در سال‌های ۱۹۹۷، ۲۰۱۷ و ۲۰۳۷
- شکل ۵: نسبت برآورد شده از استفاده نامناسب آنتی‌بیوتیک‌ها به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمات در سال ۲۰۱۷
- شکل ۶: نیازهای برآورد نشده مراقبت به علت هزینه، براساس سطح درآمد در سال ۲۰۱۳
- شکل ۷: رشد هزینه‌های سلامت
- شکل ۸: نرخ بستری بیماران دیابتی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۳ (استاندارد شده بر اساس سن و جنس)
- شکل ۹: هزینه‌های سلامت با طرح‌های دولت و بیمه سلامت اجباری به‌عنوان سهمی از کل هزینه‌های دولت در سال ۲۰۱۵ (یا آخرین داده موجود)
- شکل ۱۰: نرخ رشد اشتغال نیروی کار سلامت و نیروی کار اجتماعی نسبت به اشتغال کل (۲۰۰۰ و ۲۰۱۵)
- شکل ۱۱: نسبت پزشک در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۷ (یا آخرین داده موجود)
- شکل ۱۲: بیمارانی که معتقدند پزشکانشان در تصمیم‌گیری در مورد درمانشان، آن‌ها را مشارکت می‌دهند (استاندارد شده بر اساس سن و جنس).
- شکل ۱۳: سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال به لیتر در کشورهای عضو OECD در سال ۲۰۱۷ (یا آخرین داده موجود)
- شکل ۱۴: درصد بیمارانی که پزشک تاریخچه بیماری آن‌ها را نداشت در کشورهای عضو OECD در سال ۲۰۱۷
- شکل ۱۵: چارچوب OECD برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت
- شکل ۱۶: پراکندگی میزان مرگ‌ومیر ناشی از انفارکتوس حاد بیماران بستری در بیمارستان در بین کشورهای عضو OECD در سال ۲۰۱۷
- شکل ۱۷: مراحل جمع‌آوری داده‌ها برای داشبورد OECD
- شکل ۱۸: نمای کلی داشبورد OECD

## فهرست جدول‌ها

- جدول ۱: انتشارات کلیدی در حوزه مراقبت بلندمدت
- جدول ۲: انتشارات کلیدی در حوزه مقاومت ضد میکروبی
- جدول ۳: انتشارات کلیدی در حوزه نابرابری سلامت
- جدول ۴: انتشارات مرتبط با هزینه‌های سلامت
- جدول ۵: انتشارات مرتبط با تأمین مالی پایدار در نظام سلامت
- جدول ۶: انتشارات مرتبط با نیروی کار سلامت
- جدول ۷: انتشارات مرتبط با سلامت روان
- جدول ۸: انتشارات مربوط به داروسازی و فناوری‌های جدید
- جدول ۹: انتشارات مرتبط با سلامت عمومی
- جدول ۱۰: انتشارات مرتبط با کیفیت ارائه خدمت
- جدول ۱۲: انتشارات مرتبط با پوشش همگانی سلامت
- جدول ۱۳: شاخص‌های گزارش شده در داشبورد OECD در حوزه سلامت
- جدول ۱۴: فهرست انتشارات OECD در حوزه سلامت



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی تهران



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران  
دیرخاژ دیرهانی سلامت

## درباره محتوی

هدف از تدوین این مجلد، ارائه گزارشی از فعالیتهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در زمینه سلامت است. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در زمینههای مختلفی فعالیت می کند و در این مجلد به بیان اقدامات آن در زمینه سلامت، گزارش های سلامتی و سپس داشبورد اطلاعاتی سلامت پرداخته شده است.

برای استفاده از مطالب این کتاب لطفاً از آدرس استنادی زیر استفاده شود.

● گزارش بررسی فعالیتهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در زمینه سلامت با رویکرد پایش وضعیت سلامت در جمهوری اسلامی ایران. گزارش جامع. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. زمستان ۱۳۹۷

- Report on the evaluation of the activities of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Areas with the Approach to Report on Health Status in the Islamic Republic of Iran. Comprehensive report. National Institute of Health Research of the Islamic Republic of Iran. 2019 (winter)



OECD



## مقدمه

سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD)، یک سازمان اقتصادی بین‌المللی است که با داشتن ۳۶ کشور عضو، از سال ۱۹۶۱ برای پیشبرد تجارت جهانی و پیشرفت اقتصادی ایجاد شد. این سازمان دیده‌بان رسمی سازمان ملل متحد است و مقر آن در پاریس است. کشورهای عضو OECD متعهد به دموکراسی و اقتصاد بازار آزاد هستند. در بستر این سازمان تجربیات سیاسی، پاسخ به مشکلات و شناسایی فعالیت‌های برتر به اشتراک گذاشته می‌شود و سازمان، سیاست‌های داخلی و بین‌المللی را در میان اعضای خود هماهنگ می‌کند. بیشتر اعضای OECD درآمد اقتصادی بالا و همچنین شاخص توسعه انسانی<sup>۱</sup> بالایی دارند و به‌عنوان کشورهای توسعه‌یافته شناخته می‌شوند. در سال ۲۰۱۷، کشورهای عضو OECD مجموعاً ۶۲/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی اسمی جهان و ۴۲/۸ درصد تولید ناخالص داخلی جهانی را با محاسبه قدرت خرید برابر دارا بودند. تأمین مالی OECD با مشارکت کشورهای عضو و به مقادیر متفاوت انجام می‌شود و بودجه کلی آن در سال ۲۰۱۷ مبلغ ۳۷۴ میلیون دلار بوده است.

## تاریخچه

در سال ۱۹۴۸ سازمانی تحت عنوان سازمان همکاری اقتصادی اروپا<sup>۲</sup> با رهبری رابرت مارژولین<sup>۳</sup> از فرانسه برای کمک به مدیریت طرح مارشال پدید آمد. در سال ۱۹۶۰ تعداد ۱۸ کشور اروپایی به‌همراه ایالات متحده آمریکا و کانادا برای ایجاد سازمانی برای توسعه اقتصادی به یکدیگر پیوستند. این امر با کمک‌های مالی ایالات متحده و ایجاد برنامه‌های اقتصادی برای بازسازی اروپا بعد از جنگ جهانی دوم صورت گرفت. در سال ۱۹۶۱، OEEC به سازمان همکاری و توسعه اقتصادی تغییر شکل یافت و عضویت آن به کشورهای غیراروپایی نیز گسترش یافت و کشورهای غیر اروپایی نیز به عضویت آن درآمدند.

## اهداف سازمان

در ابتدای شکل‌گیری، هدف‌های سازمان که با اصطلاحات کلی بیان شده‌اند، عبارت بودند از:

- هماهنگی سیاست‌های اقتصادی به‌منظور تحقق بخشیدن به توسعه اقتصادی؛
- اشتغال کامل و ارتقاء سطح زندگی در کشورهای عضو به همراه ثبات اقتصاد داخلی و خارجی؛
- کمک به توسعه اقتصاد کشورهای عضو جهت دستیابی به رشد پایدار اقتصادی و اشتغال و بالا رفتن سطح استانداردهای زندگی؛
- حفظ ثبات مالی و برقراری آزادی تجارت در مورد کالاها و خدمات و سرمایه بین اتباع خود؛
- کمک به کشورهای در حال رشد؛
- انجام اقدامات اختصاصی درباره آموزش، علوم و تکنولوژی، نیروی کار، کشاورزی و غیره.

## کشورهای عضو

**OECD دارای ۳۶ کشور عضو است:** استرالیا، اتریش، بلژیک، کانادا، شیلی، جمهوری چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، اسرائیل، ایتالیا، ژاپن، کره، لیتوانی، لتونی، لوکزامبورگ، مکزیک، هلند، نیوزیلند، نروژ، لهستان، پرتغال، جمهوری اسلواکی، اسلوانی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، ترکیه، انگلستان و ایالات متحده. به تدریج تمرکز سازمان بر دیگر کشورهای غیر عضو نیز گسترش یافته است و این همکاری همچنان با تعداد زیادی از آن‌ها ادامه دارد.

1. Human Development Index (HDI)  
2. European Economic Co-operation (OEEC)  
3. Robert Marjolin

## روابط جهانی

دبیرخانه روابط جهانی<sup>۱</sup> استراتژی‌هایی را برای روابط با این کشورها فراهم کرده و بر آن نظارت می‌کند. Regional initiatives اروپا، قفقاز و آسیای مرکزی، آسیا، امریکای لاتین و منطقه منا را پوشش می‌دهد. ساحل و غرب آفریقا ارتباط بین اعضای OECD را تسهیل می‌کند. این سازمان همچنین فعالیت‌های مشترکی با اتحادیه اروپا تحت نام برنامه SIGMA<sup>۲</sup> دارد. همچنین OECD روابط چندگانه با دیگر سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان بین‌المللی کار، سازمان غذا و کشاورزی، صندوق بین‌المللی پول، بانک جهانی، آژانس بین‌المللی انرژی اتمی و بسیاری از کشورهای سازمان ملل متحد دارد. علاوه بر این، OECD شریک فعال G20 است.

در شکل یک مهم‌ترین عواملی که همکاری در OECD را شکل می‌دهند، ارائه شده است که شامل سه بخش است:

### الف- شورا:

شامل یک نماینده از هر کشور و نماینده اتحادیه اروپا است. تصمیم‌گیری‌ها در این شورا انجام می‌شود.

### ب- کمیته‌ها:

نمایندگان ۳۶ کشور عضو OECD در کمیته‌های تخصصی مانند اقتصاد، تجارت، علم، اشتغال، آموزش و پرورش و بازارهای مالی گرد هم می‌آیند. حدود ۲۵۰ کمیته، گروه‌های کاری و گروه‌های متخصص وجود دارد.

### ج- دبیرخانه:

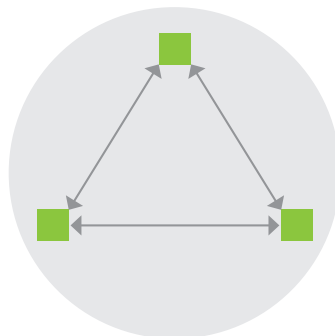
سرپرست دبیرخانه Angel Gurría است که دستیارانی از دبیرخانه عمومی دارد. دبیرخانه پاریس در حال حاضر از ۲۵۰۰ کارمند تشکیل شده که فعالیت‌های کمیته‌ها را پشتیبانی می‌کنند و اقدامات لازم را در پاسخ به اولویت‌های تعیین شده در شورای OECD انجام می‌دهند.

## Who Drives the OECD's Work?

### Council

#### Oversight and strategic direction

Representatives of member countries and of the European Commission; chaired by Secretary-General; decisions taken by consensus.



### Committees

#### Discussion and implementation

Representatives of member countries and of the countries with Observer status work with the OECD Secretariat specific issues.

### Secretariat

#### Analysis and proposals

- Secretary-General
- Deputy Secretaries-General
- Directorates

### شکل ۱: عوامل شکل دهنده همکاری در OECD

در شکل بالا مهم‌ترین اجزای تشکیل دهنده OECD ارائه شده است.

1. The Global Relations Secretariat (GRS)
2. Support for Improvement in Governance and Management

## فعالیت‌ها

سازمان همکاری و توسعه اقتصادی به‌عنوان یکی از تأثیرگذارترین نهادهای اقتصادی جهان، مجمعی برای کشورهای عضو به‌منظور بحث، بررسی، ایجاد و پالایش سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی آن‌ها را فراهم آورده است. این سازمان با ارزیابی تجارب مشترک اعضا و جستجوی راه‌حل برای مشکلات مشترک از طریق هماهنگ کردن سیاست‌های داخلی و بین‌المللی به آن‌ها کمک می‌کند. توصیه‌های این سازمان به اعضا در شکل توافق‌نامه‌های لازم‌الاجرای حقوقی همچون توافق‌نامه‌های مربوط به مبارزه با رشوه و قانون جریان آزاد سرمایه یا از طریق سازوکارهای غیراجباری صورت می‌گیرد. هدف بنیادی این سازمان ترویج سیاست‌هایی برای رشد اقتصادی و اشتغال پایدار و ارتقای استانداردهای زندگی است که می‌تواند وضعیت اجتماعی و اقتصادی مردم سراسر جهان را بهبود بخشد. منظور از رشد اقتصادی پایدار، رشدی است که ملاحظات اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی را متعادل نگاه می‌دارد. این سازمان روندها، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل‌ها و پیش‌بینی‌های پیشرفت‌های اقتصادی را پایش می‌کند و الگوهای تحولات را در سطح وسیعی از حیطه‌های سیاست عمومی شامل کشاورزی، توسعه همکاری، آموزش، اشتغال، محیط‌زیست، مالیات و تجارت، علم، فناوری و صنعت، جستجو می‌کند. خانواده سازمانی OECD همچنین شامل آژانس بین‌المللی انرژی، آژانس انرژی هسته‌ای، انجمن بین‌المللی حمل‌ونقل، مرکز توسعه و باشگاه ساحل است.

برخی از فعالیت‌های سازمان توسعه و همکاری اقتصادی در حوزه مسائل زیر است:

- کشاورزی و ماهیگیری؛
- رشوه‌خواری و فساد؛
- ایمنی مواد شیمیایی و ایمنی زیستی؛
- رقابت؛
- حاکمیت شرکتی؛
- توسعه؛
- اقتصاد؛
- آموزش؛
- استخدام؛
- محیط‌زیست؛
- امور مالی و سرمایه‌گذاری؛
- رشد سبز و توسعه پایدار؛
- سلامت؛
- صنعت و کارآفرینی؛
- نوآوری؛
- بیمه و حقوق بازنشستگی؛
- اینترنت؛
- سرمایه‌گذاری؛
- مهاجرت؛
- حکومت عمومی؛
- توسعه منطقه‌ای، روستایی و شهری؛
- اصلاح مقررات؛
- علم و تکنولوژی؛
- مسائل اجتماعی و رفاهی؛
- مالیات؛
- تجارت.



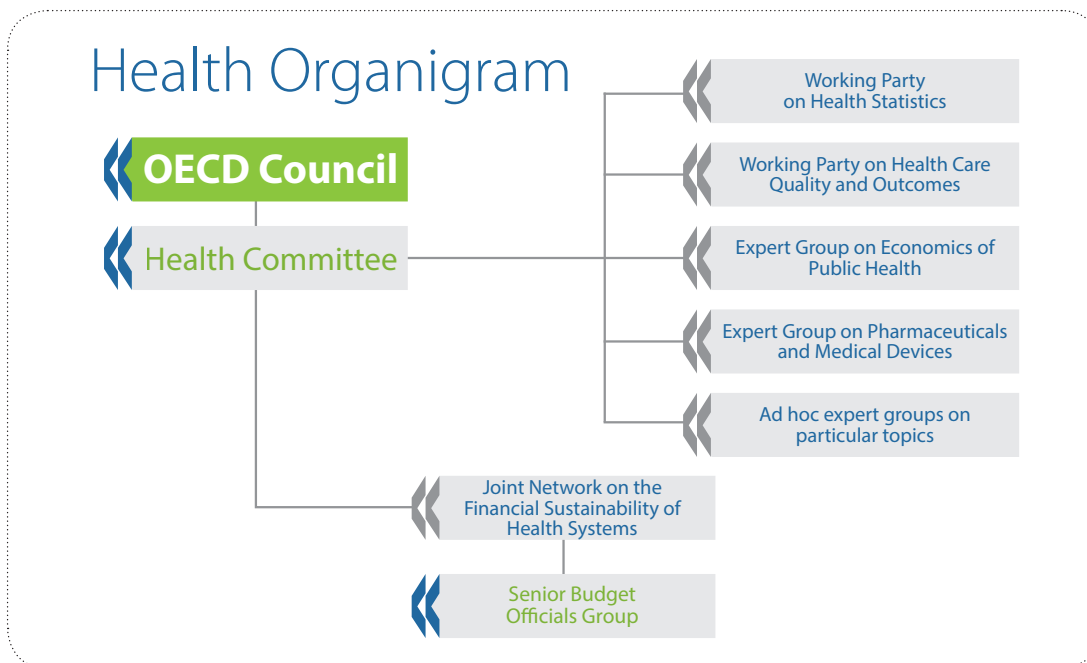
## ساختار کمیته سلامت

کمیته سلامت، وظیفه اجرای فعالیت‌های سازمان همکاری اقتصادی و توسعه را در زمینه سلامت دارد. کمیته، شامل نمایندگان کشورها است، دو بار در سال نشست دارند و تقریباً هر ۵ سال یک جلسه در سطح وزرای بهداشت برگزار می‌کند. این سازمان در سال‌های ۲۰۰۴، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۷ جلسات وزرای بهداشت را برگزار کرد. کمیته مستقیماً به شورای OECD گزارش می‌دهد.

**حیطه‌های اصلی فعالیت‌های کمیته عبارت‌اند از:** بهبود داده‌های مقایسه‌ای در مورد سیاست‌ها و پیامدهای سلامت، نتایج گزارش شده توسط بیمار، افزایش کیفیت مراقبت، دستیابی به ارزش بهتر پول از هزینه‌های سلامتی، اقتصاد پیشگیری و سلامت عمومی، سالمندی و مراقبت بلندمدت، پایداری مالی مراقبت‌های سلامت، مسائل مربوط به نیروی کار سلامت، نابرابری‌های سلامت و سلامت جهانی.

برای کمک به کمیته، تعدادی از گروه‌های کاری ایجاد شده‌اند که به صورت ثابت (برای پوشش فعالیت‌های مربوط به آمارهای سلامت، کیفیت و پیامدهای درمان، سلامت عمومی و داروسازی و تجهیزات پزشکی و سلامت جهانی) و اقتضایی<sup>۱</sup> (برای پرداختن به پروژه‌های با زمان محدود) فعالیت می‌کنند. کمیته سلامت همچنین در نوآوری‌های کشورهای OECD در جهت کمک به رشد همه‌جانبه و رویکردهای جدید در چالش‌های اقتصادی مشارکت می‌کند. همچنین با دیگر سازمان‌ها و کمیته‌های OECD، از جمله گروه عالی‌رتبه بودجه، کمیته اشتغال، کار و امور اجتماعی، کمیته سیاست اقتصادی، کمیته آمار و سیاست آماری، کمیته کشاورزی، کمیته سیاست اقتصادی دیجیتال، کمیته علم و سیاست تکنولوژی، کمیته سیاست دیجیتال، کمیته سیاست اقتصادی، کمیته بازرگانی اقتصادی و توسعه و مرکز توسعه همکاری می‌کند. این کمیته همچنین با شرکای اجتماعی خود، کمیته مشورتی تجاری و صنعتی (BIAC)، کمیته مشورتی اتحادیه صنفی (TUAC) و نیز سایر ذینفعان مرتبط با سیستم سلامت مشورت می‌کند.

فعالیت‌های OECD در حیطه سلامت با همکاری بین سازمان‌های ملی و بین‌المللی به‌ویژه سازمان جهانی بهداشت و سازمان‌های منطقه‌ای آن، اتحادیه اروپا، یورواستات، بانک جهانی، شورای اروپا، سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی، صورت می‌گیرد. مؤسسات تحقیقاتی و دانشگاه‌ها نیز از جمله شرکای مهم هستند.



شکل ۲: چارت سازمانی OECD برای سلامت

در بخش‌های بعدی به بررسی فعالیت‌های OECD در حوزه سلامت پرداخته می‌شود.

1. Ad hoc

## اقدامات OECD در زمینه سلامت

در بخش OECD، اکثر کارهای مربوط به سلامت توسط واحد سلامت اداره اشتغال، کار و امور اجتماعی انجام می‌شود که مأموریت آن مشاوره دادن به سیاستگذاران و اطلاع دادن به ذینفعان عمومی و خصوصی و شهروندان در مورد چگونگی پاسخگویی به تقاضا برای مراقبت‌های سلامتی باکیفیت است و این موضوع با توجه به بودجه عمومی محدود بسیار مهم است. این واحد آمار قابل اعتماد از عملکرد نظام سلامتی را ارائه می‌دهد و به کشورها کمک می‌کند تا سیاست‌های خود را با نظام‌های سلامتی که عملکرد بهتری دارند، مقایسه کنند. با اندازه‌گیری پیامدهای سلامتی و استفاده از منابع سلامت و همچنین تجزیه و تحلیل سیاست‌هایی که دسترسی، کارایی و کیفیت مراقبت را بهبود می‌بخشد به کشورها کمک می‌کند که به نظام سلامتی با عملکرد خیلی خوب دست یابند. ورای مسائل سلامتی، این اداره، فعالیت‌های سازمان را در خصوص اشتغال، سیاست‌های اجتماعی و مهاجرت بین‌المللی نیز هدایت می‌کند.

### اقدامات به‌سوی نظام سلامت مردم محور

سلامت برای رفاه افراد و توسعه پایدار امری ضروری است. بخش سلامت همچنین محوری کلیدی برای ایجاد فرصت‌های شغلی و نوآوری را فراهم می‌کند. به‌طور میانگین ۱۰ درصد GDP کشورهای عضو OECD صرف مخارج سلامت می‌شود. درمان‌های جدید و مراقبت‌های بهتر باعث شده است که مردم بیشتر عمر کنند؛ نه لزوماً سالم‌تر زندگی کنند و نظام‌های سلامت در تلاش برای ارائه مراقبت باکیفیت برای جمعیت سالمند هستند. تا زمانی که استانداردهای زندگی در حال بالا رفتن است، مردم نیز تمایل دارند که دسترسی بهتری به مراقبت مطمئن و باکیفیت داشته باشند که نیازهایشان را برآورده کند. هم‌زمان با این امر پدید آمدن تکنولوژی‌های جدید باعث شده که هزینه‌ها افزایش پیدا کند.

در پاسخ به این مسائل، وزرای بهداشت کشورهای عضو OECD در نشست در ژانویه ۲۰۱۷ از OECD خواستند تا در تغییر جهت دادن نظام‌های سلامت به سمت مردم محور بودن اقداماتی را طرح‌ریزی کنند. تغییر تمرکز مراقبت از ارائه‌دهندگان به‌سوی نیازهای افراد، پیامدهای مهمی برای نحوه ساخت نظام‌های سلامت و نحوه عملکرد آن‌ها در آینده خواهد داشت. به این دلیل OECD شاخص‌هایی را برای ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت بر پایه نیاز افراد و نه آنچه در توان ارائه‌دهندگان است، طرح‌ریزی کرد. پیمایش شاخص‌های گزارش شده توسط بیمار در (پاریس) به سیاستگذاران کمک خواهد کرد تا بدانند که چگونه نظام‌های سلامت بهترین نیاز مردم را برآورده می‌کنند.

این سازمان ابزارهایی را برای ارزیابی تأثیر سیاست‌ها برای جلوگیری از بیماری‌های قلبی پیشنهاد می‌کند و به دولت‌ها در کم کردن اتلاف منابع در نظام سلامت کمک می‌کند. تغییر جهت دادن نظام‌های سلامت به مراقبت‌های اولیه و جامعه‌محور و جهت دادن هزینه‌ها به سمت درمان باکیفیت و ارزان‌تر، برای بیماران مفید خواهد بود.

همچنین OECD در برنامه‌های سلامت بین‌المللی مثل برنامه‌های G7 و G20 کمک می‌کند. این سازمان راهنمایی‌هایی را در زمینه مهارت‌های نیروی کار در حوزه سلامت، مقابله با مقاومت ضد میکروبی و حمایت از کشورها برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت ارائه می‌دهد و به سیاستگذاران کمک می‌کند تا راهکارهایی را برای حل چالش‌های مهمی که پیش‌رو دارند، بیابند. این سازمان با انتشار مقیاس‌های قوی از عملکرد مقایسه‌ای نظام سلامت، شناسایی و به اشتراک‌گذاری شیوه‌های خوب در کشورهای عضو و پاسخ دادن به تقاضاهای خاص هر کشور برای تجزیه و تحلیل‌های ویژه و توصیه‌هایی برای مشکلات خاص سیاستی، به کشورها کمک می‌کند سیاست‌های زندگی بهتر و سالم را در مسائلی مانند موارد زیر اجرا کنند:

- توسعه چارچوب سیاستی مراقبت بیمار محور؛
- توسعه نسلی جدید از شاخص‌های سلامت - ابتکار عمل PARIS؛
- تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت و پیشگیری از بیماری؛
- بهبود کیفیت مراقبت‌ها؛
- جلوگیری از هدر رفت منابع و پیشرفت با استفاده از منابع محدود؛
- بهره‌برداری از فناوری‌های جدید و حصول اطمینان از ادغام مؤثر این فناوری‌ها در نظام‌های سلامت؛
- تطبیق مراقبت‌های سلامتی برای رسیدگی به نیازهای پیچیده سالمندان ناتوان؛
- بهبود مهارت‌های نیروی کار سلامت؛
- کمک به دستور کار سلامت جهانی.

### حیطه کاری OECD در سلامت

- سالمندی جمعیت و نیاز به ارائه مراقبت‌های بلندمدت؛
- مقاومت ضد میکروبی؛
- فناوری‌های نوظهور؛
- نابرابری در سلامت و رشد فراگیر؛
- هزینه‌های سلامت؛
- سیاست‌های نیروی کار سلامت؛
- سلامت روان؛
- PARIS: پیمایش شاخص‌های گزارش شده توسط بیمار؛
- داروسازی و فناوری‌های جدید؛
- سلامت عمومی (مثلاً چاقی و الکل)؛
- کیفیت ارائه خدمات؛
- پوشش همگانی سلامت.

### سالمندی و نیاز به ارائه مراقبت بلندمدت

با سالمند شدن جمعیت، افراد به مراقبت روزانه بیشتری شامل شستشو، لباس پوشیدن یا کمک گرفتن در کارهای خانه نیاز دارند. این نوع مراقبت به همراه بعضی مراقبت‌های دارویی، مراقبت بلندمدت نامیده می‌شود. نیاز به این مراقبت‌ها روزبه‌روز افزایش می‌یابد. OECD به کشورهای عضو در راستای ارائه مراقبت بلندمدت به شکلی مناسب و پایدار، مشاوره ارائه می‌دهد. واحد سلامت این سازمان، با برنامه کاری مداوم، از کشورها برای ارتقای نظام‌های مراقبت‌های بلندمدت حمایت می‌کند تا به نیازهای اکنون و آینده جمعیت خود پاسخ مناسبی دهند.

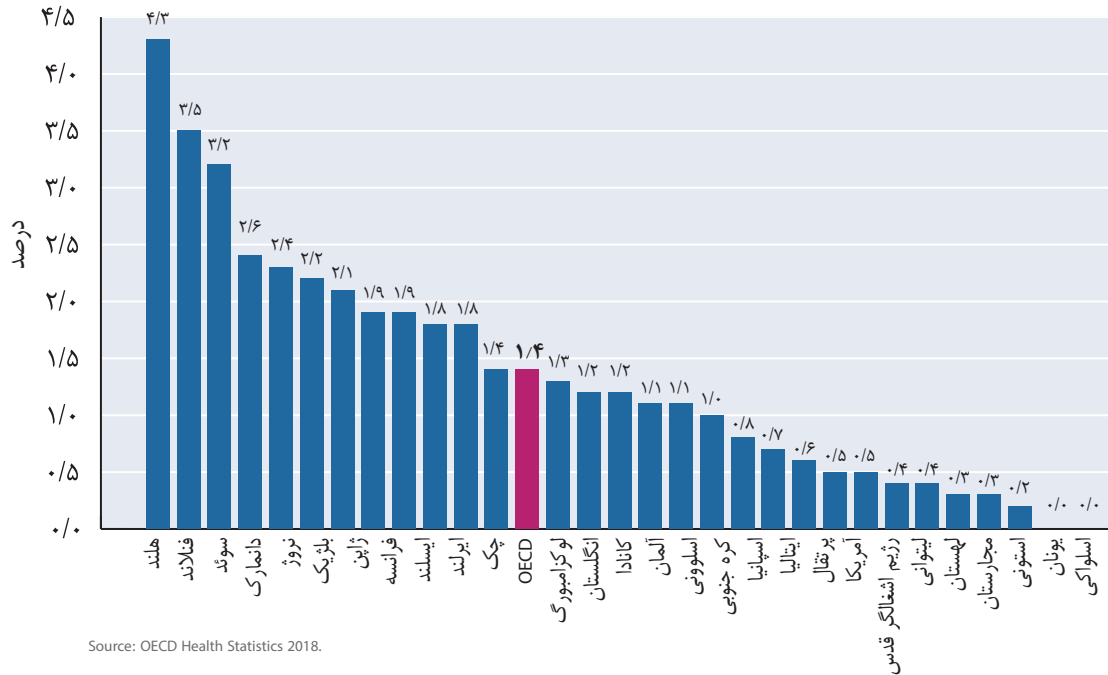
### مسائل کلیدی در مراقبت بلندمدت

با بالا رفتن امید زندگی در کشورهای OECD، جمعیت افراد مسن بالاتر می‌رود. در سال ۲۰۱۰ جمعیت افراد بالای ۸۰ سال، ۴ درصد بوده است که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ تا ۱۰ درصد افزایش یابد. افراد سالمند به مراقبت بلندمدت (LTC)<sup>۱</sup> بیشتری نیاز دارند. کیفیت زندگی افرادی که مراقبت بلندمدت نیاز دارند می‌تواند با دسترسی مناسب به خدمات باکیفیت و کمک رساندن به این افراد برای پرداخت هزینه‌های خدمات، بهبود یابد. این در حالی است که مقرون‌به‌صرفه بودن این خدمات برای افراد و دولت‌ها چالشی مهم است. این در حالی است که دسترسی و قدرت خرید این خدمات به‌طور چشمگیری در میان کشورهای عضو OECD متفاوت است. هزینه‌های عمومی مراقبت‌های بلندمدت از ۴ درصد GDP در هلند تا کمتر از ۰/۵ درصد در کشورهایی مثل اسرائیل و لتونی و لهستان متغیر است (شکل ۲).



1. Long Term Care(LTC)





Source: OECD Health Statistics 2018.

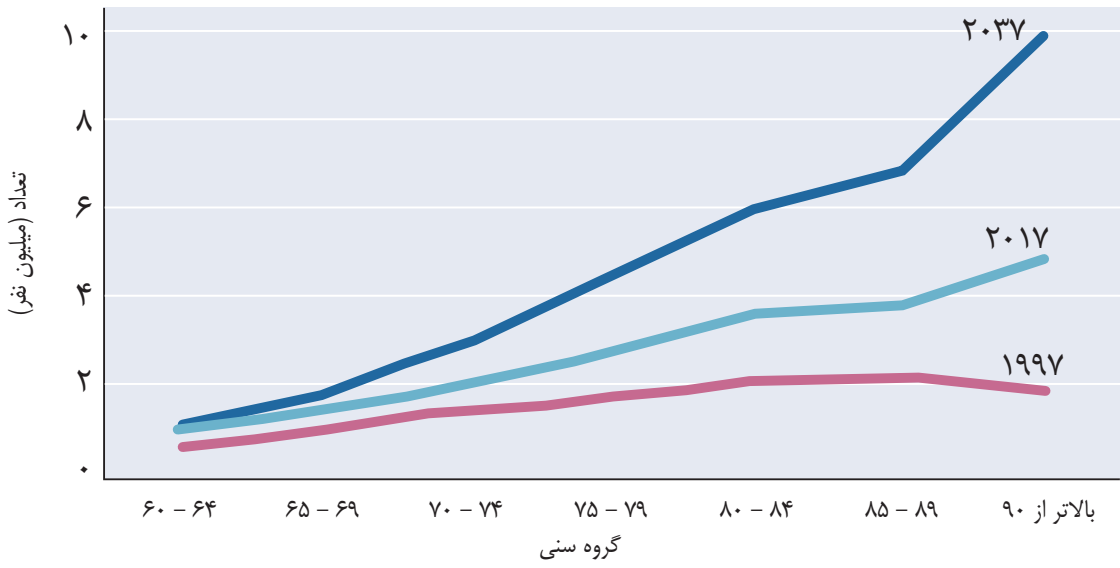
شکل ۳: هزینه‌های عمومی مراقبت بلندمدت (سلامت و مؤلفه‌های اجتماعی) در سال ۲۰۱۴ (درصد از GDP)

تفاوت این مقادیر بسیار بیشتر از آنچه برای مخارج سلامت مشاهده می‌شود، است. این موضوع بیانگر تفاوت زیاد در تعادل بین ارائه مراقبت به صورت رسمی و غیررسمی (توسط خانواده) و مشارکت در هزینه‌هایی است که مردم انتظار دارند از جیب پرداخت کنند. شناخت این تفاوت‌ها برای سیاست‌گذاری مراقبت‌های بلندمدت بسیار ضروری است تا مردم حمایتی که به آن نیاز دارند را دریافت کنند.

### بهبود زندگی افراد مبتلا به زوال عقل<sup>۱</sup>

دمانس یا زوال عقل به شدت با سن در ارتباط است و هرچقدر که جوامع بزرگ‌تر می‌شوند، شیوع آن افزایش می‌یابد. در تلاش‌های بین‌المللی جدید در این زمینه، OECD با شورای جهانی دمانس، G7 و دیگر انجمن‌های فعال در این زمینه همکاری می‌کند. با توجه به اینکه هنوز درمانی برای زوال عقل وجود ندارد، کاهش خطر افراد مبتلا به زوال عقل، بهبود زندگی افراد مبتلا و حمایت از تحقیقات پزشکی در این زمینه بسیار ضروری است. OECD با تأکید بر اولویت‌های سیاسی و عملکردهای موفق، چارچوبی برای بهبود سیاست‌های کنترل زوال عقل و مشخص نمودن شاخص‌هایی برای ارزیابی پیشرفت کار تدوین کرده است.

1. Dementia



Source: OECD analyses of data from the World Alzheimer Report 2015 and the United Nations: assumes constant age-specific prevalence

شکل ۴: تعداد افراد دارای زوال عقل در اروپا بر اساس سن در سال‌های ۱۹۹۷، ۲۰۱۷ و ۲۰۳۷

### به‌سوی مراقبت هماهنگ‌تر

افراد نیازمند مراقبت بلندمدت و بیماران مبتلا به زوال عقل، اغلب بیماری‌های متعددی دارند و نیاز به ترکیبی پیچیده از خدمات دارند. نظام‌های مراقبتی و سلامتی با تمرکز بر درک و برآورده کردن نیازهای هر فرد بایستی مراقبتی هماهنگ برای این افراد ارائه دهند. پیشرفت به‌سوی مراقبت هماهنگ بهتر، آهسته بوده است. اصلاح مکانیسم‌های مالی، حکومت‌داری و نظام‌های اطلاعاتی می‌تواند از جمله راه‌حل‌های مؤثر باشد.

### حمایت اجتماعی کافی برای مراقبت بلندمدت

نیازهای LTC پرهزینه و غیرقابل پیش‌بینی است. اکثر کشورها با ارائه حمایت اجتماعی به مردم به آن‌ها کمک می‌کنند تا توان استفاده از این خدمات و برطرف کردن نیازهای خود را بدون مواجهه با مشکلات مالی دارا باشند. با افزایش هزینه‌های LTC و افزایش محدودیت‌های بودجه‌ای بایستی این سیستم‌ها در جهت دارا بودن حمایت مؤثر و قیمت پایدار به‌خوبی طراحی شوند. OECD یک روش جدید برای مقایسه کمی حمایت اجتماعی برای مراقبت بلندمدت در بین کشورهای مختلف ایجاد کرده است.

OECD مقاله‌ای در خصوص "اندازه‌گیری حمایت اجتماعی برای مراقبت طولانی مدت" منتشر کرده است. این گزارش نخستین ارزیابی و مقایسه بین‌المللی در خصوص سطح حمایت اجتماعی برای مراقبت‌های بلند مدت است که در ۱۴ کشور OECD و کشورهای اتحادیه اروپا انجام شده است. این مطالعه با تمرکز بر پنج سناریو با در نظر گرفتن نیازها و خدمات متفاوت LTC، هزینه‌های مراقبت، سطح پوشش ارائه‌شده توسط نظام‌های حمایت اجتماعی، پرداخت از جیب مردم، و توان پرداخت این هزینه‌ها را محاسبه می‌کند. همه کشورهای مورد مطالعه نوعی از حمایت اجتماعی LTC را دارند، اما حتی اگر پوشش جامع باشد، مردم هزینه‌هایی را متحمل می‌شوند این مقاله عنوان می‌کند که رسیدگی به این موضوع باید یک اولویت برای اصلاحات آینده باشد.

[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care\\_a411500a-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en)

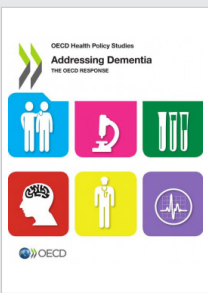


## بهبود دسترسی به خدمات باکیفیت بالا

کیفیت پایین مراقبت، زندگی افراد سالخورده را به خطر می‌اندازد. OECD به بررسی روندها و پیشرفت‌های موجود برای بهبود نظارت مؤثر و نظارت بر کیفیت مراقبت می‌پردازد. نظارت‌ها می‌تواند به‌وسیله ایجاد مشوق، معیارسنجی<sup>۱</sup> و نظارت خارجی باشد. به این ترتیب در مورد چگونگی توسعه شاخص‌های کیفیت ارتقای نظام‌های جمع‌آوری داده توصیه‌هایی را ارائه می‌کند.

### 1. Benchmarking

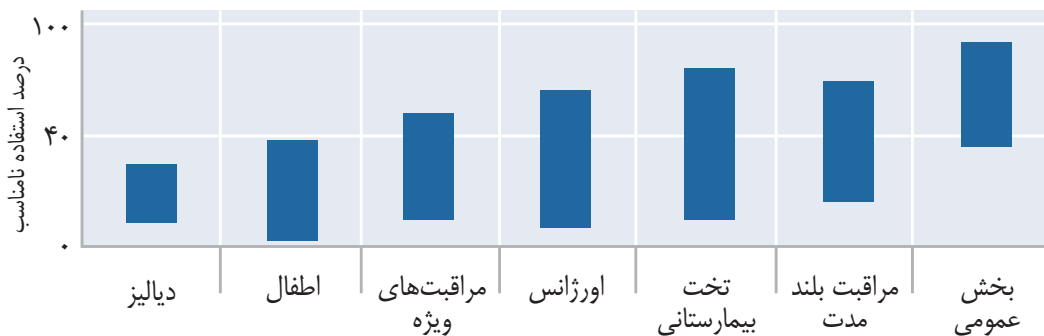
#### جدول ۱: انتشارات کلیدی در حوزه مراقبت بلندمدت

مراقبت بلندمدت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Measuring social protection for long-term care, OECD Health Working Paper No. 93</b>		
	۲۰۱۷	این گزارش نشان می‌دهد که در هنگام طراحی نظام‌های حمایت اجتماعی برای LTC، کشورها باید به‌صورت نظام یافته‌ای با سناریوهای مختلف به پوشش خدمات ارائه شده، نگاه کنند. هدف بسیاری از کشورها حمایت از افرادی است که به مراقبت بلندمدت در خانه خودشان نیاز دارند، اما نتایج ارائه شده در اینجا حاکی از آن است که بدلیل کاستی‌های موجود در حمایت اجتماعی، این انتخاب برای افراد با درآمد پایین قابل پرداخت نیست. رسیدگی به این شکاف باید اولویتی برای اصلاحات در آینده باشد.
<b>Addressing Dementia: the OECD Response</b>		
	۲۰۱۵	این کتاب، هزینه مالی و انسانی روبه‌رشد برای زوال عقل را بررسی می‌کند و گزینه‌های سیاستی را برای بهبود مراقبت، کنترل هزینه‌ها و تسهیل تحقیقات مورد بحث قرار می‌دهد.
<b>A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in LTC</b>		
	۲۰۱۳	این کتاب نشان می‌دهد که: کنترل‌های نظارتی بیرونی ساده‌ترین رویکرد تضمین کیفیت هستند، اما اجرای آن ممکن است به‌کندی صورت گیرد. تنظیم استانداردها براساس بهترین روش‌ها به‌طور گسترده‌ای انجام نمی‌شود. روش‌های مبتنی بر بازار و مراقبت هماهنگ گزینه‌ای جذاب برای ایجاد انگیزه در مصرف‌کنندگان، ارائه‌دهندگان و پرداخت‌کنندگان است و شواهد و نمونه‌هایی از تجارب مفید برای کمک به سیاستگذاران، ارائه‌دهندگان و متخصصین برای اندازه‌گیری و بهبود کیفیت خدمات LTC وجود دارد.
<b>Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care</b>		
	۲۰۱۱	این کتاب نشان می‌دهد که: نیاز روبه‌رشد به LTC تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر پیامدهای مالی و بازار کار دارد. توجه بیشتر به نیازهای مراقبین خانواده یک رویکرد برد - برد است. همه کشورهای OECD به یک سیستم ارائه خدمات رسمی LTC نیاز دارند. چالش‌های مربوط به کارکنان LTC قابل کنترل است. حرکت به سمت مزایای جهانی LTC، صرف‌نظر از مدل تأمین مالی مطلوب است و با افزایش فشار هزینه‌ای، ارزش بیشتر قائل شدن برای پول در LTC یک اولویت است.

## مقاومت ضد میکروبی<sup>۱</sup>

مقاومت ضد میکروبی تهدید سلامتی و اقتصادی رو به رشدی است که نیازمند اقدامات چندگانه است و مسئله‌ای پیچیده برای تمام دنیا است. این موضوع زمانی اتفاق می‌افتد که میکروارگانیسم‌ها به آنتی‌بیوتیک‌هایی که با آن مواجه شده‌اند، مقاوم می‌شوند. استفاده نادرست از آنتی‌بیوتیک‌ها در پزشکی، دامپزشکی و بخش کشاورزی که در پی تجویز نادرست آن‌ها، استفاده بیش‌ازحد در دام‌پروری و اقدامات بهداشتی ناکافی در بیمارستان به وجود می‌آید. تجارت جهانی و مسافرت‌ها همچنین می‌توانند روند انتشار آن را تسریع کنند. به‌طور هم‌زمان روند تولید آنتی‌بیوتیک‌های جدید عمدتاً به‌علت انگیزه ناکافی کاهش یافته که به میکروارگانیسم‌ها اجازه می‌دهد که از تولید داروهای جدید پیشی گیرند. پیشرفت مقاومت ضد میکروبی ممکن است با کاهش استفاده نامناسب از آنتی‌بیوتیک‌ها متوقف شود. این مسئله بار قابل توجهی بر دوش نظام سلامت و بودجه ملی متحمل می‌کند. هزینه‌های اجتماعی نیز به‌دلیل از بین رفتن تولید و درآمد به همان اندازه به وجود می‌آید. علاوه بر آن با عصر پسانتی‌بیوتیکی<sup>۲</sup> مواجه خواهیم بود که عفونت‌های معمولی می‌تواند کشنده شوند.

با توجه به این مسئله، OECD انجمنی برای بحث و ارائه شواهد برای کشورها فراهم کرده است که توصیه‌هایی برای اجرای سیاست‌هایی مؤثر و هزینه‌اثر بخش برای مقابله با این موضوع را ارائه کند، استفاده مؤثر آنتی‌بیوتیک‌ها را ترویج کند و اقدامات، تحقیق و توسعه برای آنتی‌بیوتیک‌ها را تشویق نماید. بررسی برنامه‌های اقدام ملی، بررسی کاستی‌های مالی، مشوق‌های نوآورانه و حمایت از ایجاد مرکز تحقیق و توسعه جهانی مراقبت ضد میکروبی از دیگر فعالیت‌های سازمان در این زمینه است.



شکل ۵: نسبت برآورد شده از استفاده نامناسب آنتی‌بیوتیک‌ها به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمات در سال ۲۰۱۷

## تکنولوژی‌های نوظهور

کارهای OECD در زمینه بیوتکنولوژی، نانوتکنولوژی و تکنولوژی‌های همگرا (BNCT)<sup>۳</sup> باهدف مشارکت در تجزیه تحلیل سیاست‌های اصلی و پیام‌هایی برای جامعه جهانی و برای ارائه پیشنهادهای پیشگامانه به سیاستگذاران ایجاد شده است. در این راستا در مورد مسائل سیاسی نوظهور مرتبط با BNCT توصیه ارائه می‌کند و کشورهای عضو را در شناخت و مدیریت طبیعت در حال تغییر تحقیق و توسعه و نوآوری، یاری می‌رساند.

1. Antimicrobial resistance (AMR)  
 2. Antimicrobial resistance (AMR)  
 3. Biotechnology, Nanotechnology and Converging Technologies (BNCT)

## جدول ۲: انتشارات کلیدی در حوزه مقاومت ضد میکروبی

مقاومت ضد میکروبی		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Antimicrobial resistance</b>		
	۲۰۱۶	<p>این گزارش با در نظر گرفتن اهمیت AMR، روند آن را در کشورهای OECD نشان می‌دهد و سیاست‌هایی که استفاده منطقی از آنتی‌بیوتیک‌ها را افزایش می‌دهد معرفی می‌کند. همچنین استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها در بخش کشاورزی را مطرح می‌کند. در نهایت نتیجه می‌گیرد که اقدامات قوی‌تر و انگیزه‌های اقتصادی برای حمایت از توسعه آنتی‌بیوتیک‌های جدید به شدت مورد نیاز است زیرا بار سلامتی و بار اقتصادی مقاومت آنتی‌باکتریال بسیار قابل توجه است و اگر اقدامات مناسب صورت نگیرد، قابلیت این را دارد که تبدیل به هزینه‌های کمرشکن شود.</p>
<b>Tackling Wasteful Spending on Health Chapter: Low-value health care with high stakes: Promoting the rational use of anti-microbials</b>		
	۲۰۱۷	<p>استفاده نامناسب از آنتی‌بیوتیک‌ها یکی از آسیب‌رسان‌ترین و بی‌فایده‌ترین روش‌های مراقبت بالینی است. دلیل آن این است که استفاده نامناسب از آنتی‌بیوتیک‌ها موجب ایجاد مقاومت ضد میکروبی (AMR) می‌شود. این فصل بر روی شواهد موجود برای ارائه مجموعه‌ای جامع از اقدامات سیاستی برای ترویج استفاده مؤثر از آنتی‌بیوتیک‌ها، استوار است. این فصل به پنج بخش تقسیم می‌شود. بخش اول روند مصرف را تجزیه و تحلیل می‌کند و سهم استفاده نامناسب از آنتی‌بیوتیک‌ها در کشورهای OECD را تخمین می‌زند که به‌وسیله ارزیابی وضعیت فعلی و آینده سلامت و بار اقتصادی ناشی از استفاده نامناسب از آنتی‌بیوتیک‌ها و AMR صورت می‌گیرد. بخش سوم، عوامل اصلی تعیین‌کننده‌های ضد میکروبی نامناسب را بیان می‌کند. بخش چهارم اثربخشی بالقوه اقدامات سیاسی را جهت ترویج استفاده مؤثر از آنتی‌بیوتیک‌ها ارزیابی می‌کند. تأکید ویژه بر فعالیت‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی، تغییرات سازمانی و استفاده گسترده‌تر از فناوری‌های جدید است. بخش نهایی مفاد کلیدی سیاستی این فصل را خلاصه می‌کند.</p>
<b>Stemming the Superbug Tide</b>		
	۲۰۱۸	<p>مقاومت ضد میکروبی (AMR) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات برنامه‌های بهداشت عمومی کشورهای OECD و فراتر از آن تبدیل شده است. در این گزارش، OECD از تکنیک‌های پیشرفته، از جمله یادگیری ماشینی، مدل‌سازی گروهی و یک مدل شبیه‌سازی، برای حمایت از اقدامات سیاستی در بخش سلامت استفاده می‌کند. نرخ‌های AMR بالا هستند و پیش‌بینی می‌شود که بیشتر رشد کنند به‌خصوص برای آنتی‌بیوتیک‌های خط دوم و سوم و اگر اقدامات مؤثری انجام نشود، پیش‌بینی می‌شود که بار اقتصادی و سلامتی زیادی در کشورهای OECD و اتحادیه اروپا ایجاد کند. این مشکل می‌تواند با اجرای طرح‌های مؤثر سلامت عمومی حل‌وفصل شود. این گزارش سیاست‌های موجود در کشورهای با درآمد بالا را بررسی می‌کند و مجموعه‌ای از بهترین اقدامات را برای مقابله با AMR شناسایی می‌کند که اگر در سطح ملی انجام شود، یک ابزار مقرون‌به‌صرفه را در مبارزه با AMR فراهم می‌کند.</p>

## نابرابری‌های سلامت

نابرابری‌های زیادی در وضعیت سلامت و امید زندگی موجود در گروه‌های جمعیتی و در میان کشورهای OECD وجود دارد. این نابرابری‌ها با عوامل زیادی نظیر تفاوت در مواجهه با عوامل خطر سلامتی و در دسترسی به مراقبت سلامت مرتبط است. بیشتر کشورهای OECD در راستای اهداف سیاسی اصلی، ملزم به کاهش نابرابری در وضعیت سلامتی و اصول دسترسی برابر به مراقبت سلامت مبتنی بر نیاز شدند. OECD به‌طور منظم دستیابی به این اهداف سیاسی و منافع بالقوه و هزینه‌های مداخلات سیاسی متنوع را که ممکن است به کاهش نابرابری سلامت کمک کند، را پایش می‌کند.

### سلامت و رشد فراگیر<sup>۱</sup>

سلامت خوب کلید رفاه مردم است و شانس حضور در بازار کار را افزایش می‌دهد. مردم با سلامت کم جسمی و روانی تمایل کمتری به کار کردن دارند و بیشتر افراد سالم تمایل به اشتغال دارند. از سوی دیگر افراد با تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتر از سلامتی بهتر و طول عمر بیشتری برخوردارند. تمرکز بیشتر بر سلامت عمومی و پیشگیری از بیماری هم‌زمان با دسترسی بهتر به خدمات سلامت می‌تواند وضعیت سلامت و امید زندگی گروه‌های محروم را بهبود بخشد و نرخ اشتغال و فعالیت اجتماعی آن‌ها را بالا برد.

### نابرابری در عوامل خطر سلامت

نابرابری در وضعیت سلامت می‌تواند به‌دلیل عوامل مختلفی باشد شامل تفاوت در وضعیت زندگی و کار و عوامل رفتاری. رفتار و سبک زندگی از جمله مهمترین عوامل خطر برای بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی، دیابت و سرطان است. افراد با سطح اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر بیشتر سیگار می‌کشند، چاق هستند و با دیگر عوامل خطر رفتاری مهم مواجه هستند. تلاش و توجه بیشتر به گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم‌تر ضروری است.

### نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از مراقبت سلامت

تقریباً تمام کشورهای OECD به پوشش همگانی سلامت دست‌یافته‌اند به‌جز چند کشور مثل مکزیک و آمریکا که هر دو قدم‌های مهمی برای گسترش پوشش سلامت و کاهش تعداد افراد بدون بیمه، در سال‌های اخیر برداشته‌اند. همچنان نابرابری در دسترسی در بین گروه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی وجود دارد. یافته‌های حاصل از فعالیت‌های OECD به اهمیت افزایش پوشش بیمه برای خدمات سلامت ضروری و توزیع جغرافیایی مناسب در مناطق مختلف هر کشور تأکید می‌کند.



1. Inclusive Growth

## جدول ۳: انتشارات کلیدی در حوزه نابرابری سلامت

نابرابری سلامت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Preventing Ageing Unequally</b>		
	۲۰۱۷	این گزارش به بررسی چگونگی رشد و ارتباط بین دو روند مهم رشد جمعیت و افزایش نابرابری در نسل‌های مختلف می‌پردازد. با توجه به دیدگاه مبتنی بر دوره زندگی، گزارش نشان می‌دهد که چگونه نابرابری‌ها در سلامت، آموزش، اشتغال و اجزای درآمدی منجر به تفاوت‌های بزرگ در درآمد کلی در طول زندگی افراد در گروه‌های مختلف می‌شود. همچنین در این گزارش برنامه‌ای سیاستی برای پیشگیری، کاهش و مقابله با نابرابری‌ها در طول زندگی افراد و بر اساس عملکردهای برتر در کشورهای OECD و اقتصادهای نوظهور پیشنهاد شده است.
<b>Inequalities in longevity by education in OECD countries</b>		
	۲۰۱۷	این مقاله نابرابری طول عمر را در گروه‌های جنسی و آموزشی در ۲۳ کشور OECD در سال ۲۰۱۱ سنجیده است. داده‌های مربوط به مرگ‌ومیر براساس سن، جنس و تحصیل گردآوری شده و برای ۱۷ کشور، علت مرگ، از منابع ملی جمع‌آوری شده است. این برآوردها نشان می‌دهد که به‌طور میانگین در سن ۲۵ سال، اختلاف در امید زندگی بین افراد با تحصیلات بالا و پایین برای مردان ۸ سال و برای زنان ۵ سال است و در سن ۶۵ سال برای مردان ۳/۵ سال و برای زنان ۲/۵ سال است. این تفاوت‌ها در تحصیلات هم مشاهده شده است. همچنین بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت مرگ و اولین علت نابرابری در مرگ‌ومیر در بین افراد با تحصیلات پایین و تحصیلات بالا در سن ۶۵ سال بود.
<b>All on Board Making Inclusive Growth Happen</b>		
	۲۰۱۵	این گزارش یک چارچوب تحلیلی برای ارزیابی رشد اقتصادی، منطبق بر ارزیابی استانداردهای چندگانه زندگی، ارائه می‌کند. همچنین سیاست‌هایی برد-برد که می‌تواند رشد و انعطاف‌پذیری بیشتری را در زمینه‌هایی نظیر سیاست‌های کلان اقتصادی، سیاست‌های بازار کار، آموزش و مهارت‌ها، زیرساخت‌ها و خدمات عمومی و سیاست‌های شهری ایجاد کند، را بیان می‌کند. این گزارش همچنین نشان‌دهنده نیاز به ارزیابی و سبک-سنگین کردن بین سیاست‌ها و نیز نمایانگر نقش حیاتی حاکمیت درست در اجرا و برنامه‌های رشد جامع است.

## هزینه‌های سلامت

داده‌های جدید OECD نشان می‌دهد که هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۱۶ با بالاترین سرعت خود در ۷ سال اخیر افزایش پیدا کرد و در سال ۲۰۱۷ رشد بیشتری داشته است، اما هنوز به شرایط بحرانی نرسیده است. این در حالی است که گزارش‌های قبلی حاکی از این بود که در سال ۲۰۱۵ کشورهای عضو OECD با رشد کمتری در هزینه‌های سلامت مواجه شدند. اگرچه همچنان هنوز کمتر از نرخ رشد مشاهده شده در سال‌های قبل از بحران اقتصادی است. رشد هزینه‌های سلامتی از سال ۲۰۱۳ روند رشد اقتصادی را دنبال کرده است. علاوه بر آن رشد هزینه‌های دارویی برای بسیاری از کشورها در سال ۲۰۱۴ افزایش یافت. کتابچه راهنمای سیستم حساب‌های سلامت (SHA)<sup>۱</sup> OECD، چارچوبی استاندارد برای تولید مجموعه‌ای از حساب‌های جامع، ثابت و قابل مقایسه در سطح بین‌المللی فراهم می‌کند تا به نیازهای سیاستگذاران و تحلیلگران سلامت بخش‌های عمومی و خصوصی پاسخگو باشد.

OECD اطلاعات دقیق، قابل اعتماد و به‌موقع در مورد هزینه‌های سلامتی ارائه می‌دهد که در میان کشورهای عضو OECD و کشورهای شریک قابل مقایسه بوده همچنین و از نظر زمانی نیز قابل مقایسه است و این گزارش عوامل اصلی مؤثر در روندها را تحلیل می‌کند. از سال ۲۰۰۵، Eurostat، OECD و WHO با همکاری هم هزینه‌ها و اطلاعات مالی را از کشورهای عضو OECD و اتحادیه اروپا جمع‌آوری می‌کنند. برای اطلاعات بیشتر خلاصه سیاستی آخرین روند هزینه‌های سلامت در Spending on Health: Latest Trends قابل دسترس است.

### استاندارد جهانی در حساب‌های (ملی) سلامت

OECD با شرکای بین‌المللی (Eurostat و سازمان جهانی بهداشت) برای تعریف و گسترش استانداردهای گزارش‌دهی ثابت و قابل مقایسه تأمین مالی سلامت و داده‌های مربوط به هزینه‌ها در کشورها کار می‌کند. چارچوب ارائه‌شده توسط نظام حسابداری سال ۲۰۱۱ با نیازهای تحلیلگران سلامت بخش عمومی و بخش خصوصی مطابقت دارد. چارچوب پیشنهادی توسط نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱ نیاز تحلیلگران سلامت بخش خصوصی و دولتی سلامت را برآورده می‌کند.

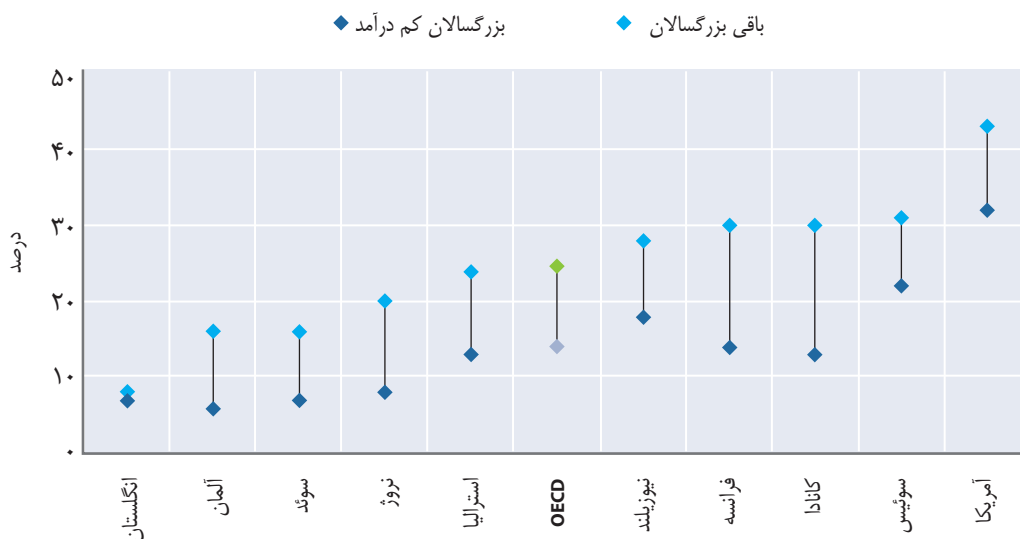
### قیمت‌ها و حجم مراقبت

فعالیت بر روی سطوح قیمتی قابل مقایسه برای سلامت و خدمات بیمارستانی بستگی به این دارد که آیا کشورهایی که هزینه‌های بیشتری در سلامت می‌کنند، خدمات سلامتی بیشتری را ارائه می‌کنند یا فقط خدمات سلامتی پرهزینه‌ای دارند. فعالیت‌های آن‌ها همچنین نشان می‌دهد که هزینه‌های مربوطه در بخش سلامت با افزایش سطح درآمد افزایش می‌یابد.

### اندازه‌گیری مراقبت‌های اولیه و دیگر اجزای هزینه

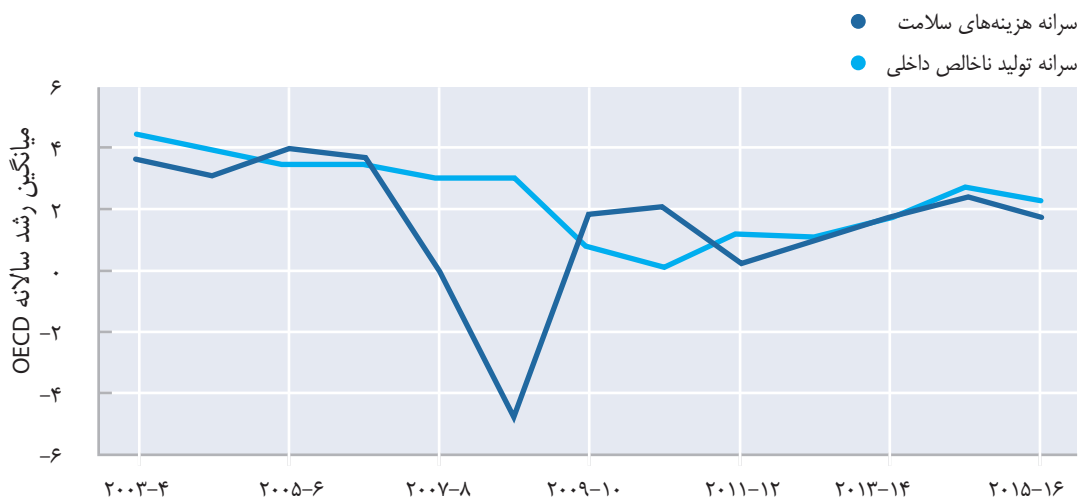
تقویت مراقبت‌های اولیه یک ابزار سیاستی مؤثر برای ارتقا پیامدهای سلامتی و کاهش هزینه‌های غیرضروری در بیمارستان‌ها و سایر بخش‌های نظام سلامت است. OECD راه‌هایی برای اندازه‌گیری بهتر هزینه‌های سلامت پیدا می‌کند؛ همچنین هزینه‌های مراقبت بلندمدت، دارو، بیمارستان‌ها و بیماری‌های خاص را اندازه‌گیری می‌کند.

1. A System of Health Accounts



Source: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016.

شکل ۶: نیازهای برآورد نشده مراقبت به علت هزینه، براساس سطح درآمد در سال ۲۰۱۳



Source: OECD Health Statistics 2017

شکل ۷: رشد هزینه‌های سلامت

## ارزش پول

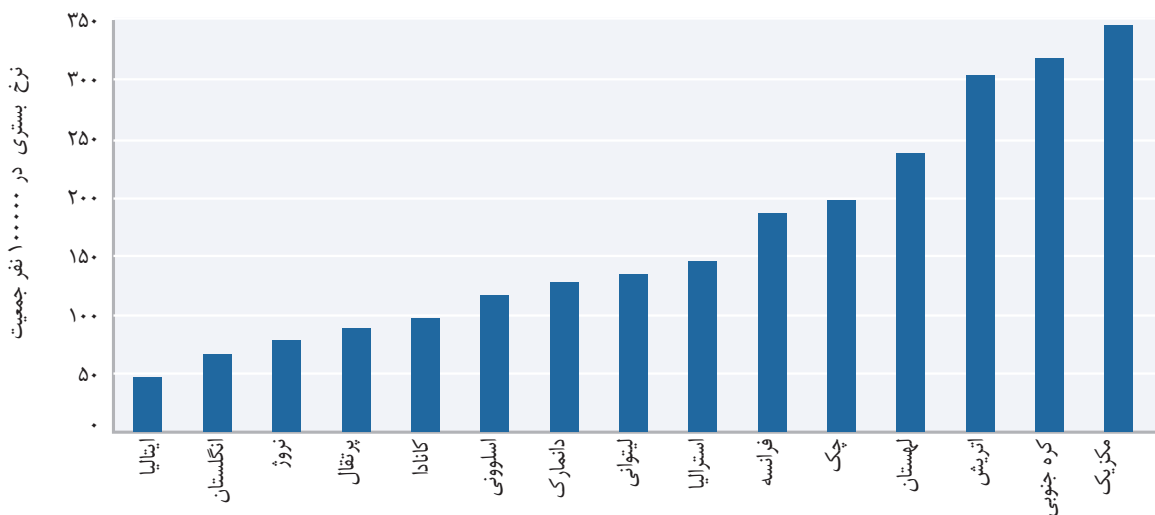
OECD به کشورها کمک می‌کند که سیاست‌های افزایش ارزش پول را طرح‌ریزی کنند تا بخش سلامت پیامدهای بهتری از سطح مخارج کنونی را حاصل کند.

### مقابله با هدر رفت و ترویج مراقبت مناسب

حدود یک پنجم هزینه‌های سلامت در کشورهای OECD در بهترین حالت ناکارآمد است و در بدترین حالت هدر می‌رود. ارائه درمان با کیفیت کم و مضر، عدم استفاده از داروی ژنریک یا فرایندهای مدیریتی که ارزش افزوده‌ای ایجاد نمی‌کنند، نمونه‌های قوی در این خصوص هستند.

OECD به سیاستگذاران کمک می‌کند تا ابزار اندازه‌گیری و ارزیابی مقیاس مشکل را ایجاد کنند، مردم را به تغییر رفتارشان متقاعد کنند و مکانیسم‌های نوین پرداخت را برای مقابله با هدر رفت و ناکارآمدی وسیع‌تر در نظام سلامت بسازند. OECD بررسی استراتژی‌های مختص هر کشور را برای اندازه‌گیری و کاهش ناکارآمدی و هدر رفت انجام می‌دهد. همچنین برای توسعه شاخص‌های قابل مقایسه بین‌المللی از مراقبت کم‌ارزش مشارکت می‌کند تا از کشورهایی که مایل به افزایش ارزش پول هستند، حمایت کند.

با مراقبت اولیه قوی بسیاری از پذیرش‌های بیماری‌های مزمن می‌تواند پیشگیری شود.



Source: OECD Health Statistics 2017

شکل ۸: نرخ بستری بیماران دیابتی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۳ (استاندارد شده بر اساس سن و جنس)





جدول ۴: انتشارات مرتبط با هزینه‌های سلامت

هزینه‌های سلامت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Tackling Wasteful Spending on Health</b>		
	۲۰۱۷	<p>پس از وقفه کوتاه بدنبال بحران اقتصادی، هزینه‌های سلامتی در اکثر کشورهای OECD دوباره در حال افزایش است. با این وجود، بخش قابل توجهی از این هزینه‌های سلامتی، کمک کمی به بهبود سلامت مردم کمک می‌کند و لذا این افزایش کمک‌کننده نیست. در بعضی موارد، حتی نتایج بدتر سلامتی را نیز به دنبال دارد. این گزارش به‌طور سیستماتیک استراتژی‌هایی را که توسط کشورها در نظر گرفته شده است، را بررسی می‌کند تا هزینه‌های ناکارآمد و هدررفت منابع را محدود کنند. در زمینه بالینی، خطاهای قابل پیشگیری و مراقبت‌های کم‌ارزش مورد بحث قرار گرفته است. بحث‌های مربوط به ائتلاف، استراتژی‌هایی را برای به دست آوردن قیمت‌های پایین‌تر کالاهای پزشکی و مورد هدف قرار دادن استفاده از منابع گران‌بها ترغیب می‌کند. این گزارش، تجربیات کشورها را در مورد هزینه‌های اداری و نقض تمامیت در سلامت بررسی می‌کند.</p>
<b>A System of Health Accounts 2011</b>		
	۲۰۱۷	<p>سیستم حساب‌های سلامت ۲۰۱۱: نسخه تجدیدنظر شده، توضیحات به‌روز شده و سیستماتیک از جریان‌های مالی مربوط به مصرف کالاها و خدمات سلامتی را ارائه می‌دهد. به این علت که نیاز به اطلاعات افزایش یافته و کشورهای بیشتری حساب‌های سلامت را اجرا و نهادینه کرده‌اند، داده‌های ایجاد شده باید قابل مقایسه، جزئی‌تر و مرتبط با سیاست‌ها باشند. این نسخه براساس کتابچه OECD اصلی، منتشر شده در سال ۲۰۰۰ و راهنمای ایجاد حساب‌های ملی سلامت برای ایجاد یک چارچوب جهانی در جهت ایجاد حساب‌های مربوط به هزینه‌های سلامت است که می‌تواند مسیر حرکت منابع را از سمت منبع به سمت استفاده از آن‌ها ایجاد کند. این موضوع، نتیجه یک تلاش مشترک بین OECD، WHO و اتحادیه اروپا است و با جزئیات بیشتری از مرزها، تعاریف و مفاهیم از بیان ساده‌ترین تا پیچیده‌ترین مفاهیم شروع به کار می‌کند.</p>

## تأمین مالی پایدار در نظام سلامت

هزینه‌های سلامتی می‌تواند بودجه‌های عمومی را تحت تأثیر قرار دهد. سلامت برای سهم بزرگی از کل هزینه‌های دولت یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های هزینه‌های عمومی است و در میان عوامل اصلی هزینه‌های دولت، در کشورهای عضو OECD قرار دارد. هزینه‌های سلامت به‌طور معمول از رشد اقتصادی فراتر رفته و علیرغم کاهش سرعت پس از مواقع بحران، پیش‌بینی می‌شود که به رشد خود ادامه دهد. در صورت عدم وجود سیاست‌های مهار هزینه-اثربخشی، پیش‌بینی‌های OECD تخمین می‌زنند که هزینه‌های عمومی برای سلامت و مراقبت طولانی‌مدت حداقل به ۹ درصد از تولید ناخالص داخلی تا سال ۲۰۳۰ و ۱۴ درصد تا سال ۲۰۶۰ برسد. به‌طور متوسط ۱۵ درصد از کل هزینه‌های دولت در کشورهای عضو OECD برای سلامتی صرف می‌شود و در کشورهای اروپایی مانند ایرلند، بریتانیا و سوئد بالاتر از ۱۸ درصد است.

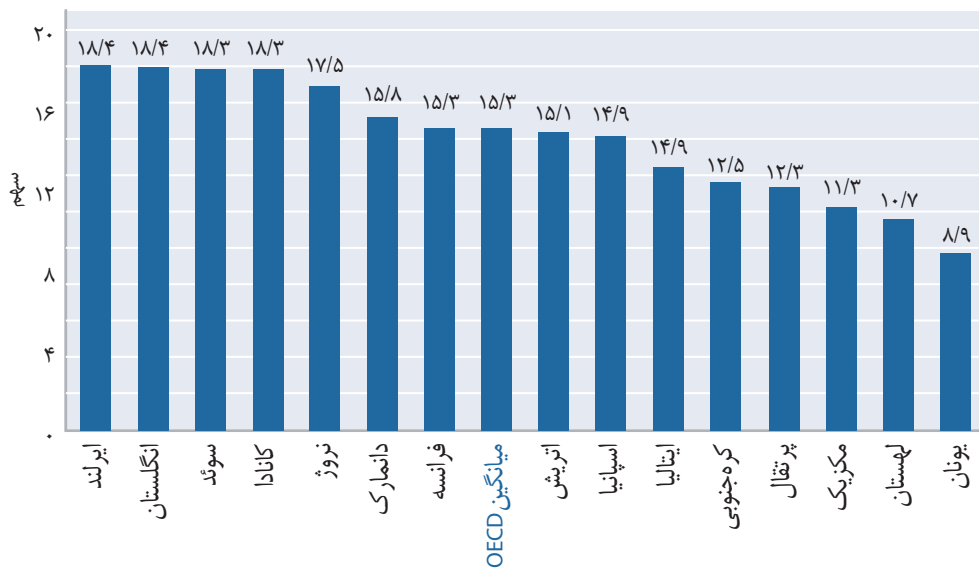
رشد هزینه‌های سلامت منجر به بهبود قابل ملاحظه‌ای در سلامت جوامع شده و منبعی از رشد اقتصادی و ایجاد مشاغل است. با این حال، تأمین مالی نظام سلامت که امروزه OECD از آن استفاده می‌کند و انتظار پیشرفت‌های پزشکی در آینده، تأمین مالی آن‌ها را از منابع عمومی بدون اصلاحات اساسی دشوار خواهد ساخت.

### راه‌حلهایی برای پایداری بیشتر هزینه‌های سلامت

نظام‌های سلامت نیاز به تأمین مالی پایدار برای برنامه‌ریزی در آینده و دستیابی به بهره‌وری خرید<sup>۱</sup> دارند. منابع مالی مختلف به‌طور متفاوتی با شوک‌های اقتصادی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و بنابراین نیاز به آرایش بودجه‌بندی متفاوت دارند. فرایندهای بودجه‌بندی، معمولاً بر مبنای منابع و نهادها، تطابق هزینه‌های سلامت با اولویت‌بندی را دشوار می‌سازد. بودجه‌بندی بر مبنای عملکرد یک راه‌حل ابتکاری، ارتباط اطلاعات در مورد عملکرد با نتایج برنامه را در بودجه و فرایندهای تخصیص منابع ارائه می‌دهد.

### گفتمان‌هایی مؤثر برای پایداری مالی در میان دولت‌ها

OECD یک شبکه مشترک بین Senior Budget و مقامات ارشد حوزه سلامت را به‌عنوان فضایی برای مقامات دولتی برای بحث، شناسایی و انتشار روش‌های مناسب در زمینه پایداری مالی نظام‌های سلامتی ایجاد کرده است. در کنار نشست‌های سالانه، شبکه مشترک، پیمایش‌هایی را در خصوص بودجه سلامت بررسی می‌کند که به‌وسیله مطالعات موردی عمیق‌تر کشورها تکمیل شده است.



Source: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts Database.

شکل ۹: هزینه‌های سلامت با طرح‌های دولت و بیمه سلامت اجباری به‌عنوان سهمی از کل هزینه‌های دولت در سال ۲۰۱۵ (یا آخرین داده موجود)

1. procurement efficiencies

## جدول ۵: انتشارات مرتبط با تأمین مالی پایدار در نظام سلامت

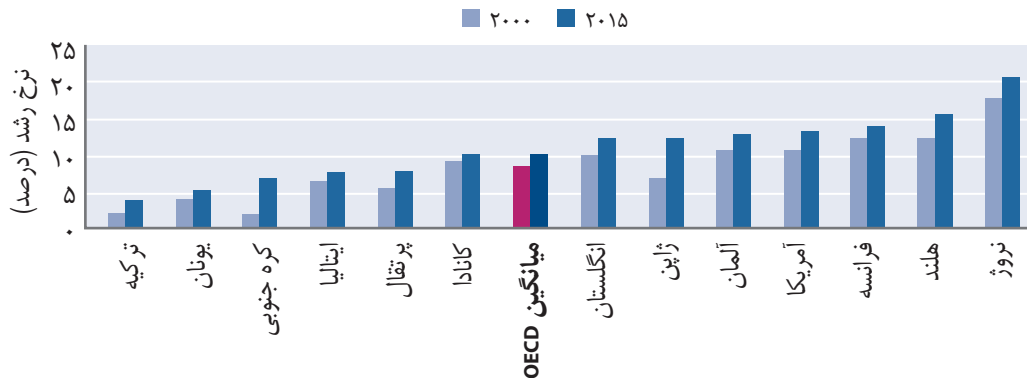
تأمین مالی پایدار در نظام سلامت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives</b>		
	۲۰۱۵	<p>هزینه‌های سلامت عمومی در کشورهای OECD به سرعت در نیم‌قرن گذشته افزایش یافته است. این افزایش هزینه‌ها به پیشرفت‌های مهمی در سلامت جمعیت کمک کرده است؛ به‌عنوان مثال، امید زندگی در هنگام تولد افزایش یافته است. امروزه چالش، حفظ و بهبود این دستاوردها با محدودیت‌های مالی کشورها هم‌زمان با فشار روبه‌شد هزینه‌های سلامت حاصل از مواردی مانند پیشرفت‌های تکنولوژیکی جدید و تغییرات جمعیتی است. پیدا کردن سیاست‌هایی که می‌تواند هزینه‌های سلامتی را پایدارتر سازد بدون اینکه دسترسی و کیفیت کم شود، نیازمند همکاری مؤثر بین وزارتخانه‌های مختلف است این گزارش که توسط کارشناسان تأمین مالی بخش عمومی و متخصصین سلامت تهیه شده است، مروری دقیق از چارچوب‌های سازمانی برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی در کشورهای OECD ارائه می‌دهد. یکی از ویژگی‌های اصلی این کتاب نگارش جامع از شیوه‌های بودجه‌بندی و ساختار حکومتی در سلامت در تمام کشورهای OECD است.</p>
<b>Future trends in health care expenditure</b>		
	۲۰۱۷	<p>برای درک بهتر چالش پایداری مالی، بسیاری از کشورها و مؤسسات بین‌المللی مدل‌های پیش‌بینی برای رشد پروژه در هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی آینده را ایجاد کرده‌اند. علیرغم تفاوت‌های روش‌شناختی بین رویکردهای پیش‌بینی‌کننده، مجموعه‌ای مشترک از عوامل ایجاد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت می‌تواند، شناسایی شود. عوامل جمعیتی، افزایش درآمد، پیشرفت تکنولوژیکی، بهره‌وری در بخش مراقبت‌های سلامت در مقایسه با اقتصاد عمومی و سیاست‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت، تعیین‌کننده‌های کلیدی هزینه‌های مراقبت سلامت هستند. این گزارش چارچوب مدل‌سازی شده برای پیش‌بینی‌های بین کشورهاست.</p>
<b>Cyclical vs structural effects on health care expenditure trends in OECD countries</b>		
	۲۰۱۷	<p>در این گزارش روندهای مؤثر از اقتصاد چرخه‌ای، ارزیابی شده است. سهم مربوط به تغییرات قیمت‌های مربوطه، حجم مراقبت‌های سلامت، کاهش هزینه‌های سلامت، افزایش یافته است. تحلیل‌ها نشان می‌دهد که عوامل چرخه‌ای می‌تواند مسئول کمتر از نصف کاهش سرعت تخمینی در هزینه‌های سلامت باشد و به‌نظر می‌رسد تغییرات ساختاری با این روندها مرتبط باشد. این گزارش طیف وسیعی از سیاست‌های دولت را که در انتخاب کشورهای عضو OECD انجام می‌شود، بررسی می‌کند که به‌احتمال زیاد به تغییرات ساختاری که در مراقبت‌های تجزیه و تحلیل اطلاعات (به‌ویژه پس از بحران) و کالاهای پزشکی (به‌خصوص داروها) اشاره شده است، کمک می‌کند. نتیجه گزارش بیان می‌کند که تغییرات ساختاری در مراقبت‌های سلامتی، تأمین مالی دولتی، رشد حجم مراقبت و قیمت‌ها را محدود کرده که باعث کاهش چشمگیری در نرخ رشد هزینه‌های سلامت شده است که از آنچه از نوسانات اقتصاد چرخه‌ای انتظار می‌رود فراتر است.</p>

## سیاست‌های نیروی کار سلامت

OECD برای تأمین نیازهای آینده کارکنان سلامت و مدیریت توزیع کارکنان سلامتی با مرور سیاست‌های مرتبط با آموزش، توسعه حرفه‌ای مداوم، توزیع جغرافیایی و مهاجرت؛ به کشورها کمک می‌کند. این سازمان همچنین تغییرات در حیطه فعالیت ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و تأثیراتی که این تغییرات در دسترسی، کیفیت و کارایی ارائه خدمات سلامت می‌گذارد، را ارزیابی می‌کند.

در دهه گذشته میزان اشتغال کارکنان سلامتی و اجتماعی در کل در کشورهای عضو OECD تا سال ۲۰۱۵ به بیش از ۱۰ درصد افزایش یافته است و انتظار می‌رود این روند در دهه آینده ادامه یابد. در عین حال، سالمندی جمعیت، فناوری‌های جدید و افزایش بار و هزینه‌های بیماری‌های مزمن نیاز به مدل‌های جدید برآورد نیروی کار را ایجاد کرده است.

OECD دستورالعملی برای تبدیل نیروی کار سلامت در آینده را تدوین کرده است، از جمله نحوه ارزیابی مهارت‌های کارکنان سلامت و چگونگی توسعه مدل‌های مراقبتی جدید که بهبود هماهنگی و عملکرد را تقویت می‌کند. OECD در نظر می‌گیرد که چگونه این مهارت‌ها و مدل‌های مراقبتی باید با توجه به دیجیتالی شدن، تغییرات گسترده تکنولوژیکی و تکامل نیازهای بیماران، سازگار شوند.



شکل ۱۰: نرخ رشد اشتغال نیروی کار سلامت و نیروی کار اجتماعی نسبت به اشتغال کل (۲۰۱۵ و ۲۰۰۰)

### پروژه کار کردن برای سلامت

OECD، در همکاری با سازمان WHO و ILO در دستیابی به اهداف جهانی برای ایجاد مشاغل مناسب و دستیابی به پوشش همگانی سلامت، از طریق اقدامات توصیه‌شده توسط کمیته عالی سازمان ملل متحد در زمینه اشتغال و رشد اقتصادی، مشارکت دارد. برنامه بین سازمانی مشترک "کار کردن برای سلامت" یک برنامه پنج‌ساله است که به کشورها کمک می‌کند تا توصیه‌های کمیسیون عالی را برآورده سازند.

### پروژه بهبود مهارت‌های نیروی کار

OECD در حال توسعه ابزارهای ارزیابی مهارت‌های نیروی کار سلامت برای شناسایی کاستی‌ها و عدم تناسب مهارت‌ها در میان متخصصان سلامت و ارائه آموزش مناسب، مدیریت و اصلاحات قانونی است.

### بهبود اطلاعات مرتبط نیروی کار سلامت

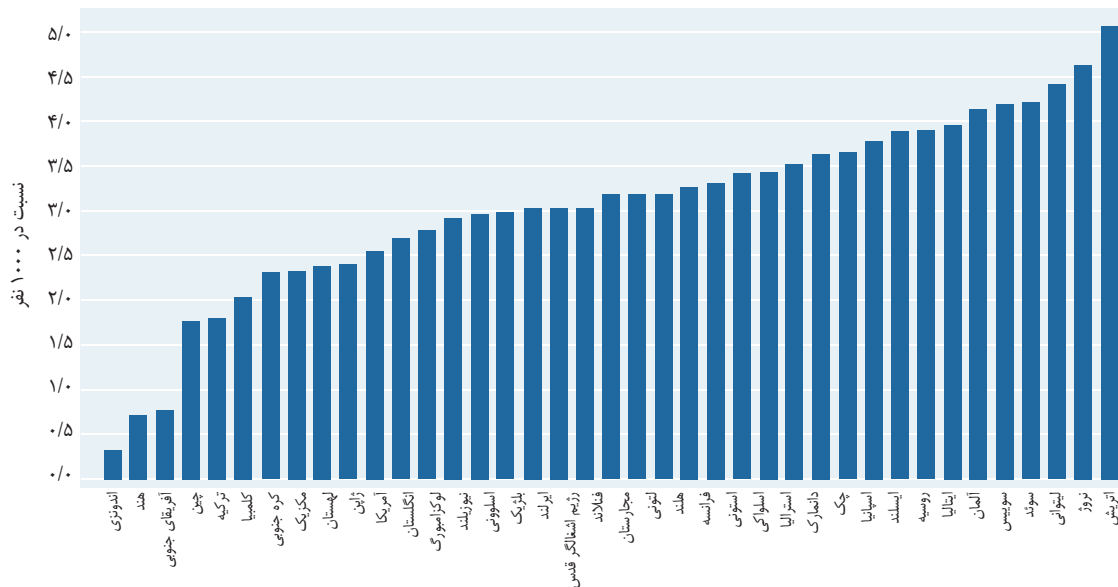
OECD داده‌های نیروی کار سلامت را برای نظارت بر جنبه‌های کلیدی نیروی کار و سیاست‌های مرتبط با آن در کشورهای عضو OECD و کشورهای همکار جمع‌آوری می‌کند. از سال ۲۰۱۰، یک مجموعه اطلاعاتی از داده‌های نیروی کار سلامت، سالانه از طریق پرسشنامه مشترک OECD / Eurostat / WHO-Europe در مورد آمارهای غیر پولی<sup>۱</sup> مراقبت سلامت جمع‌آوری می‌شود.

1. Non-Monetary

## کمیسیون عالی سازمان ملل متحد در زمینه اشتغال سلامت و رشد اقتصادی

کمیسیون عالی سازمان ملل متحد در زمینه اشتغال سلامت و رشد اقتصادی کمیته عالی سازمان ملل که گزارش آن در سپتامبر ۲۰۱۶ آغاز به کار کرد، کشورها را به سرمایه‌گذاری در آموزش متخصصین سلامت، ایجاد شغل در بخش‌های سلامتی و اجتماعی برای برآورده ساختن تقاضای آینده و توسعه برنامه‌های میان بخشی برای دستیابی به این اهداف تشویق می‌کند. کمیسیون توصیه می‌کند که نیاز به تغییر نیروی کار در زمینه سلامت برای برآورده ساختن نیازهای مراقبت سلامت در آینده را مورد توجه قرار می‌دهد. دامنه این چالش‌ها جهانی است و نیاز به همکاری قوی بین‌المللی، منطقه‌ای و محلی دارد.

در می ۲۰۱۸ با همکاری سازمان بین‌المللی کار و سازمان جهانی بهداشت، سازمان ملل متحد<sup>۱</sup> برای پیشبرد توصیه‌های کمیسیون سلامت در مورد اشتغال و رشد اقتصادی تشکیل شد که این سه سازمان تفاهم‌نامه‌ای برای تشکیل صندوق چندگانه سازمان ملل متحد<sup>۲</sup> امضا کردند. این صندوق اعضا را قادر می‌سازد تا به تجمیع منابع و اجرای برنامه عملیاتی بپردازند.



شکل ۱۱: نسبت پزشک در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۷ (یا آخرین داده موجود)

### جدول ۶: انتشارات مرتبط با نیروی کار سلامت

نیروی کار سلامت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (March 2016)	۲۰۱۶	کارکنان حوزه سلامت اساس و پایه نظام‌های سلامت هستند و نقش مهمی در ارائه خدمات سلامت به مردم و بهبود پیامدهای سلامت دارند. تقاضا و تأمین کارکنان حوزه سلامت در طول زمان در تمام کشورهای OECD افزایش یافته است و مشاغل در حوزه بهداشت و درمان اجتماعی، بیش از ۱۰ درصد از کل استخدام‌های در حال حاضر در چندین کشور عضو OECD است. این نشریه، روندهای کلیدی و اولویت‌های سیاسی در نیروی کار را در همه کشورهای عضو OECD بررسی می‌کند با تمرکز ویژه‌ای بر پزشکان و پرستاران به این علت که آن‌ها به‌طور سنتی نقش برجسته‌ای در ارائه خدمات حوزه سلامت ایفا می‌کنند.

1. UN Multi-Partner Trust Fund  
2. United Nations Multi-Partner Trust Fund (MPTF)

## سلامت روان

اختلالات روانی یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های بار بیماری در دنیا است که بسرعت در حال رشد است. اختلالات روانی می‌تواند اثرات ویران‌کننده‌ای بر افراد، خانواده‌ها و جوامع داشته باشد به‌طوری‌که از هر دو نفر یک نفر در طول زندگی خود یک اختلال روانی را تجربه می‌کند. ۸۰ درصد از افرادی که دارای اختلال روانی رایج هستند و ۵۰ درصد از کسانی که دارای اختلالات روانی شدید هستند، به‌دنبال درمان نیستند. سلامت روانی نیز به‌شدت بر جوامع و اقتصاد تأثیر می‌گذارد؛ بار اقتصادی سلامت روانی می‌تواند تا ۴ درصد تولید ناخالص داخلی را مصرف کند و افرادی که دارای بیماری روحی هستند نتایج یادگیری و کارآمدی ضعیف‌تری نسبت به افراد سالم دارند.

با توجه به بار قابل‌ملاحظه بیماری روانی برای افراد و جوامع و اقتصادها، اکنون علاقه بسیاری به توانمند کردن نظام‌های سلامت روان و ارزیابی عملکرد هدفمند و استاندارد آن‌ها وجود دارد. همچنین کشورها علاقه زیادی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات خود دارند. در سال ۲۰۱۸ پروژه‌ای برای الگوسازی<sup>۱</sup> عملکرد سلامت روان آغاز شد. در صورت همکاری با متخصصان سلامت روان بین‌المللی و ذینفعان کلیدی در جهان، این پروژه می‌تواند نحوه تعریف، اندازه‌گیری و پیشرفت عملکرد سلامت روان را مشخص کند. انتظار می‌رود که گزارش نهایی که همراه با معیار عملکرد و سیاست‌های بهترین اقدام است، در سال ۲۰۱۹ منتشر شود. این گزارش از سنجش عملکرد سلامت روان و نقشه‌برداری سیاست‌های سلامت روانی استفاده می‌کند تا بتواند مؤثر بودن خدمات سلامت روان در کشورهای مختلف را نشان دهد. انتظار می‌رود این گزارش، یک ابزار کلیدی برای درک عمیق‌تر، بهبود بخشیدن و شناسایی تعالی در عملکرد سلامت روان در کشورهای OECD باشد.

### نشست جهانی سلامت روان- ۹ و ۱۰ اکتبر ۲۰۱۸

نشست جهانی سلامت روان در روز ۹ و ۱۰ اکتبر ۲۰۱۸ در لندن برگزار شد. اجلاس سران توسط OECD و دولت انگلستان برگزار شد و توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) حمایت شد. این اجلاس سرانجام رهبران سیاسی را با نوآوران، متخصصان، سیاستگذاران و جامعه مدنی کنار هم گردآوری کرد تا رویکردهای نوآورانه و مؤثر برای بهبود سلامت روان را به‌هم پیوند دهد. موضوع کلی این نشست، عدالت در سلامت روان در قرن بیست و یکم بود.

همچنین OECD کارگاهی با عنوان “کودکان، جوانان و نسل حاضر” را برگزار کرد که بیان کرد پیامدهای حاصل از سلامت روان و ناتوانی‌های روانی-اجتماعی در کودکان و نوجوانان می‌تواند بر روی تحصیلات، بیکاری و سلامت جسمی پایین آن‌ها در آینده مؤثر باشد. در این راستا خلاصه سیاستی با عنوان Children & Young People's Mental Health in the Digital Age منتشر شده است که حاوی آمارهایی در خصوص وضعیت سلامت روان و استفاده از ابزارهای دیجیتال در کودکان و نوجوانان کشورهای عضو OECD است.



1. benchmarking



جدول ۷: انتشارات مرتبط با سلامت روان

سلامت روان		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Children &amp; Young People's Mental Health in the Digital Age</b>		
	۲۰۱۸	<p>OECD کارگاهی با عنوان «کودکان، جوانان و نسل حاضر» را برگزار کرد که بیان کرد پیامدهای حاصل از سلامت روان و ناتوانی‌های روانی - اجتماعی در کودکان و نوجوانان می‌تواند بر روی تحصیلات، بیکاری و سلامت جسمی پایین آن‌ها در آینده مؤثر باشد. در این راستا خلاصه سیاستی با عنوان Children Young People's Mental Health in the Digital Age منتشر شده است که حاوی آمارهایی در خصوص وضعیت سلامت روان و استفاده از ابزارهای دیجیتال در کودکان و نوجوانان کشورهای عضو OECD است.</p>
<b>Health at a Glance: Europe 2018</b>		
	۲۰۱۸	<p>این گزارش تجزیه و تحلیل وضعیت سلامت شهروندان اتحادیه اروپا و عملکرد نظام‌های سلامت ۲۸ کشور عضو اتحادیه اروپا، ۵ کشور کاندید و ۳ کشور EFTA را ارائه می‌دهد. این اولین گام برای بیان وضعیت سلامت در اتحادیه اروپا است. این گزارش دارای دو بخش است. قسمت اول شامل دو فصل موضوعی است که ابتدا بر نیاز به تلاش‌های هماهنگ برای ارتقای سلامت روان بهتر تمرکز کند و سپس راه‌های ممکن برای کاهش هزینه‌های هدر رفتن منابع در سلامت را مشخص می‌کند. در بخش دوم، آخرین روند در شاخص‌های کلیدی وضعیت سلامتی، عوامل خطر و هزینه‌های سلامتی، همراه با بحث در مورد پیشرفت در بهبود اثربخشی، دسترسی و تاب‌آوری نظام‌های سلامتی اروپا ارائه شده است (فصلی از این کتاب به سلامت روان اختصاص دارد).</p>
<b>Factsheet on Promoting Mental Health</b>		
	۲۰۱۷	<p>این گزاره‌برگ، خلاصه‌ای از آمارهای مربوط به سلامت روان است که شامل گزارشی از هزینه‌های کلی سلامت روان، تعداد افراد مبتلا و افرادی که افسردگی مزمن دارند در کشورهای اتحادیه اروپا بیان می‌کند و در مورد اقدامات گزارش شده توسط کشورها در مورد سلامت روان اطلاعاتی ارائه می‌دهد.</p>
<b>Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness</b>		
	۲۰۱۷	<p>این مقاله یک مرور کلی از توسعه رویکردهایی برای ارتقاء سلامت روان و جلوگیری از بیماری‌های روانی در کشورهای OECD، همراه با ارزیابی اثربخشی و هزینه اثربخشی آن، ارائه می‌دهد. این مقاله نشان می‌دهد که یک پایگاه معتبر و اثرگذار برای اقدامات اثربخش و هزینه اثربخش وجود دارد که می‌تواند سلامت روان را ترویج دهد. با این حال، وجود اقدامات و برنامه‌های ارتقاء و پیشگیری از سلامت روان در میان کشورهای مختلف و در نقاط مختلف زندگی، یکسان نیست. بسیاری از کشورها می‌توانند پیشرفت‌ها و اقدامات پیشگیرانه خود را در زمینه سلامت روان افزایش دهند و تلاش‌های بیشتری برای معرفی مداخلات در خصوص بیکاری و جمعیت‌های مسن‌تر انجام دهند.</p>
<b>Making Mental Health Count</b>		
	۲۰۱۴	<p>این کتاب به هزینه بالای بیماری‌های روانی، ضعف‌ها و تحولات نوآورانه در سازمان‌دهی مراقبت، تغییرات و مسیرهای آینده سلامت روان نیروی کار را بیان می‌کند. بار بالای بیماری‌های روانی و هزینه‌های هم‌زمان آن در نتیجه کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن بهره‌وری و مرگ حین زایمان نشان‌دهنده این است که سلامت روانی برای همه کشورهای عضو OECD، یک اولویت است.</p>

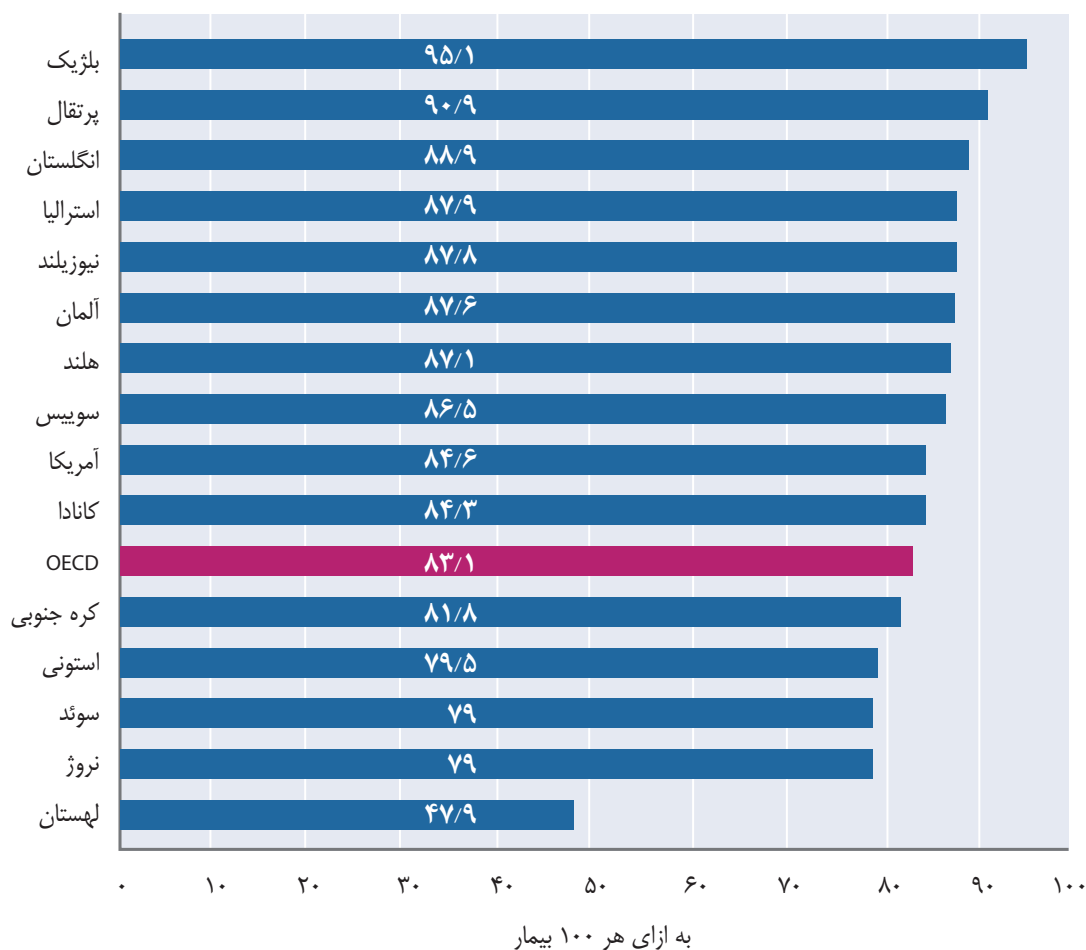
## پیمایش شاخص‌های گزارش شده توسط بیمار - پاریس

راهبری بین‌المللی برای ایجاد شاخص‌های جدید عملکرد نظام سلامتی براساس آنچه توسط خود بیمار گزارش می‌شود، ایجاد شده است. پاریس این پیمایش را با اهداف زیر انجام می‌دهد:

- سرعت بخشیدن و استاندارد کردن نظارت بین‌المللی در گروه‌های جمعیتی که شاخص‌های گزارش شده توسط بیمار در حال حاضر در آن استفاده می‌شوند؛
- گروه‌های در اولویت، بیماران مبتلا به سکته مغزی، حمله قلبی، سرطان، جراحی‌های مفصل ران و زانو و بیماری‌های روانی هستند؛
- همکاری نزدیک با شرکای بین‌المللی مانند صندوق کشورهای مشترک‌المنافع و کنسرسیوم بین‌المللی برای اندازه‌گیری پیامدهای سلامت که آخرین شاخص‌ها و نظرسنجی‌ها در سطح ملی را تضمین می‌کند؛
- ایجاد شاخص‌های جدید گزارش شده بیمار در حوزه‌های مهم مراقبت‌های سلامتی که در حال حاضر هیچ‌کدام از آن‌ها وجود ندارد؛
- گروه‌های اولیتهی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی یا افسردگی و به‌ویژه بیمارانی که هم‌زمان مبتلا به چندین بیماری هستند؛
- این بیماران و مراقبین آن‌ها مستقیماً بررسی خواهند شد و استانداردهای بین‌المللی عملکرد نظام سلامتی را منتشر خواهد نمود.







شکل ۱۲: بیماریانی که معتقدند پزشکانشان در تصمیم‌گیری در مورد درمانشان، آن‌ها را مشارکت می‌دهند (استاندارد شده بر اساس سن و جنس).

## داروسازی و فناوری‌های جدید

داروها پیشرفت‌های بزرگی را برای مراقبت‌های سلامتی به ارمغان می‌آورد، اما توسعه داروهای جدید نیازمند سرمایه‌گذاری‌های بزرگ و پرمخاطره توسط شرکت‌های داروسازی و همچنین بودجه عمومی است. کشورهای عضو OECD به‌طور متوسط ۱/۴ درصد تولید ناخالص داخلی خود را صرف خرده‌فروشی داروها، به‌غیر از موارد استفاده‌شده در بیمارستان‌ها می‌کنند. از سوی دیگر گسترش مواد دارویی با هزینه بالا، پرسش‌هایی در مورد روش‌های قیمت‌گذاری فعلی و مدل نوآوری را به‌طور گسترده‌تر مطرح کرده است. از سوی دیگر توانایی خرید داروهای مؤثر جدیدتر همیشه برای بیماران میسر نیست و فشار زیادی را برای بودجه سلامت به دنبال دارد. این مسائل سؤال‌هایی درباره مشوق‌هایی برای کار در بخش دارویی و پایداری مدل جدید ایجاد می‌کند.

### دسترسی پایدار به داروهای نوآورانه

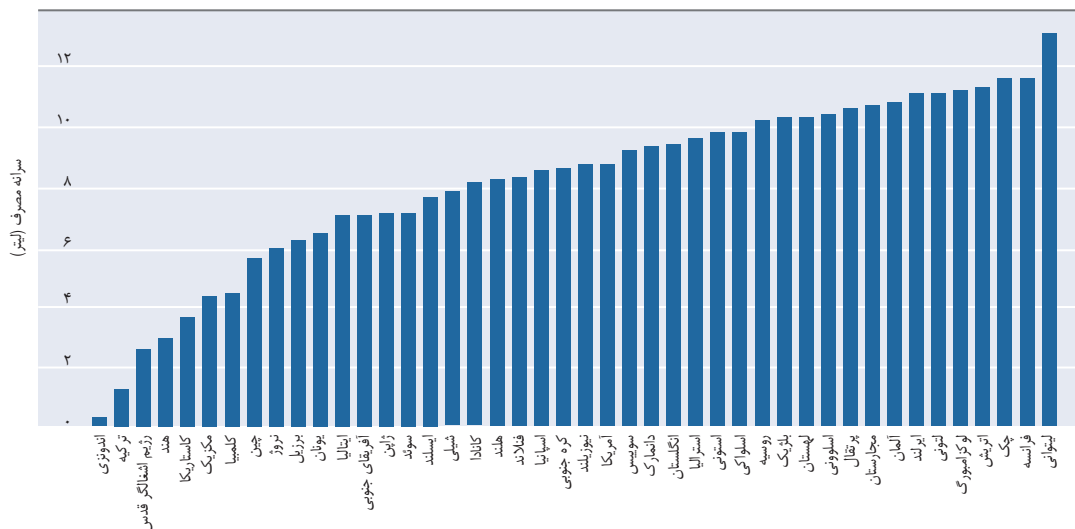
این پروژه طی سال‌های ۲۰۱۶ و ۲۰۱۸ انجام شده است و چالش‌های کنونی در بازار دارو را مبتنی‌بر بهترین شواهد در دسترس نشان می‌دهد با نگاه به فعالیت و عملکرد صنعت دارو و یک سری از گزینه‌های سیاسی را برای سیاستگذاران پیشنهاد می‌کند که چالش کنونی را در نظر بگیرند.

جدول ۸: انتشارات مربوط به داروسازی و فناوری‌های جدید

داروسازی و فناوری‌های جدید		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>New Health Technologies</b>		
	۲۰۱۸	<p>این گزارش در مورد نیاز به یک رویکرد یکپارچه و چرخه‌ای برای مدیریت فناوری سلامت به‌منظور کاهش خطرات بالینی و مالی و اطمینان از ارزش قابل‌قبول برای پول را بحث می‌کند. این تجزیه‌وتحلیل، بررسی می‌کند که چگونه نظام‌های سلامتی و سیاستگذاران باید از نظر توسعه، ارزیابی و به‌دست آوردن فناوری‌های سلامتی سازگار باشند. فصل اول، به بررسی تأثیر فناوری پزشکی در گذشته می‌پردازد و چگونگی آماده شدن نظام‌های سلامتی در آینده برای ادامه چنین روندی را نشان می‌دهد. فصل‌های بعدی نیاز به نوآوری‌های متعادل، ارزش و دسترسی به داروها و وسایل پزشکی، با توجه به وعده‌های مشترک خود در زمینه پزشکی دقیق را بیان می‌کند. فصل نهایی به بررسی نحوه استفاده از اطلاعات سلامتی و فناوری‌های دیجیتالی می‌پردازد. این گزارش بر فرصت‌های مرتبط با فناوری‌های جدید و نوظهور و همچنین چالش‌های فعلی که سیاستگذاران با آن مواجه‌اند تمرکز دارد و چارچوب مدیریتی جدیدی را برای حل این چالش‌ها پیشنهاد می‌کند.</p>
<b>Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines</b>		
	۲۰۱۸	<p>این گزارش نقش مهم داروها در نظام‌های سلامتی را بررسی می‌کند، روند اخیر هزینه‌های دارویی و تأمین مالی را شرح می‌دهد و خلاصه رویکردهای مورد استفاده کشورهای عضو OECD برای تعیین پوشش و قیمت‌گذاری را خلاصه می‌کند. سپس به مسائل جاری برای سیاستگذاران، مانند افزایش قیمت داروهای جدید، نگرانی در مورد ارزش هزینه در برخی از مناطق درمانی، چالش‌ها در پیش‌بینی ورود داروهای بسیار مؤثر برای بیماری‌های بسیار شایع، افزایش قیمت شدید در محصولات بدون ثبت اختراع، و ناهماهنگی ظاهری انگیزه‌های فعلی برای توسعه درمان برای شرایط خاص اشاره می‌کند. این گزارش همچنین نقش صنعت بیولوژیکی دارویی در کشورهای OECD را شرح می‌دهد، روند تحقیق و توسعه دارویی و تأمین مالی آن را مورد بررسی قرار می‌دهد و به خطرات، هزینه‌ها و بازگشت سرمایه‌گذاری تحقیق و توسعه برای صنعت نگاه می‌کند. بررسی روند در صنعت در طول زمان، نشان می‌دهد که بهره‌وری هزینه‌های تحقیق و توسعه کاهش یافته است؛ مدت‌زمان انحصار بازار نسبتاً پایدار باقی‌مانده است. داروهای جدید به‌طور فزاینده‌ای برای جمعیت‌های بیمار کوچک توسعه می‌یابد و صنعت به‌طور کلی برای سرمایه‌گذاران بسیار سودآور باقی‌مانده است. سرانجام، این گزارش طیف وسیعی از گزینه‌های سیاستی را برای بررسی سیاستگذاران ارائه می‌دهد تا واکنش‌های مؤثر و هماهنگ برای چالش‌های شناسایی‌شده ارائه دهند.</p>

## سلامت عمومی

تغییرات در ساختار جمعیت، الگوهای بیماری در حال رشد، افزایش نابرابری‌های سلامتی و محیط در حال تغییر، چالش‌های نظام سلامت هستند. بیماری‌های غیرواگیر<sup>۱</sup> به سلامت مردم و اقتصاد آسیب می‌رساند. گرچه سیگار کشیدن در بسیاری از کشورهای عضو OECD رو به کاهش است، اما رژیم غذایی ناسالم، شیوه زندگی نشسته<sup>۲</sup>، مصرف مشروبات الکلی پرخطر و دیگر عوامل زیان‌آور به‌طور گسترده گسترش پیدا کرده که باعث افزایش بیماری‌های واگیر و مرگ‌ومیر می‌شود. فعالیت‌های OECD در مورد عوامل خطر عمده شامل چاقی، رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مصرف الکل، تنباکو و خطرات زیست‌محیطی است. OECD گسترش این عوامل خطر در جمعیت‌ها، روندهای گذشته و برنامه‌ریزی شده برای آینده، نابرابری‌ها براساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی و مبانی تعیین‌کننده این عوامل خطر را بررسی می‌کند. علاوه بر آن OECD سیاست‌های مؤثر و کارآمد در مقابله با عوامل خطر و جلوگیری از بیماری‌های غیر واگیر مهم را شناسایی می‌کند. همچنین شواهدی از تأثیرات اقتصادی رویکردهای جایگزین را از طریق مدل‌سازی و شناسایی بهترین شیوه‌ها ارائه می‌دهد. این سازمان با سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌های بین‌المللی برای حمایت از اجرای بیانیه سیاسی که توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد در جلسه عالی سال ۲۰۱۱ در مورد بیماری‌های غیرواگیر تصویب شده، دستیابی به اهداف توسعه پایدار و اجرای سیاست‌های پیشگیری نوآورانه در اعضا و کشورهای شریک، همکاری می‌کند. OECD به کشورها کمک می‌کند تا اقدامات سلامت عمومی خود را از طریق مرور کشورها ارزیابی کنند و بهبود دهند. از این طریق سیاستگذاران از بهترین عملکردها مطلع می‌شوند و برای کشور خودشان استفاده می‌کنند.



شکل ۱۳: سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال به لیتر در کشورهای عضو OECD در سال ۲۰۱۷ (یا آخرین داده موجود)

1. (Non-Communicable Diseases: NCD)  
2. Sedentary

## جدول ۹: انتشارات مرتبط با سلامت عمومی

سلامت عمومی		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Healthy people, healthy planet</b>		
	۲۰۱۷	این گزارش در راستای اطلاع‌رسانی نشست سال ۲۰۱۷ وزرای بهداشت G7 تهیه شده است که مروری گسترده درباره مسائل اصلی سیاستی و برخی از اقدامات سیاستی ارائه می‌دهد که مقامات بهداشت G7 می‌توانند برای بهبود سلامت جمعیت ایجاد کنند به طوری که هم‌زمان اثرات مخرب بشر در محیط‌زیست را کاهش دهند.
<b>Obesity Update</b>		
	۲۰۱۷	این گزارش به بررسی چاقی، خود گزارش دهی چاقی در کودکان و بزرگسالان کشورهای OECD می‌پردازد. همچنین بیان می‌کند که نابرابری در چاقی و اضافه‌وزن در حال افزایش هست، به طوری که این روند در زنان و مردان و در گروه‌های تحصیلی مختلف متفاوت است. این گزارش در ادامه به سیاست‌های جمعیتی برای مقابله با چاقی مثل برچسب گذاری غذاها، کمپین های آگاهی از اضافه‌وزن، رسانه‌های جمعی و محدود کردن تبلیغات اشاره می‌کند.
<b>Tackling Harmful Alcohol Use</b>		
	۲۰۱۵	این کتاب یک بررسی دقیق از روند و تفاوت‌های اجتماعی در افراد مصرف‌کننده الکل می‌پردازد. همچنین ارزیابی وسیعی از اثرات سلامتی، اجتماعی و اقتصادی گزینه‌های کلیدی سیاسی برای مقابله با آسیب‌های ناشی از الکل در سه کشور عضو OECD (کانادا، جمهوری چک و آلمان) با استخراج پیام‌های سیاسی مربوط به مجموعه‌ای وسیع از کشورها، پیشنهاد می‌کند.
<b>Economics of Public Health and Health Promotion</b>		
	۲۰۱۵	OECD و دیده‌بانی سلامت اروپا مطالعه‌ای مشترک در زمینه اقتصاد سلامت عمومی و ارتقای سلامت انجام دادند. این مطالعه اولین فرصت را فراهم کرد که مروری جامع بر سرمایه‌گذاری در اقداماتی برای بیماری‌های غیرواگیر مهم، تصادفات و آسیب‌ها در بخش‌های مختلف در یک ساختار مرتبط با سیاست برای کل منطقه WHO انجام دهند.
<b>Non-Communicable Diseases (NCD)</b>		
	۲۰۱۱	OECD و Pan American Health Organization (PAHO) به منظور انتشار گزارش «اعمال مدل‌سازی برای بهبود تصمیم‌گیری‌های سلامتی و سیاست‌های اقتصادی در آمریکا: موارد بیماری‌های غیر واگیر»، یک همکاری مشترک انجام داده‌اند. این کتاب اولین کتابی است که به طور انحصاری مدل‌های اقتصادی مختلف را ارائه می‌دهد و کاربرد آن‌ها را در NCDها در منطقه آمریکا نشان می‌دهد. هدف از آن، تشویق به استفاده از مدل‌سازی اقتصادی به عنوان ابزاری برای حمایت از روند تصمیم‌گیری برای مداخلات NCD و تشویق سرمایه‌گذاری در استراتژی‌های هزینه‌اثر بخش برای زندگی سالم و پیشگیری از NCD در منطقه است. این کتاب چند مدل برای ارزیابی سیاست‌های سلامتی و اقتصادی در ارتباط با NCD را ارائه می‌دهد؛ نشان می‌دهد که چگونه مدل‌ها می‌توانند برای بیماری‌های مختلف یا عوامل خطر مختلف استفاده شوند و مطالعات موردی در مورد کاربرد این مدل‌ها را در کشورهای مختلف در آمریکا ارائه می‌دهد. هدف نهایی این است که به سیاست‌گذاران کمک کند تا بهترین راهکارها برای مداخلات NCD مبتنی بر شواهد و هزینه‌اثر بخش را پیدا کنند.

سلامت عمومی		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Third Lancet Series on Chronic Diseases</b>		
	۲۰۱۰	<p>در این گزارش به ارزیابی راهبردهای سلامت عمومی طراحی شده برای مقابله با عوامل خطر رفتاری برای بیماری‌های مزمن که به شدت با چاقی در ارتباط است، پرداخته شده است و شامل جنبه‌های رژیم غذایی و عدم تحرک بدنی در برزیل، چین، هند، مکزیک، روسیه و آفریقای جنوبی می‌شود. همچنین انگلیس برای اهداف تطبیقی گنجانده شده است.</p>
<b>Obesity and the Economics of Prevention</b>		
		<p>این کتاب با درک ابعاد چندگانه مشکل چاقی، به سیاستگذاری مبتنی بر شواهد کمک می‌کند. کتاب، مقیاس و ویژگی‌های اپیدمی، نقش‌های مربوطه و تأثیر نیروها و دولت‌ها و تأثیر مداخلات را مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین یک رویکرد اقتصادی برای جلوگیری از بیماری‌های مزمن ارائه می‌دهد که بینش جدیدی را نسبت به یک رویکرد سلامت عمومی سنتی پدید می‌آورد.</p>
<b>Health at a Glance: Europe 2018</b>		
	۲۰۱۸	<p>این گزارش تجزیه و تحلیل وضعیت سلامت شهروندان اتحادیه اروپا و عملکرد نظام‌های سلامت ۲۸ کشور عضو اتحادیه اروپا، ۵ کشور کاندید و ۳ کشور EFTA را ارائه می‌دهد. این اولین گام برای بیان وضعیت سلامت در اتحادیه اروپا است. این گزارش دارای دو بخش است. قسمت اول شامل دو فصل موضوعی است که ابتدا بر نیاز به تلاش‌های هماهنگ برای ارتقای سلامت روان بهتر تمرکز کند و سپس راه‌های ممکن برای کاهش هزینه‌های هدر رفتن منابع در سلامت را مشخص می‌کند. در بخش دوم، آخرین روند در شاخص‌های کلیدی وضعیت سلامتی، عوامل خطر و هزینه‌های سلامتی، همراه با بحث در مورد پیشرفت در بهبود اثربخشی، دسترسی و تاب‌آوری نظام‌های سلامتی اروپا ارائه شده است.</p>



## کیفیت ارائه خدمت

با بالا رفتن مخارج سلامت، توجه به این موضوع که آیا منابع برای داشتن زندگی سالم‌تر استفاده می‌شود، مطرح می‌شود. ارائه مراقبت ایمن، مؤثر و پاسخگو به نیازهای بیمار اکنون به‌عنوان هدف اصلی نظام‌های سلامتی در تمام کشورهای OECD شناخته شده است. OECD کیفیت مراقبت را اندازه‌گیری می‌کند و به دولت‌ها در تشخیص محرک‌های اصلی مراقبت باکیفیت بالا به‌عنوان سنگ بنای بهبود کیفیت، کمک می‌کند.

### ارتقای ایمنی بیمار

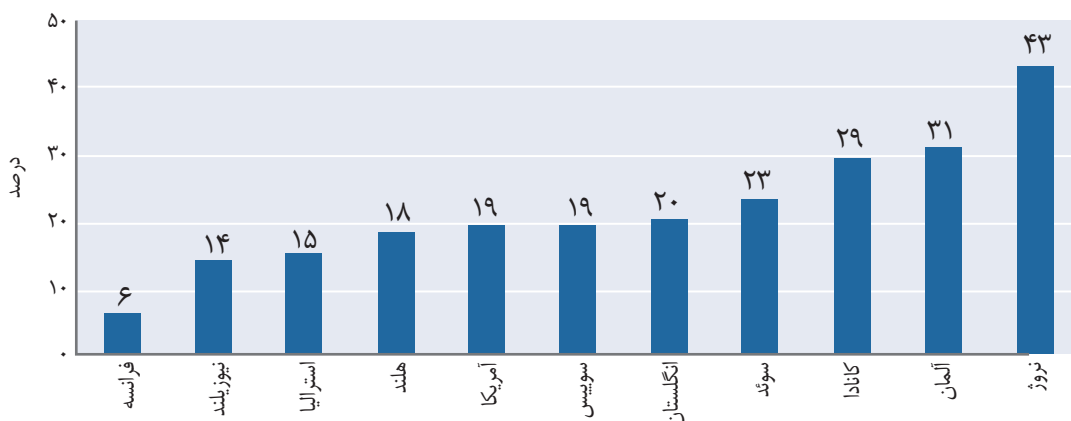
ایمنی یکی از اولویت‌های سیاستی برای همه کشورهای OECD است. تلاش برای اندازه‌گیری و نظارت بر آسیب‌های قابل پیشگیری به بیمار در ایجاد استراتژی‌هایی برای بهبود ایمنی بیمار، شامل ارزیابی‌های بیمار محور براساس گزارش‌دهی تجربیات بیمار از حوادث خطرناک استوار است. علاوه بر مراقبت‌های بیمارستانی، OECD در حال حاضر بر راه‌های اندازه‌گیری و گزارش‌دهی ایمنی بیمار در مراقبت‌های اولیه و بلندمدت، تمرکز می‌کند.

### تأمین مراقبت سلامتی مؤثر

اصلاح و توسعه اقدامات سلامتی مؤثر همچنان ادامه دارد. با حرکت به سمتی فرای مقایسه‌های ملی موجود، بینشی جدید از طریق توسعه ارزیابی‌های جدید از تنوع پیامدهای مراقبت در کشورها در سطح بیمارستانی ایجاد شده است. کار بروی گسترش ارزیابی‌های گزارش‌دهی بیمار از تجربیات مراقبتش، ظرفیت‌های لازم را برای نظام پایش پاسخگو به نیازهای بیمار و مراقبت بیمار محور، فراهم می‌کند.

### شناخت تفاوت‌های موجود در کیفیت درمحل ارائه خدمت

درحالی‌که فرایند انتخاب شاخص‌های مناسب در محل برای کیفیت مراقبت استخراج می‌شود به‌علت تفاوت عملکرد در کشورها توجه کمی به این موضوع می‌شود. OECD براساس تجزیه و تحلیل‌ها و بررسی کشورها، سیاست‌ها و دیدگاه‌هایی را به سیاست‌گذاران معرفی می‌کند تا بهترین عملکرد را در ارائه مراقبت باکیفیت داشته باشند. این سازمان همچنین به کشورها کمک می‌کند که زیرساخت‌های اطلاعاتی موجود را برای بررسی بهتر کیفیت مراقبت، تقویت کنند. به این صورت که نشان می‌دهد چگونه از داده‌های موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف، استفاده بهتری داشته باشند، چگونه سوابق الکترونیکی سلامتی را طراحی و استفاده کنند و چگونه نیاز به محرمانه بودن داده‌ها را با استفاده اجتماعی مناسب از آن‌ها منطبق سازند.

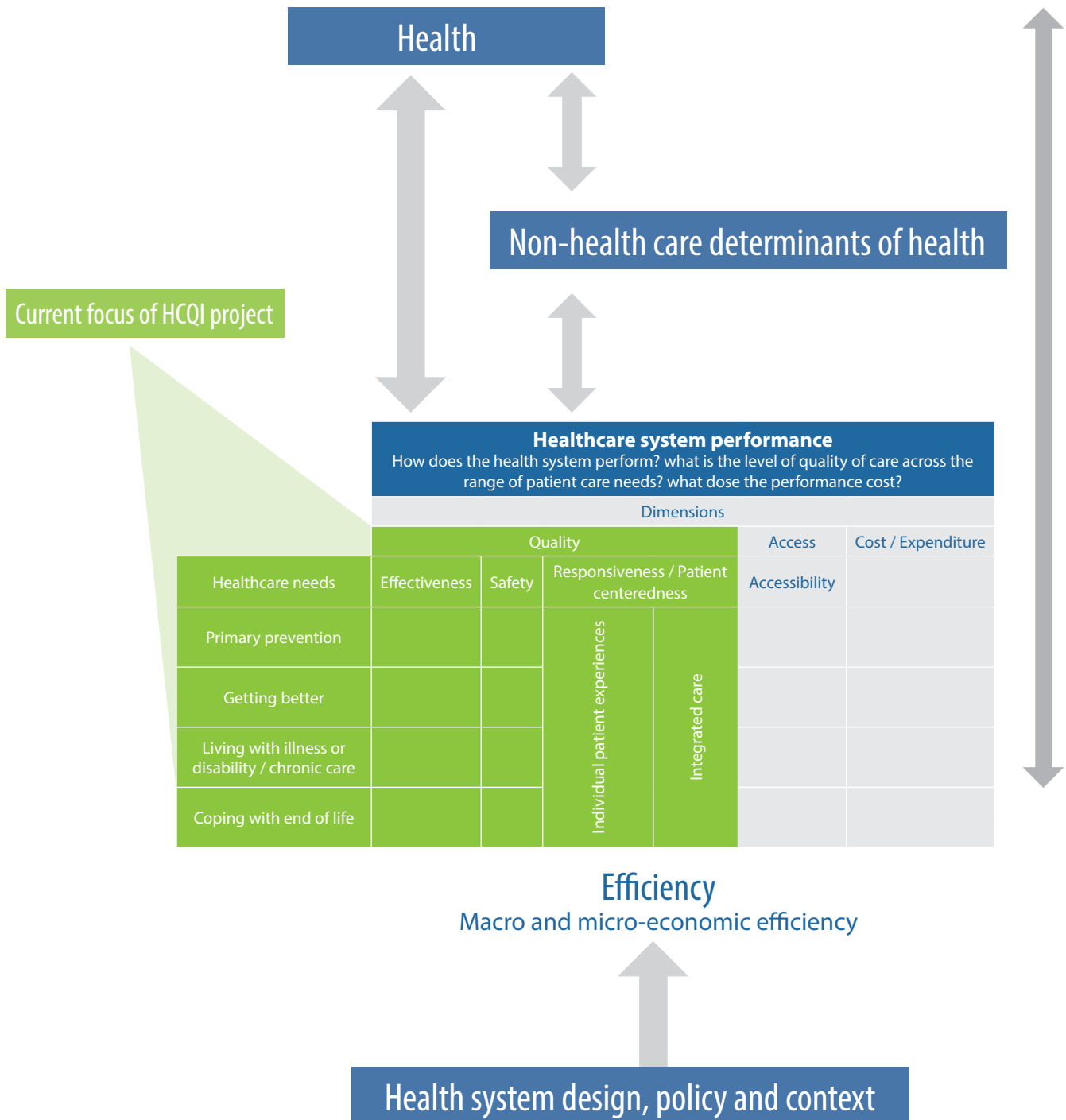


Source: OECD Health Statistics 2017.

شکل ۱۴: درصد بیمارانی که پزشک تاریخچه بیماری آن‌ها را نداشت در کشورهای عضو OECD در سال ۲۰۱۷

کیفیت ارائه خدمت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>Health Care Quality Indicators Project</b>		
	۲۰۰۶	<p>پروژه شاخص‌های کیفیت سلامت OECD در سال ۲۰۰۲ باهدف اندازه‌گیری و مقایسه کیفیت ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف آغاز شد. یک گروه متخصص مجموعه‌ای از شاخص‌ها را در سطح نظام سلامت طراحی کردند که ارزیابی اثر عوامل خاص را بر کیفیت خدمات سلامتی میسر می‌کرد. این پروژه با رویکرد هماهنگی و تکمیل تلاش‌های ملی و بین‌المللی در این زمینه انجام شد.</p>
<b>The Economics of Patient Safety</b>		
	۲۰۱۷	<p>این گزارش توسط OECD برای ارائه گزارش زمینه‌ای برای دومین نشست جهانی وزارتخانه‌های بهداشت در مورد ایمنی بیمار که در بن در مارس ۲۰۱۷ برگزار شد، نوشته شده است. موارد کلیدی مطرح شده در آن شامل ایمنی بیمار و مسائل سیاستی حیاتی، هزینه پرداخت شده در خصوص ایمنی برای بیمار، نظام سلامت و جامعه، خطاهای پزشکی، سرمایه‌گذاری برای پیشگیری از خطاهای، تأمین مالی برای ایمنی بیمار، مشارکت فعال ارائه‌دهندگان و بیماران و ارائه دیدگاه‌های عملی برای شناخت اولویت‌های سیاسی در این خصوص است.</p>
<b>Caring for quality in Health</b>		
	۲۰۱۷	<p>این گزارش درس‌های کلیدی گرفته شده از مجموعه مرورهای کیفیت مراقبت و درمان OECD را ارائه می‌دهد. همچنان که هزینه‌های سلامت افزایش می‌یابد سیاستمداران با چالش‌های جدیدی در مورد خارج ضروری سلامت روبرو می‌شوند. درعین حال نگرانی در مورد کیفیت پایین خدمات ارائه شده به بیمار افزایش می‌یابد. برخلاف این موضوع عدم اطمینان قابل توجهی وجود دارد که چه استراتژی‌هایی برای ارائه خدمت امن و اثربخش بهتر است و کدام سیاست بهبود کیفیت می‌تواند به ارائه بهترین درمان با کمترین هزینه کمک کند.</p>
<b>Health Data Governance</b>		
	۲۰۱۵	<p>این مطالعه کشورهای عضو OECD را با ارزیابی داده‌های در دسترس موجود حمایت می‌کند و مکانیسم‌های کلیدی راهبری اطلاعات را که منفعت بیمار و جامعه را به حداکثر می‌رساند مشخص می‌کند، همچنین خطر حریم بیمار و اعتماد جمعی و اطمینان به ارائه‌دهندگان و دولت‌ها را به حداقل می‌رساند.</p>
<b>Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care</b>		
	۲۰۱۱	<p>این گزارش به بررسی نحوه عملکرد کشورها در توانایی پیشگیری، مدیریت و درمان بیماری‌های قلبی عروقی (دیابت و قلب و عروق) می‌پردازد. ۵۰ سال گذشته شاهد بهبود قابل ملاحظه‌ای در نتایج CVD بوده‌ایم. از سال ۱۹۶۰، میزان مرگومیر بیماری‌های CVD به میزان بیش از ۶۰ درصد کاهش یافته است، اما این پیشرفت‌ها در کشورهای OECD به‌طور مساوی گسترش نیافته و شیوع رو به افزایش دیابت و چاقی تهدیدی برای دستاوردهای گذشته است. این گزارش به بررسی نحوه ارائه برنامه‌ها و خدمات مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت می‌پردازد.</p>

### OECD Framework for health system performance measurement



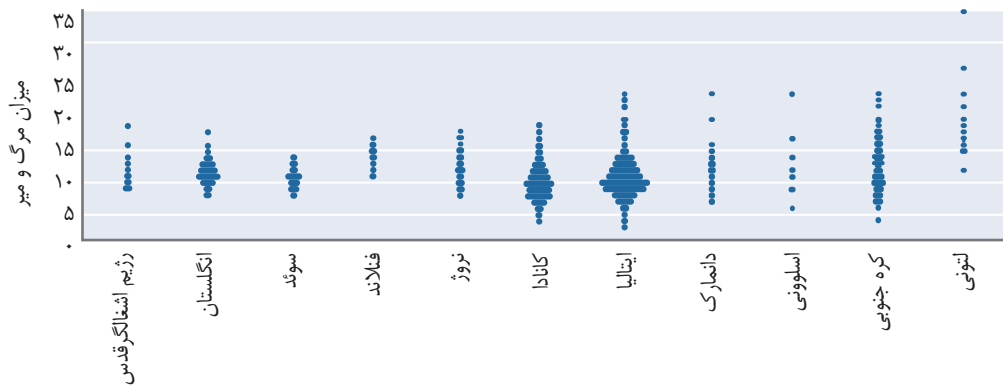
شکل ۱۵: چارچوب OECD برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت



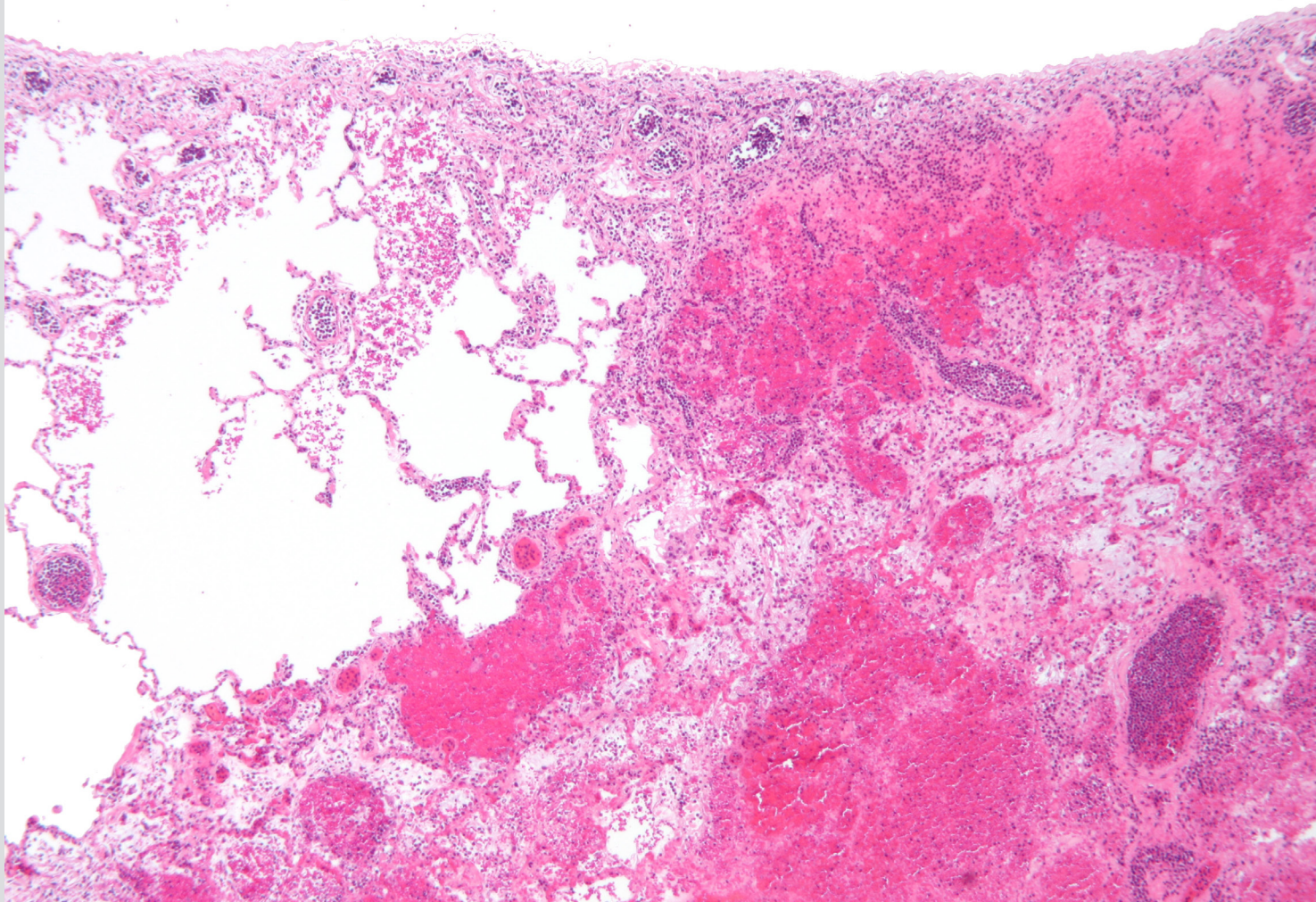
## آمارهای سلامت در OECD

### مقیاس سنجش عملکرد سلامت و نظام‌های سلامتی

OECD Health Statistics و Health at a Glance به ترتیب پایگاه داده‌های آماری و انتشارات مقایسه بین‌المللی سلامت و نظام‌های سلامت هستند که به سیاست‌گذاران، محققان، ژورنالیست‌ها و شهروندان کمک می‌کند که عملکرد نظام‌های سلامت در OECD و کشورهای عضو را مقایسه کند. این سازمان آمارهای استاندارد و قابل‌مقایسه سلامت و شاخص‌های وضعیت سلامت، عوامل خطر، منابع انسانی و فیزیکی، بهره‌مندی از خدمات سلامت، کیفیت خدمات، بازار دارویی، مراقبت بلندمدت و هزینه‌های سلامت و تأمین مالی را تولید می‌کند، شکاف‌های اطلاعاتی وسیع را پر می‌کند و به مسائل در حال ظهور در نظام‌های سلامت پاسخ می‌دهد.



شکل ۱۶: پراکندگی میزان مرگ‌ومیر ناشی از انفارکتوس حاد بیماران بستری در بیمارستان در بین کشورهای عضو OECD در سال ۲۰۱۷



## پوشش همگانی سلامت

### همکاری برای تقویت نظام‌های سلامتی

در سال ۲۰۱۵ همه کشورها اهداف توسعه پایدار (SDGs) از جمله تعهد به دستیابی پوشش همگانی سلامت (UHC) تا سال ۲۰۳۰ را تصویب کردند. اکثر کشورهای OECD در حال حاضر به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند، اما هزینه‌ها به سبب سالخوردگی جمعیت، افزایش بیماری‌های غیرواگیر و هزینه‌های بالای تکنولوژی رشد می‌کند. بسیاری از کشورهای دیگر، هنوز برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در تلاش‌اند اما شواهد نشان می‌دهد که UHC برای کشورهای دارای درآمد بالا و درآمد متوسط مقرون‌به‌صرفه‌تر است.

### همراهی با سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی

OECD از کشورها برای تقویت نظام‌های سلامت خود، با گفتگو و همکاری با دولت‌های در حال توسعه و اقتصادهای نوظهور برای بررسی و حل مسائل سلامت جهانی و چالش‌های مشترک، حمایت می‌کند. این موضوع را با مشارکت این دو سازمان انجام می‌دهد.

## ساخت نظام‌های سلامت مردم محورتر

در پاسخ به نیاز ثبات مالی، بسیاری از کشورها در حال تلاش برای تغییر نظام‌های سلامت خود هستند تا آن‌ها را بیشتر مردم محور کنند. امروزه بسیاری از نظام‌های سلامت به سمت درمان عواقب بد بیماری به جای حفظ سلامت افراد برای مدت طولانی‌تر، سوق داده شده‌اند.

پس از نشست وزیران بهداشت OECD در ۱۷ ژانویه ۲۰۱۷، OECD در حال توسعه یک چارچوب سیاستی برای کمک به کشورها برای نظام‌های سلامت خود از منظر مردم محور بودن است. با ارائه یک ارزیابی قوی در مورد رابطه نظام‌های سلامت با اهداف مردم محور، این چارچوب به اصلاحات مربوط به ارائه خدمات در سطح کشور، تأمین مالی نظام سلامت و در پیشگیری از بیماری‌ها کمک خواهد کرد.

**عامل مهمی که مانع از دستیابی کشورها به UHC است، کمبود جهانی کارکنان سلامت است. OECD می‌داند که سرمایه‌گذاری در سلامت، سرمایه‌گذاری در رشد اقتصادی است، اما پیش‌بینی‌های صورت گرفته در گزارش کمیسیون سلامت، اشتغال و رشد اقتصادی، کمبود جهانی ۱۸ میلیون نفر از کارکنان سلامت، عمدتاً در کشورهای با درآمد پایین تا سال ۲۰۳۰ را روشن ساخت.**

OECD در حال همکاری با WHO و سازمان بین‌المللی کار برای ارائه یک برنامه پنج‌ساله برای اجرای توصیه‌های کمیسیون عالی در زمینه اشتغال و رشد اقتصادی است. این سازمان همچنین به‌عنوان بخشی از مشارکت سلامت بین‌المللی برای UHC 2030 به فعالیت می‌پردازد.





## جدول ۱۲: انتشارات مرتبط با پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت		
عنوان	سال انتشار	خلاصه
<b>OECD Health Statistics 2018</b>		
	۲۰۱۸	پایگاه داده آنلاین OECD Health Statistics 2018 در تاریخ ۲۸ ژوئن منتشر شد و در تاریخ ۸ نوامبر به روز شد. پایگاه اطلاعات سلامت OECD منبع جامع‌ترین آمار قابل مقایسه در وضعیت سلامتی و نظام سلامت در کشورهای OECD را ارائه می‌دهد و ابزاری ضروری برای انجام تجزیه و تحلیل تطبیقی و درس گرفتن از مقایسه بین‌المللی نظام‌های سلامتی مختلف است.
<b>Health at a Glance: Asia/Pacific 2018</b>		
	۲۰۱۸	پنجمین شماره سلامت در یک نگاه (Health at a Glance) آسیا، اقیانوسیه، مجموعه‌ای از شاخص‌های کلیدی وضعیت سلامت، عوامل تعیین‌کننده سلامت، منابع سلامت و بهره‌مندی، هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و تأمین مالی و کیفیت مراقبت در ۲۷ کشور و مناطق آسیای میانه را ارائه می‌دهد. همچنین مجموعه‌ای از داشبوردها را برای مقایسه عملکرد در کشورهای مختلف و تجزیه و تحلیل موضوعی در مورد نابرابری‌های سلامتی فراهم می‌کند. با استفاده از طیف گسترده‌ای از منابع داده‌ها، بر اساس قالب استفاده‌شده در نسخه‌های قبلی سلامت در یک نگاه نگاشته شده است و خوانندگان را در درک بهتر عوامل مؤثر بر سلامت جمعیت و عملکرد نظام‌های سلامت در این کشورها و مناطق راهنمایی می‌کند. هر یک از شاخص‌ها در یک فرمت کاربرپسند ارائه شده است که شامل نمودارهایی است که نشان‌دهنده تغییرات در کشورهای مختلف و در طول زمان است.
<b>Tackling Harmful Alcohol Use</b>		
	۲۰۱۷	این نسخه اطلاعات قابل مقایسه در مورد وضعیت سلامت جمعیت و عملکرد نظام سلامتی در کشورهای OECD را ارائه می‌دهد. همچنین هر جا ممکن بوده است اطلاعات مربوط به کشورهای شریک (برزیل، چین، کلمبیا، کاستاریکا، هند، اندونزی، لیتوانی، فدراسیون روسیه و آفریقای جنوبی) را گزارش می‌دهد. داده‌های ارائه‌شده در این گزارش برگرفته از آمار رسمی ملی است. این نسخه شامل تعدادی از شاخص‌های جدید (تا تاریخ انتشار)، به‌ویژه در مورد عوامل خطر برای سلامتی است. همچنین تأکید بیشتری بر تحلیل سری زمانی دارد. در کنار تجزیه و تحلیل شاخص، این نسخه عکس‌ها و شاخص‌های داشبورد که خلاصه عملکرد مقایسه‌ای کشورها است ارائه می‌دهد و فصل به‌خصوص در مورد عوامل اصلی تعیین‌کننده امید زندگی دارد.

## داشبورد شاخص‌های اندازه‌گیری انسجام سیاسی و سازمانی برای مهاجرت و توسعه<sup>۱</sup>

### ابزار ارزیابی<sup>۲</sup> برای سیاستگذاران

داشبورد شاخص‌های اندازه‌گیری انسجام سیاسی و سازمانی برای مهاجرت و توسعه (PICMD) یک ابزار کاربرپسند است که توسط گروه کارشناسی KNOMAD در زمینه سیاست و انسجام سازمانی ایجاد شده است.

هدف داشبورد این است که مشخص کند چه میزان از سیاست‌های عمومی و ساختارهای سازمانی با بهترین شیوه‌های بین‌المللی برای به حداقل رساندن خطرات و به حداکثر رساندن منافع توسعه مهاجرت انسجام دارد و می‌تواند توسط سیاستگذاران داخلی و سایر ذینفعان مانند محققان، جامعه غیرنظامی<sup>۳</sup> و سازمان‌های بین‌المللی مورد استفاده قرار گیرد. برای سیاستگذاران، داشبورد باید در طول فرآیند فرمول‌بندی سیاسی<sup>۴</sup>، ارزیابی و تنظیم سیاست، به‌عنوان یک ابزار بسیار مفید بکار بیاید.

با شناخت از این که کشورها با شرایط منحصر به فرد ملی مواجه می‌شوند و فرصت‌ها و چالش‌های متمایزی را نشان می‌دهند و همچنین خودشان را در مراحل مختلف توسعه سیاسی در برابر مهاجرت و توسعه می‌بینند، هدف از داشبورد این نیست که در سیاست‌های دولت با عنوان “صحیح<sup>۵</sup>” یا “غلط<sup>۶</sup>” مداخله کند. در عوض، هدف از داشبورد کمک به کشورها برای:

- ارزیابی سیاست‌های موجود و آرایش‌های سازمانی خود در بخش‌های مختلف مربوط به مهاجرت و توسعه است؛
- در نظر بگیرد که چه سیاست‌ها و نهادهایی ممکن است برای به حداکثر رساندن تأثیر مثبت مهاجرت در توسعه مورد نیاز باشد.

### ایجاد داشبورد بر اساس شواهد موجود و فرایند مشورتی گسترده

داشبورد توسط گروه کاری موضوعی<sup>۷</sup> و تیم تحقیقاتی آن، ایجاد شده است که شامل محققانی از مرکز توسعه OECD و دانشکده مدیریت دولتی Maastricht است. شاخص‌ها بر مبنای بررسی گسترده‌ای از مطالب در اندازه‌گیری انسجام سیاست‌ها<sup>۸</sup> و ارتباطات علت و معلولی میان مهاجرت و توسعه بوده و از طریق مذاکرات گسترده‌ای با سیاستگذاران ملی، کارشناسان و نمایندگان جامعه غیرنظامی و سازمان‌های بین‌المللی صورت گرفته است.

شاخص‌ها تحت ۵ بعد سیاستی طبقه‌بندی شده‌اند:

- تقویت یکپارچگی سازمانی؛
- کاهش هزینه مهاجرت؛
- محافظت از حقوق مهاجران و خانواده‌هایشان؛
- ترویج ادغام مهاجران؛
- توسعه تأثیر مهاجرت.

Literature review on causal linkages and measuring policy coherence

Developing preliminary indicators

Consultations with policy makers, experts and civil society

Piloting the dashboard

شکل ۱۷: مراحل جمع‌آوری داده‌ها برای داشبورد OECD

1. Dashboard of indicators for measuring policy and institutional coherence for migration and development
2. A stock-taking tool
3. civil society
4. policy formulation
5. right
6. wrong
7. Thematic Working Group
8. policy coherence

جستجو براساس کلمات کلیدی در سراسر تم‌ها و داده‌ها

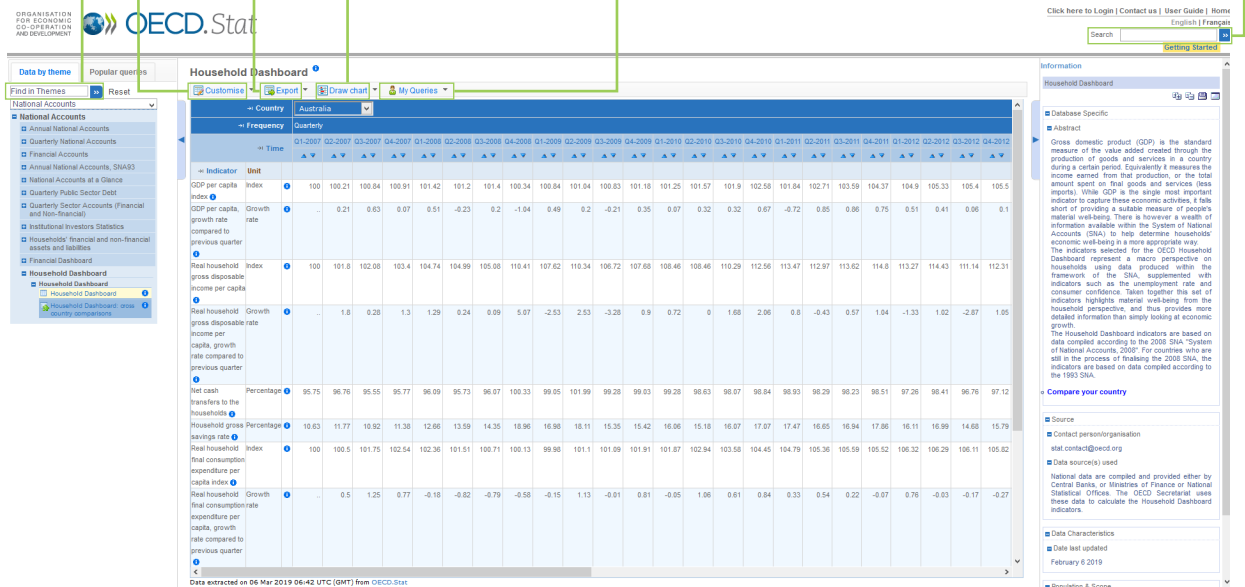
مشخص کردن ابعاد، انتخاب متغیرها، تغییر طراحی جدول و مشاهده تنظیمات جدول

فرستادن داده‌ها به Excel/CSV/SDMX

رسم نمودار با استفاده از داده‌های انتخاب شده

ذخیره و مدیریت سؤالات

ابزار جستجو



شکل ۱۸: نمای کلی داشبورد OECD

جدول ۱۳: شاخص‌های گزارش شده در دانشبورد OECD در حوزه سلامت

<b>Health</b>
Health expenditure and financing
<b>Health expenditure and financing</b>
Health expenditure and financing
Primary care services
Revenues of health care financing schemes
<b>Additional indicators</b>
Gross fixed capital formation in the health care system
Input costs for health care provision
<b>Expenditure by disease, age and gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework</b>
Current health spending by disease (ICD)
Inpatient/Hospital spending by disease (ICD)
Outpatient/ambulatory spending by disease (ICD)
Medical goods spending by disease (ICD)
Current health spending by age
<b>Health Status</b>
Health Status
Mortality
Life expectancy
Causes of mortality
Maternal and infant mortality
Potential years of life lost
Morbidity
Perceived health status
Perceived health status by age and gender
Perceived health status by socio-economic status
Infant health
Communicable diseases
Cancer
Injuries
Absence from work due to illness
<b>Non-Medical Determinants of Health</b>
Non-Medical Determinants of Health
Tobacco consumption
Alcohol consumption

Food supply and consumption
Body weight
<b>Health Care Resources</b>
Health Care Resources
Total health and social employment
Physicians
Physicians by age and gender
Physicians by categories
Midwives
Nurses
Caring personnel (Personal care workers)
Dentists
Pharmacists
Physiotherapists
Hospital employment
Graduates
Remuneration of health professionals
Hospitals
Hospital beds
Medical technology
<b>Health Workforce Migration</b>
Health Workforce Migration
Migration of doctors
Migration of nurses
Foreign-trained doctors by country of origin - Stock
Foreign-trained doctors by country of origin - Annual inflow
Foreign-trained nurses by country of origin - Stock
Foreign-trained nurses by country of origin - Annual inflow
<b>Health Care Utilisation</b>
Health Care Utilisation
Consultations
Immunisation
Screening
Hospital aggregates
Hospital discharges by diagnostic categories
Hospital average length of stay by diagnostic categories
Diagnostic exams

Surgical procedures
Waiting times
<b>Health Care Quality Indicators</b>
Health Care Quality Indicators
Primary Care
Prescribing in primary care
Acute Care
Mental Health Care
Patient Safety
Cancer Care
Patient Experiences
<b>Pharmaceutical Market</b>
Pharmaceutical Market
Pharmaceutical consumption
Pharmaceutical sales
Generic market
<b>Long-Term Care Resources and Utilisation</b>
Long-Term Care Resources and Utilisation
Long-term care workers: formal sector
Formal long-term care workers at home
Formal long-term care workers in institutions
Beds in nursing and residential care facilities
Long-term care recipients
<b>Social Protection</b>
Social Protection
Total public and primary private health insurance
Government/social health insurance
Private health insurance
<b>Demographic References</b>
Demographic References
General demographics
Population age structure
Labour force
<b>Economic References</b>
Economic References
Macro-economic references
Monetary conversion rates



جدول ۱۴: فهرست انتشارات OECD در حوزه سلامت

No.	Title	Year
1	Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines	2018
2	Stemming the Superbug Tide - Just A Few Dollars More	2018
3	Delivering Quality Health Services: A Global Imperative	2018
4	Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia	2018
5	Preventing Ageing Unequally	2017
6	Primary Care in Denmark	2017
7	New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability	2017
8	Tackling Wasteful Spending on Health	2017
9	Better Ways to Pay for Health Care	2016
10	Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places	2016
11	Case-based Payment Systems for Hospital Funding in Asia	2015
12	Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case	2015
13	Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research	2015
14	Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives	2015
15	Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care	2015
16	Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy	2015
17	Addressing Dementia: The OECD Response	2015
18	Dementia Research and Care: Can Big Data Help?	2015
19	Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?	2014
20	Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability	2014
21	Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care	2014
22	Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival	2013
23	A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care	2013
24	Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance	2013

No.	Title	Year
25	Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works?	2013
26	Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities	2011
27	Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care	2011
28	Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings	2010
29	Improving Value in Health Care: Measuring Quality	2010
30	Value for Money in Health Spending	2010
31	Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat	2010
32	Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies	2010
33	Achieving Better Value for Money in Health Care	2009
34	The Looming Crisis in the Health Workforce	2008
35	Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market	2008
36	Health Technologies and Decision Making	2005
37	Long-term Care for Older People	2015
38	Private Health Insurance in OECD Countries	2004
39	Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies	2004
40	Towards High-Performing Health Systems	2004
41	A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at what Cost?	2003
42	Measuring Up - Improving health system performance in OECD countries	2002
<b>HEALTH STATISTICAL PUBLICATIONS</b>		
43	Health at a Glance: Asia/Pacific 2018	2018
44	Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle	2018
45	OECD Health Statistics 2018	2018
46	Health at a Glance 2017: OECD Indicators	2017
47	A System of Health Accounts	2011; revised: 2017

# Health Working Papers

This series is designed to make available to a wider readership health studies prepared for use within the OECD. Authorship is usually collective, but principal writers are named. The papers are generally available only in their original language - English or French - with a summary in the other.

1	Health literacy for people-centred care - Where do OECD countries stand?	2018 (Liliane Moreira)
2	The economics of patient safety in primary and ambulatory care - Flying blind	2018 (Ane Auraaen, Luke Slawomirski and Niek Klazinga)
3	Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency	2018 (Rabia Khan and Karolina Socha-Dietrich)
4	Which policies increase value for money in health care?	2018 (Luca Lorenzoni, Fabrice Murtin, Laura-Sofia Springare, Ane Auraaen, Frédéric Daniel)
5	Inclusive growth and health	2017 (Chris James, Marion Devaux, Franco Sassi)
6	Measuring patient experiences (PREMS)	2017 (Nicolaas S. Klazinga, Rie Fujisawa)
7	How much do OECD countries spend on prevention?	2017 (Michael Gmeinder, David Morgan, Michael Mueller)
8	Diet, physical activity and sedentary behaviours	2017 (Sahara Graf, Michele Cecchini)
9	Readiness of electronic health record systems to contribute to national health information and research	2017 (Jillian Oderkirk)
10	Nurses in advanced roles in primary care - Policy levers for implementation	2017 (Claudia B. Maier, Linda H. Aiken, Reinhard Busse)
11	Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness	2017 (David McDaid, Emily Hewlett, A-La Park)

12	The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level	2017 (Luke Slawomirski, Ane Auraaen, Nicolaas S. Klazinga)
13	Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts	2017 (Alberto Marino, David Morgan, Luca Lorenzoni, Chris James)
14	Understanding variations in hospital length of stay and cost	2017 (Luca Lorenzoni, Alberto Marino)
15	Measuring social protection for long-term care	2017 (Tim Muir)
16	Cyclical vs structural effects on health care expenditure trends in OECD countries	2017 (Luca Lorenzoni, Jonathan Millar, Franco Sassi, Douglas Sutherland)
17	An OECD Analysis of Health Spending in Norway	2017 (David Morgan, Michael 18Gmeinder, Jens Wilkens)
18	How OECD health systems define the range of good and services to be financed collectively	2016 (Ane Auraaen, Rie Fujisawa, Grégoire de Lagasnerie, Valérie Paris)
19	The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries	(September 2016) Caroline Berchet, Carol Nader
20	Health care coverage in OECD countries in 2012	2016 (Valérie Paris, Emily Hewlett, Ane Auraaen, Jan Alexa, Lisa Simon)
21	Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges	2016 (Annalisa Belloni, David Morgan, Valérie Paris)
22	The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases	2015 (Marion Devaux, Franco Sassi)
23	International comparison of South African private hospital price levels	2016 (Luca Lorenzoni (OECD) and Tomas Roubal) (WHO)
24	Public Expenditure Projections for Health and Long-Term Care for China Until 2030	2015 (Luca Lorenzoni, David Morgan, Yuki Murakami, Chris James)
25	Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand	2015 (Caroline Berchet)

26	Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Sweden	2015 (Pauliina Patana)
27	Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): England	2015 (Emily Hewlett, Kierran Horner)
28	Assessing the Impacts of Alcohol Policies: A Microsimulation Approach	2015 (Michele Cecchini, Marion Devaux, Franco Sassi)
29	Alcohol Consumption and Harmful Drinking: Trends and Social Disparities Across OECD Countries	2015 (Marion Devaux, Franco Sassi)
30	Tapering payments in hospitals: Experiences in OECD countries	2015 (Grégoire de Lagasnerie, Valérie Paris, Michael Mueller, Ankit Kumar)
31	Wage-setting in the Hospital Sector	2014 (James Buchan, Ankit Kumar, Michael Schoenstein)
32	Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries	2014 (Kees van Gool, Mark Pearson)
33	Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally - Results of a Eurostat/OECD Project	2014 (Francette Koechlin, Paul Konijn, Luca Lorenzoni, Paul Schreyer)
34	Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Scotland	2014 (Alessia Forti)
35	Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Netherlands	2014 (Alessia Forti, Chris Nas, Alex van Geldrop, Gedrien Franx, Ionela Petrea, Ype van Strien, Patrick Jeurissen)
36	Mental Health Analysis Profiles 37(MhAPs): Finland	2014 (Pauliina Patana)
37	Mental Health Analysis Profiles (MhA39Ps): Italy	2014 (Alessia Forti)
38	Pricing and Competition in Specialist Medical Services: An Overview for South Africa	2014 (Ankit Kumar, Grégoire de Lagasnerie, Frederica Maiorano, Alessia Forti)

39	Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses	2014 (Tomoko Ono, Michael Schoenstein, James Buchan)
40	Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries	2014 (David Morgan, Roberto Astolfi)
41	Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries	2013 (Luigi Siciliani, Valerie Moran, Michael Borowitz)
42	The Role of Fiscal Policies in Health Promotion	2013 (Franco Sassi, Annalisa Belloni, Chiara Capobianco)
43	Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries	2013 (Ankit Kumar and Michael Schoenstein)
44	Value in Pharmaceutical Pricing	2013 (Valérie Paris and Annalisa Belloni)
45	Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries	2013 (Tomoko Ono, Gaetan Lafortune, Michael Schoenstein)
46	International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures	2013 (Klim McPherson, Giorgia Gon, Maggie Scott)
47	Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?	2013 (David Morgan and Roberto Astolfi)
48	A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods	2012 (Roberto Astolfi, Luca Lorenzoni, Jillian Oderkirk)
49	Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009	2012 (Marion Devaux and Michael de Looper)
50	The Impact of Pay Increases on Nurses' Labour Market: A Review of Evidence from Four OECD Countries	2011 (James Buchan and Steven Black)
51	Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products in Seven OECD Countries	2011 (Luca Lorenzoni and Mark Pearson)
52	Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues	2011 (Juan G. Gay, Valérie Paris, Marion Devaux and Michael De Looper)

53	Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries	2011 (Juan G. Gay, Valérie Paris, Marion Devaux and Michael De Looper)
54	Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of Pilot Study	2010 (Francette Koechlin, Luca Lorenzoni and Paul Schreyer)
55	Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the system of Health Accounts Framework	2010 (Ravi P. Rannan-Eliya and Luca Lorenzoni)
56	Effective Ways to Realise Policy Reforms in Health Systems	2010 (Jeremy Hurst)
57	Health Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries	2010 (Valérie Paris, Marion Devaux and Lihan Wei)
58	The 61 Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis based on the OECD Data	2010 (Peter Scherer and Marion Devaux)
59	Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies	2009 (Franco Sassi, Michele Cecchini, Jeremy Lauer and Dan Chisholm)
60	Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009	2009 (Saskia Drösler, Patrick Romano, Lihan Wei)
61	Education and Obesity in Four OECD Countries	2009 (Franco Sassi, Marion Devaux, Jody Church, Michele Cecchini and Francesca Borgonovi)
62	The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries	2009 (Franco Sassi, Marion Devaux, Michele Cecchini and Elena Rusticelli)
63	The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand	2009 (Rie Fujisawa and Francesca Colombo)
64	Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries	2009 (Michael De Looper and Gaetan Lafortune)
65	Policies for Healthy Ageing: An Overview	2009 (Howard Oxley)
66	The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries?	2008 (Rie Fujisawa and Gaetan Lafortune)

67	International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities	2008 (Jean-Christophe Dumont, Pascal Zurn, Jody Church and Christine Le Thi)
68	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany (also available in available in Korean)	2008 (Valérie Paris and Elizabeth Docteur)
69	Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006	2008 (James Buchan, Susanna Baldwin and Miranda Munro)
70	The US Physician Workforce: Where Do We Stand?	2008 (Richard A. Cooper)
71	Migration policies of health professionals in France	2008 (Roland Cash and Philippe Ulmann)
72	Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy	2008 (Linda H. Aiken and Robyn Cheung)
73	Immigration of Health Professionals to Italy	2008 (Jonathan Chaloff)
74	Health Workforce and International Migration: Can New Zealand Compete?	2008 (Pascal Zurn and Jean-Christophe Dumont)
75	The Prevention of Lifestyle-related Chronic Diseases: an Economic Framework	2008 (Franco Sassi and Jeremy Hurst)
76	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Slovakia	2008 (Zoltan Kalo, Elizabeth Docteur and Pierre Moïse)
77	Improved Health System Performance Through Better Care Coordination   Annex	2007 (Maria M. Hofmarcher, Howard Oxley, and Elena Rusticelli)
78	Health Care Quality Indicators Project - 2006 data collection update report	2007 (Sandra Garcia Armesto, Maria Luisa Gil Lapetra, Lihan Wei, Edward Kelley and the Members of the HCQI Expert Group)
79	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden (also available in Slovak)	2007 (Pierre Moïse and Elizabeth Docteur)
80	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland	2007 (Valérie Paris and Elizabeth Docteur)



81	Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications	2007 (Gaetan Lafortune, Gaëlle Balestat, and the Disability Study Expert Group Members)
82	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico	2007 (Pierre Moïse and Elizabeth Docteur)
83	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada	2006 (Valérie Paris and Elizabeth Docteur)
84	Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper	2006 (Edward Kelley and Jeremy Hurst)
85	Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report	2006 (Soeren Mattke, Edward Kelley, Peter Scherer, Jeremy Hurst, Maria Luisa Gil Lapetra and the HCQI Expert Group Members)
86	The Supply of Physician Services in OECD Countries	2006 (Steven Simoens and Jeremy Hurst)
87	Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?	2005 (Jens Lundsgaard)
88	Tackling Nurse Shortages in OECD Countries	2005 (Steven Simoens, Mike Villeneuve and Jeremy Hurst)
89	Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study	2004 (Nicole Tapay and Francesca Colombo)
90	Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles	2005 (James Buchan and Lynn Calman)
91	SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis	2004 (Eva Orosz and David Morgan)
92	Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems	2004 (Francesca Colombo and Nicole Tapay)
93	Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries	2004 (Eddy van Doorslaer and Cristina Masseria)

94	Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis	2004 (Pierre Moïse, Michael Schwarzingger, Myung-Yong Um and the Dementia Experts' Group)
95	Private Health Insurance in France	2004 (Thomas C. Buchmueller and Agnes Couffinhal)
96	The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges	2004 (Francesca Colombo and Nicole Tapay)
97	Private Health Insurance in Ireland: A Case Study	2004 (Francesca Colombo and Nicole Tapay)
98	Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience	2003 (Elizabeth Docteur and Howard Oxley)
99	Private Health Insurance in Australia: A Case Study	2003 (Francesca Colombo and Nicole Tapay)
100	Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries	2003 (Luigi Siciliani and Jeremy Hurst)
101	Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD countries Annex 1 Annex 2	2003 (Jeremy Hurst and Luigi Siciliani)
102	Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries   Annex	2003 (Lynelle Moon, Pierre Moïse, Stéphane Jacobzone and the ARD-Stroke Experts Group)
103	Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries	2003 (Michael Dickson, Jeremy Hurst and Stéphane Jacobzone)
104	OECD Study of Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease Annex 1: Tables and Charts Annex 2: Charts	2003 (Pierre Moïse, Stéphane Jacobzone and the ARD-IHD Experts Group)
105	Investment in Population Health in Five OECD Countries	2003 (Jan Bennett)
106	Pharmaceutical Use and Expenditure for Cardiovascular Disease and Stroke: a Study of 12 OECD Countries	2003 (Michael Dickson and Stéphane Jacobzone)

### Health Statistics

The OECD carries out work on health data and indicators to improve international comparisons and economic analyses of health systems.

### OECD Health Statistics 2018

The main OECD Health database includes more than 1200 indicators covering all aspects of health systems for the 36 OECD member countries, as well as key partners. Access time series in 12 datasets, and the full list of indicators in various languages. The full information on definitions, sources and methods is also available in one single user-friendly document.

### Health Care Quality and Outcomes

The HCQO project compares the quality of health services in different countries. Access data on the following topics: Primary Care, Prescribing in Primary Care, Acute Care, Mental Health Care, Patient Safety, Cancer Care and Patient Experiences.

### Health Expenditure: A System of Health Accounts (SHA)

Access the latest data and main comparative tables and charts on health expenditure.

### Health at a Glance

This series of key statistical publications provides the latest comparable data on different aspects of the performance of health systems in OECD countries.

The latest issues include Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle, Health at a Glance: Asia/Pacific 2018 and Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Access the PDF versions or web books for those publications, and the full data sets through StatLinks, free of charge.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت بر روی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به‌کارگیری ظرفیت‌های دانشی بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات پردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری کند.

## مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران



تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران

[nihr.tums.ac.ir](http://nihr.tums.ac.ir)

