

مسئولیت اجتماعی شرکتی (CSR)

مسیر توسعه پایدار نظام سلامت

مهر ۱۴۰۴

این سند توسط تیم شرکت مشاوران تالائی سازان در ایران تهیه گردیده است و لذا کلیه حقوق این سند متعلق به شرکت مشاوران تالائی سازان می باشد و استفاده از چارچوب، محتوا و طراحی آن بدون کسب مجوز از این شرکت خلاف قوانین تجاری جمهوری اسلامی ایران می باشد. شرکت مشاوران تالائی سازان: تهران، ایران.

پیشگفتار

در جهان امروز، هزینه‌های نظام سلامت را می‌توان به سه دسته اصلی تقسیم کرد: بهداشت، درمان و توان‌بخشی که در این دسته‌بندی، بهداشت کم‌هزینه‌ترین و توان‌بخشی پرهزینه‌ترین نوع مداخلات به شمار می‌آید، با این حال تمایل عمومی و حتی سیاست‌گذاری‌ها بیشتر به سمت بخش‌های پرهزینه‌تر، یعنی درمان و توان‌بخشی معطوف شده است که دلیل این امر روشن است: برای سرمایه‌گذاران، سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت اغلب توجیه اقتصادی نداشته و برای مردم نیز هزینه در این بخش، بر خلاف درمان یا توان‌بخشی، گاهی چندان ملموس یا ضروری تلقی نمی‌شود.

با این وجود، در بسیاری از کشورها با درآمد و تولید ناخالص داخلی قابل‌توجه، سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت و پیشگیری به‌عنوان رویکردی رایج و پذیرفته‌شده دنبال می‌شود و در ادبیات سلامت عمومی نیز نقش آن در کاهش بار بیماری و ارتقای کیفیت زندگی برجسته شده است.

در ایران، حتی با وجود وضعیت نگران‌کننده برخی شاخص‌های سلامت و فشار فزاینده بر زیرساخت‌های درمانی، به دلیل محدودیت‌های بودجه‌ای دولت، ساختار تأمین مالی موجود و غلبه سیاست‌های درمان‌محور، این حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته و این خود پرسشی اساسی پیش روی ما قرار می‌دهد: چگونه می‌توان مسیر سرمایه‌گذاری در بهداشت را تقویت و جبران کرد؟

در این گزارش و آنچه در ادامه می‌آید، تلاش شده است ضرورت هدایت منابع مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها به سمت سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت و پیشگیری تبیین شود؛ مسیری که بنا بر شواهد، علاوه بر ارتقای رفاه عمومی، به توسعه پایدار نظام سلامت و خلق ارزش بلندمدت برای بنگاه‌های اقتصادی نیز پیوند خورده است.



سید محمد میرابوالحسنی

مدیرعامل شرکت مشاوران تعالی سازان

خلاصه مدیریتی

بخش اول: دغدغه توسعه

آیا نظام سلامت ایران واقعاً در مسیر توسعه قرار دارد؟

داده‌ها نشان می‌دهد با وجود افزایش سرانه پزشک و تخت بیمارستانی، شاخص‌های کیفی سلامت در ایران روندی نگران‌کننده دارند. بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطان و دیابت با سرعتی بیش از مرگ‌ومیر در حال افزایش‌اند، که بیانگر ناکامی در پیشگیری و کنترل علل بروز آن‌هاست همچنین شاخص DALY که مجموع سال‌های از دست‌رفته به دلیل مرگ زودرس و سال‌های سپری‌شده با ناتوانی را نشان می‌دهد، در ایران برخلاف بسیاری از کشورها رو به رشد است، به‌ویژه در بیماری‌های مزمن و بلندمدت مرتبط با سبک زندگی ناسالم. تمرکز بر توسعه زیرساخت‌های درمانی بدون تقویت بهداشت، نظام سلامت را به چرخه‌ای پرهزینه و ناپایدار سوق داده است.

بخش دوم: چالش توسعه

چرا با وجود اثربخشی بهداشت عمومی، تمرکز اصلی همچنان بر درمان باقی مانده است؟

خدمات درمانی بازگشت سرمایه سریع دارند، اما خدمات بهداشتی به دلیل ماهیت پیشگیرانه و غیرانتفاعی، فاقد جذابیت اقتصادی‌اند و بار مالی آن‌ها بر دوش منابع محدود دولت‌هاست. منابع مکمل مانند خیریه‌ها و کمک‌های بین‌المللی نیز به دلیل پراکندگی و مقطعی بودن، اثرگذاری پایدار ندارند. در این میان، مشارکت هدفمند شرکت‌ها در قالب مسئولیت اجتماعی می‌تواند منبعی شفاف و ماندگار برای تقویت بهداشت عمومی و هم‌افزایی با اهداف نظام سلامت باشد.

بخش سوم: مسیر توسعه

مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها (CSR) واقعاً به چه معناست و وضعیت هزینه‌کرد شرکت‌های ایرانی چگونه است؟

مسئولیت اجتماعی شرکتی (CSR) تعهدات اخلاقی، اجتماعی و زیست‌محیطی شرکت‌ها را فراتر از سودآوری بیان می‌کند. در ایران، تنها ۳۶٪ از شرکت‌های بورسی هزینه‌ای برای CSR ثبت کرده‌اند که کمتر از ۱٪ سود خالص آن‌ها را شامل می‌شود و عمدتاً صرف پروژه‌های کوتاه‌مدت شده است.

آیا همه‌ی شرکت‌ها باید منابع مسئولیت اجتماعی خود را الزاماً در حوزه بهداشت صرف کنند؟

تحلیل استانی بر اساس سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP) و امید به زندگی پیشنهاد می‌کند استان‌های کم‌برخوردار سلامت را در اولویت CSR قرار دهند و استان‌های با شاخص‌های سلامت مطلوب منابع را به حوزه‌های دیگر اختصاص دهند.

۱. Corporate Social Responsibility



فهرست مطالب

بخش اول دغدغه توسعه

- تصویر نظام سلامت ۰۶
- توسعه خدمات درمانی ۰۷
- وضعیت کلی سلامت ۰۸

بخش دوم چالش توسعه

- بهداشت یا درمان؟ ۱۵
- درمان یک کالای خصوصی ۱۶
- بهداشت یک کالای عمومی ۱۷
- تامین پایداری چرخه ۱۸

بخش سوم مسیر توسعه

- مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها ۲۳
- مسئولیت اجتماعی و ایران ۲۵
- سرمایه‌گذاری استانی ۳۱



بخش اول

دغدغه توسعه

تصویر نظام سلامت

روزانه خبرهای متناقضی از وضعیت نظام سلامت ایران منتشر می‌شود. از یک‌سو، گزارش‌هایی درباره رشد زیرساخت‌ها، افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان علوم پزشکی، توسعه و تجهیز مراکز درمانی، و همچنین حضور گسترده خیریه‌ها در عرصه سلامت، تصویری نسبتاً امیدوارکننده از روند توسعه این بخش ارائه می‌دهند. اما در سوی دیگر، داده‌ها و آمارهای روبه‌افزایش مربوط به بیماری‌های غیرواگیر، از جمله بیماری‌های قلبی‌عروقی، انواع سرطان و دیابت، در کنار نرخ بالای مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها، پرسشی بنیادی را پیش روی ما قرار می‌دهد:

آیا نظام سلامت ایران واقعاً در مسیر توسعه قرار دارد؟

برای پاسخ به این پرسش، لازم است تصویری دقیق‌تر و چندبُعدی از وضعیت سلامت ترسیم شود؛ تصویری که هم میزان توسعه منابع و زیرساخت‌ها را نشان دهد و هم پیامدهای واقعی این توسعه را بر زندگی مردم بررسی کند. به همین منظور مجموعه‌ای از شاخص‌های کلیدی از منابع معتبر ملی و جهانی گردآوری و تحلیل شد.

در بعد ظرفیت‌های فیزیکی، شاخص‌های سرانه پزشک و سرانه تخت بیمارستانی مورد توجه قرار گرفتند. این شاخص‌ها نه تنها سطح دسترسی جمعیت به خدمات درمانی را بازتاب می‌دهند، بلکه توان بالقوه کشور در ارائه مراقبت‌های پزشکی و مدیریت تقاضای سلامت را نیز آشکار می‌سازند، در مقابل، برای سنجش پیامدها و نتایج حاصل از عملکرد نظام سلامت، شاخص‌های روند شیوع و مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر و همچنین شاخص ترکیبی سال‌های از دست‌رفته عمر سالم (DALY) انتخاب شدند. DALY به دلیل ترکیب دو بُعد حیاتی یعنی مرگ زودرس و زندگی همراه با ناتوانی، تصویری جامع از وضعیت سلامت عمومی فراهم می‌آورد.

در نهایت، ارزیابی هم‌زمان این مجموعه از شاخص‌ها فرصتی فراهم می‌کند تا نظام سلامت ایران نه تنها از منظر زیرساخت‌ها و ظرفیت‌های ایجادشده، بلکه از زاویه پیامدهای ملموس و تأثیر آن بر کیفیت زندگی مردم مورد سنجش قرار گیرد. چنین رویکردی تصویری واقع‌بینانه از وضعیت نظام سلامت کشور ترسیم می‌کند.



توسعه خدمات درمانی

بررسی‌ها نشان می‌دهد که در دو دهه‌ی اخیر، بخش درمان ایران از نظر توسعه منابع فیزیکی، گسترش زیرساخت‌های بیمارستانی و افزایش نیروی انسانی متخصص، رشد چشمگیری را تجربه کرده است. این روند افزایشی به‌ویژه در دهه ۱۳۹۰ شتاب گرفته و از یک رشد تدریجی به یک جهش ملموس تبدیل شده است.

رشد
۹۸ درصد

سرانه پزشک از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ نزدیک به ۹۸٪ افزایش یافته و به حدود ۱/۵ پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر رسیده است.

منبع: سالنامه‌های آماری سال ۱۳۷۹ و سال ۱۴۰۰-amar.org.ir

رشد
۲۶ درصد

سرانه تخت بیمارستانی در همین بازه زمانی ۲۶٪ رشد داشته و به حدود ۱/۹ تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت رسیده است.

منبع: سالنامه‌های آماری سال ۱۳۷۹ و سال ۱۴۰۰-amar.org.ir

از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۲۱

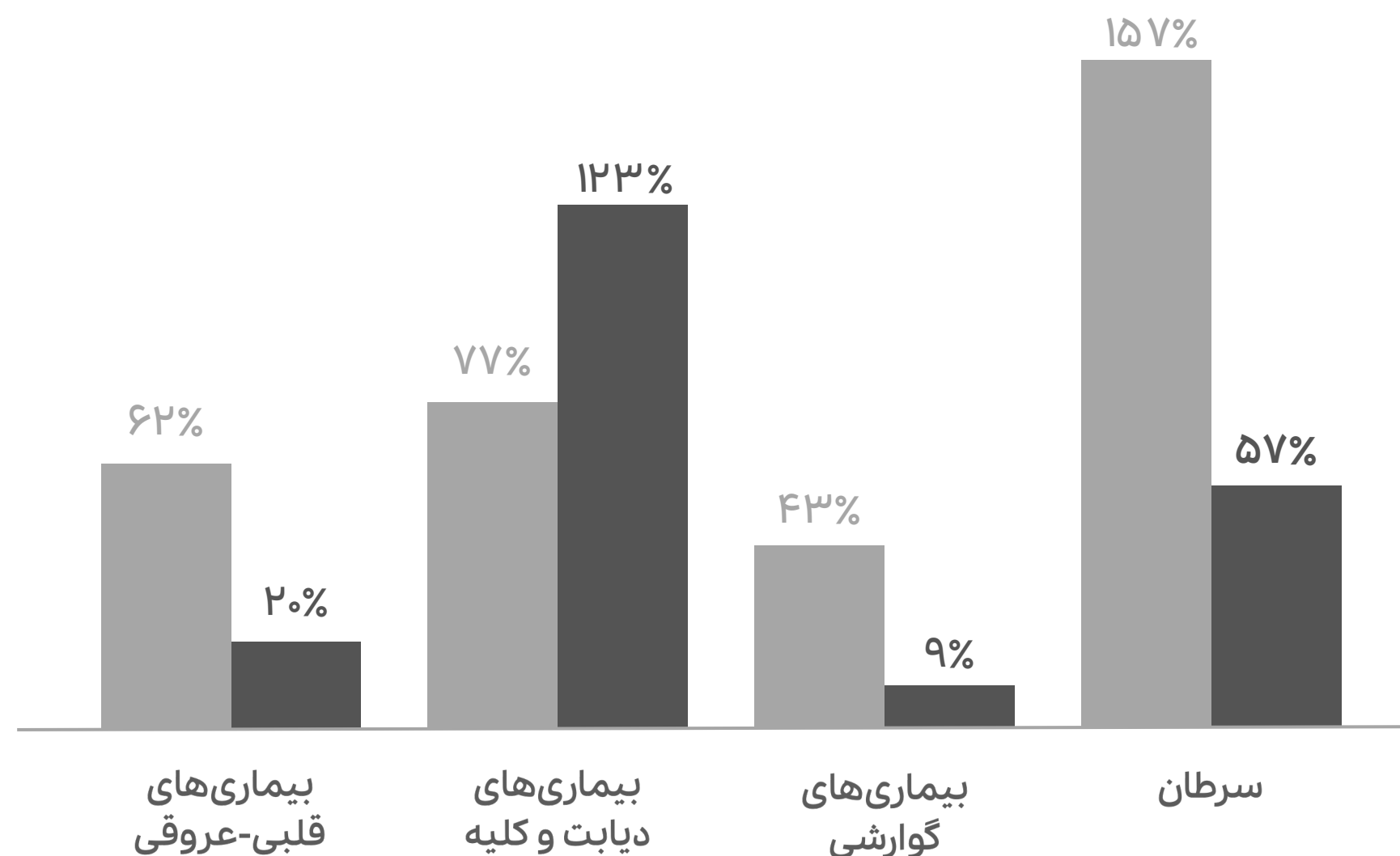
رشد شیوع

رشد مرگ و میر

اما افزایش ظرفیت، به‌تنهایی تضمینی برای ارتقای نتایج سلامت نیست. دسترسی بیشتر به پزشک و تخت، اگر با سیاست‌های پیشگیرانه، مراقبت مستمر و کیفیت درمان همراه نباشد، نمی‌تواند به کاهش بار بیماری یا بهبود کیفیت زندگی منجر شود.

نگاهی به شاخص‌های کلان سلامت در کشور تصویری هشداردهنده ترسیم می‌کند. در سطح کلی، نشانه‌ای از بهبود چشمگیر در وضعیت سلامت عمومی مشاهده نمی‌شود و حتی در بسیاری حوزه‌ها روندی معکوس پدید آمده است.

وضعیت کلی سلامت



منبع: IHME-healthdata.org



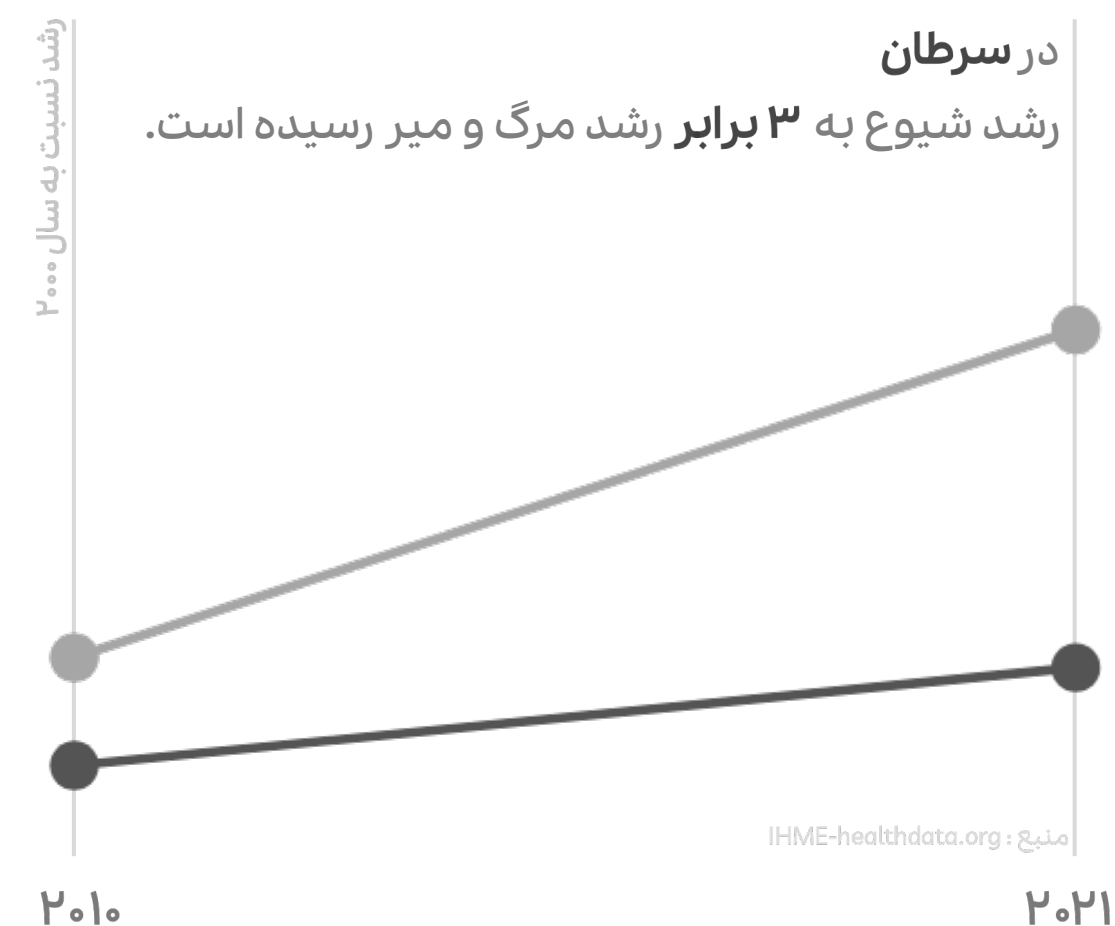
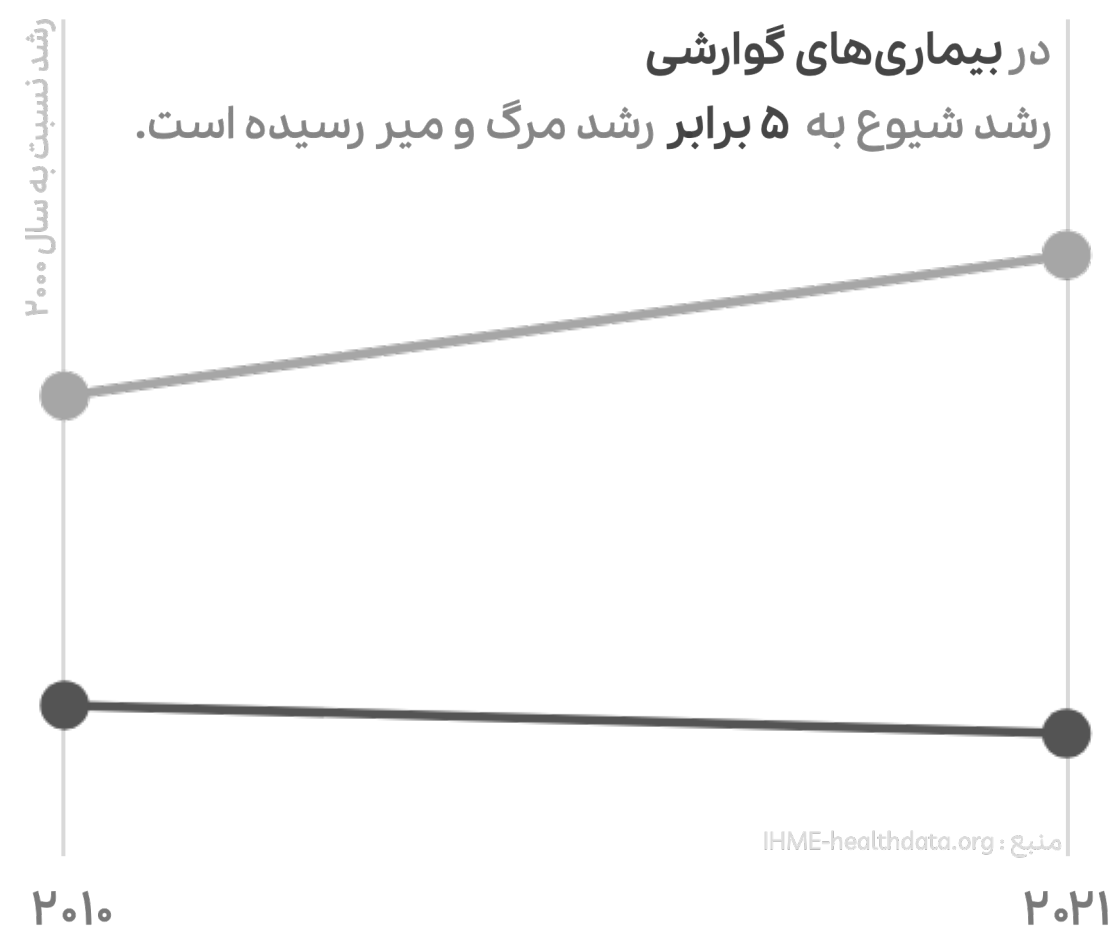
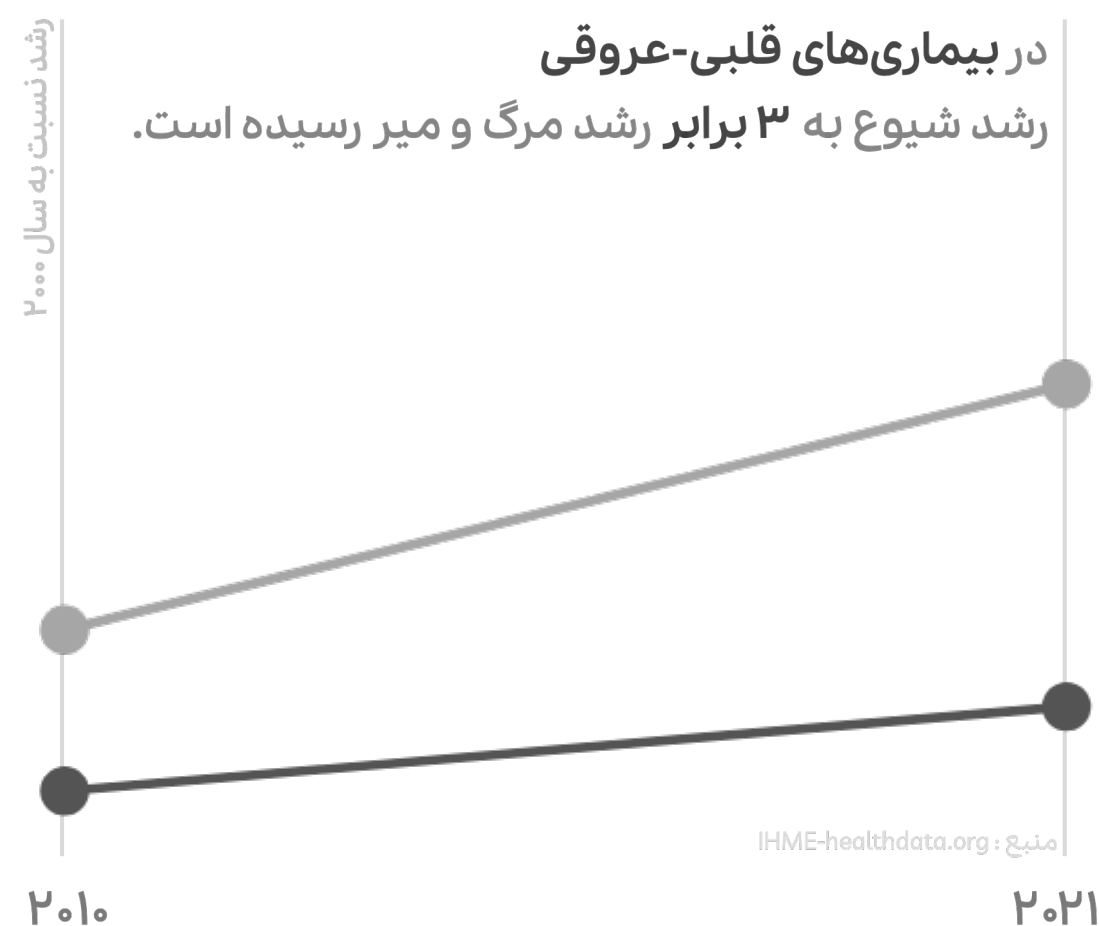
بررسی روندها نشان می‌دهد که در گروه‌های اصلی بیماری‌های غیرواگیر، **رشد شیوع** با سرعتی قابل‌توجه از **رشد مرگ‌ومیر** پیشی گرفته است. در مواردی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و گوارشی، این اختلاف کاملاً مشهود است. افزایش سریع‌تر شیوع نسبت به مرگ‌ومیر نشان می‌دهد که اگرچه مراقبت‌های درمانی تا حدی مرگ‌ومیر را کاهش داده‌اند، اما اقدامات پیشگیرانه برای مهار ابتلا کافی نبوده‌اند.

وضعیت کلی سلامت

سبقت شیوع از مرگ و میر

نسبت به سال ۲۰۰۰ میلادی

رشد شیوع با سرعتی قابل توجه از رشد مرگ و میر پیشی گرفته است.



وضعیت کلی سلامت

سنجش بار کلی بیماری‌ها

شاخص **DALY** یا **Disability-Adjusted Life Years** یکی از جامع‌ترین معیارها برای سنجش اثر بیماری‌ها بر سلامت عمومی محسوب می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد که بیماری‌ها چه میزان از «عمر سالم» افراد و جامعه را از بین می‌برند؛ چه به دلیل مرگ زودتر از سن مورد انتظار و چه به علت زندگی با ناتوانی و افت کیفیت زندگی روزمره.

برای نمونه، اگر فردی به دلیل بروز یک بیماری ۱۰ سال زودتر از میانگین عمر طبیعی فوت کند و پیش از آن نیز ۵ سال با محدودیت جسمی یا ناتوانی متوسط زندگی کرده باشد، مجموع این تأثیرات معادل ۱۵ سال عمر سالم ازدست‌رفته محاسبه می‌شود.

اهمیت DALY در آن است که برخلاف شاخص‌هایی که صرفاً بر آمار مرگ‌ومیر تمرکز دارند، بُعد کیفیت زندگی را هم لحاظ می‌کند و تصویر کامل‌تری از بار واقعی بیماری‌ها ارائه می‌شود. این شاخص همچنین امکان مقایسه‌ی بیماری‌های متفاوت را فراهم می‌کند.

به عنوان مثال، می‌توان اثر بیماری‌های قلبی-عروقی را در برابر اختلالات روانی یا بیماری‌های عفونی سنجید و مشخص کرد کدامیک بار بیشتری بر جامعه تحمیل می‌کنند.

از سوی دیگر، DALY به سیاست‌گذاران و پژوهشگران این امکان را می‌دهد که مسیر تغییرات سلامت جامعه را در طول سال‌ها و دهه‌ها دنبال کنند. هرچه مقدار DALY بالاتر باشد، به معنای آن است که بیماری یا مجموعه‌ای از بیماری‌ها اثر عمیق‌تر و گسترده‌تری بر زندگی انسان‌ها گذاشته‌اند.

به همین دلایل، DALY به یک معیار معتبر برای سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مطالعات سلامت عمومی و طراحی سیاست‌های کلان بهداشت تبدیل شده است.



وضعیت کلی سلامت

تغییرات شاخص DALY نسبت به سال ۲۰۰۰

بررسی روند تغییرات شاخص DALY نشان می‌دهد برخلاف بسیاری از کشورها که بار بیماری را کاهش داده‌اند، این شاخص در ایران افزایش یافته است؛ که به معنای **کاهش عمر سالم و رشد ناتوانی** است. این روند فشار بیشتری بر نظام سلامت وارد کرده و هزینه‌های درمان را در سطح فردی و عمومی بالا برده است.

در حوزه **بیماری‌های غیرواگیر**، روند افزایشی نگران‌کننده‌تر است. این بیماری‌ها، مزمن، پرهزینه و اثرگذار بر بهره‌وری‌اند. افزایش بار آن‌ها می‌تواند نظام سلامت را تحت فشار مستمر قرار دهد و **کیفیت زندگی را کاهش دهد**. در حالی‌که بسیاری از کشورها این روند را کنترل کرده‌اند، ایران در جهت مخالف حرکت کرده است.

ایران

کل بیماری‌ها
+۶.۶٪

بیماری‌های غیرواگیر
+۹.۱٪

خاورمیانه

کل بیماری‌ها
-۱۳.۸٪

بیماری‌های غیرواگیر
-۲.۵٪

جهان

کل بیماری‌ها
-۱۵.۹٪

بیماری‌های غیرواگیر
+۲.۴٪



جمع‌بندی

مرور داده‌های این بخش، تصویری نسبتاً دقیق اما در عین حال هشداردهنده از وضعیت سلامت در ایران ترسیم می‌کند.

هرچند روند افزایش سرانه پزشک و تخت‌های بیمارستانی طی دو دهه‌ی گذشته از توسعه‌ی کمی، گسترش زیرساخت‌ها و افزایش ظرفیت‌های درمانی حکایت دارد، اما شاخص‌های کیفی مرتبط با بار بیماری‌ها و کیفیت زندگی، روندی متفاوت و نگران‌کننده را نشان می‌دهند.

اطلاعات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر همچون سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و اختلالات گوارشی، بیانگر رشد چشم‌گیر در میزان شیوع و مرگ‌ومیر این بیماری‌هاست.

در بسیاری از موارد، آهنگ افزایش شیوع سریع‌تر از نرخ مرگ‌ومیر بوده است؛ الگویی که نشان می‌دهد مداخلات درمانی توانسته‌اند بخشی از بار مرگ را کاهش دهند، اما در کنترل علل زمینه‌ای بروز بیماری‌ها و کاهش نرخ ابتلا چندان موفق عمل نکرده‌اند.

شاخص DALY در ایران، برخلاف بسیاری از کشورهای منطقه و حتی میانگین جهانی، روندی صعودی داشته است.

نکته‌ی قابل توجه این است که سرعت افزایش DALY در بیماری‌های غیرواگیر بیشتر از کل بیماری‌ها بوده؛ واقعیتی که بارها در تحلیل‌های بین‌المللی نیز به‌عنوان یک هشدار برای ایران مطرح شده است.

این امر نشان می‌دهد که فشار اصلی بر نظام سلامت کشور از سوی بیماری‌های مزمن و طولانی‌مدت وارد می‌شود؛ بیماری‌هایی که به‌طور مستقیم با بی‌توجهی به مؤلفه‌های بهداشتی، سبک زندگی ناسالم، رژیم غذایی پرخطر و کاهش فعالیت بدنی ارتباط دارند.

پیامد چنین روندی، کاهش عمر سالم و افت محسوس بهره‌وری فردی و اجتماعی است. در یک جمع‌بندی کلی، شواهد موجود بیش از آنکه از بهبود پایدار و عمیق حکایت کنند، نشان‌دهنده نوعی توسعه‌ی سطحی و کم‌اثر هستند.

توسعه‌ای که بیشتر بر گسترش فیزیکی زیرساخت‌ها و تقویت درمان تمرکز داشته تا بر بهبود شاخص‌های کیفی سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها. این در حالی است که فلسفه اصلی هر نظام سلامت، ارتقای امید به زندگی همراه با کیفیت مطلوب آن است.

با این حال، تداوم روند صعودی شاخص‌هایی همچون DALY آشکار می‌سازد که این هدف هنوز محقق نشده و نظام سلامت در دستیابی به رسالت اصلی خود با چالش جدی مواجه است.

به بیان دیگر، غلبه نگاه درمان‌محور و کم‌توجهی به ابعاد پیشگیرانه و بهداشتی، مسیر حرکت نظام سلامت را به سمت گسترش هزینه‌ها و حفظ چرخه پرهزینه بیماری سوق داده است؛ چرخه‌ای که نه تنها از بار بیماری‌ها نمی‌کاهد، بلکه پایداری و کارآمدی نظام سلامت را در بلندمدت نیز با تهدیدی جدی روبه‌رو می‌کند.



بخش دوم

چالش توسعه

بهداشت یا درمان؟

با تکیه بر تحلیل‌های بخش پیشین، روشن شد که طی دو دهه اخیر بخش عمده‌ای از سرمایه‌گذاری‌ها و سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت ایران بر گسترش زیرساخت‌های درمانی، تجهیز مراکز تخصصی و افزایش نیروی انسانی در بخش‌های مرتبط با درمان متمرکز بوده است. این تمرکز، در عمل موجب توسعه قابل توجه ظرفیت‌های درمانی شده است. در مقابل، حوزه بهداشت عمومی - با وجود نقش حیاتی و اثبات‌شده‌اش در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش بار اقتصادی ناشی از درمان‌های پرهزینه - سهم بسیار اندکی از منابع، برنامه‌ها و توجه تصمیم‌گیران را به خود اختصاص داده است. چنین عدم توازن پُرسشی اساسی و بنیادین را مطرح می‌کند:

چرا با وجود اثربخشی بهداشت عمومی، تمرکز اصلی همچنان بر درمان باقی مانده است؟

برای پاسخ به این پرسش، در این بخش تلاش می‌شود تا با نگاهی ساختاری و اقتصادی، تمایزهای بنیادین میان دو حوزه «درمان» و «بهداشت» بررسی شود.

این تمایزها تنها به ماهیت خدمت یا نوع فعالیت محدود نمی‌شوند. بلکه ابعادی همچون الگوهای مصرف و تقاضای جامعه، انگیزه‌ها و ترجیحات سرمایه‌گذاری، قابلیت مشاهده و گزارش‌دهی دستاوردها و همچنین منطق‌های نهادی و مالی حاکم بر نظام سلامت را نیز در بر می‌گیرند.

درک این ابعاد می‌تواند توضیح دهد که چگونه ویژگی‌های ذاتی و ساختاری هر حوزه، در تعامل با سازوکارهای اقتصادی و سیاستی، بر اولویت‌بندی تصمیم‌گیران اثر گذاشته و مسیر تخصیص منابع را در طول زمان شکل داده‌اند.

هدف اصلی این بخش، بررسی ریشه‌های این روند و روشن‌ساختن علل ساختاری و اقتصادی غفلت از بهداشت عمومی است؛ روندی که سبب شده با وجود اثربخشی بالای آن، سیاست‌گذاری‌ها و سرمایه‌گذاری‌های نظام سلامت ایران همچنان به‌طور غالب به سمت درمان سوق پیدا کنند.

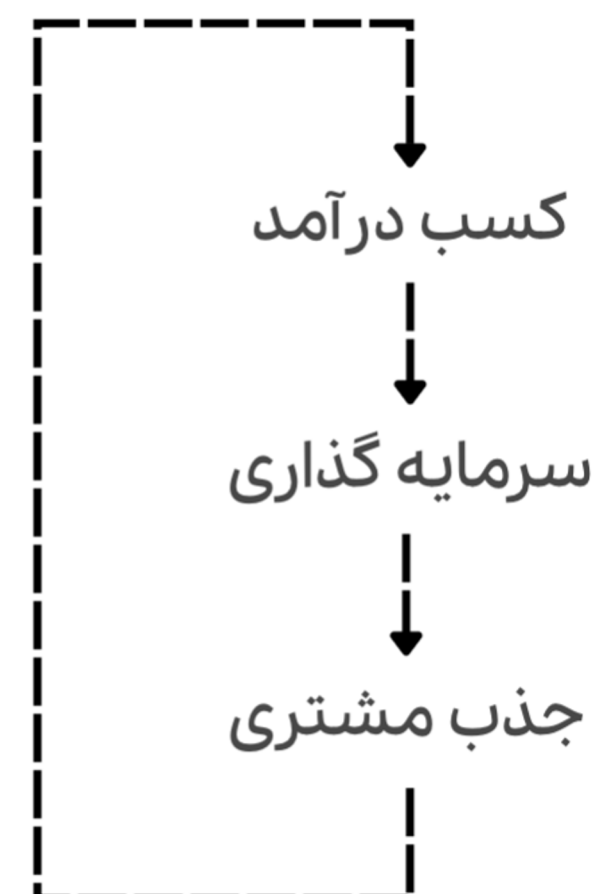


درمان یک کالای خصوصی

چرخه اقتصادی درمان



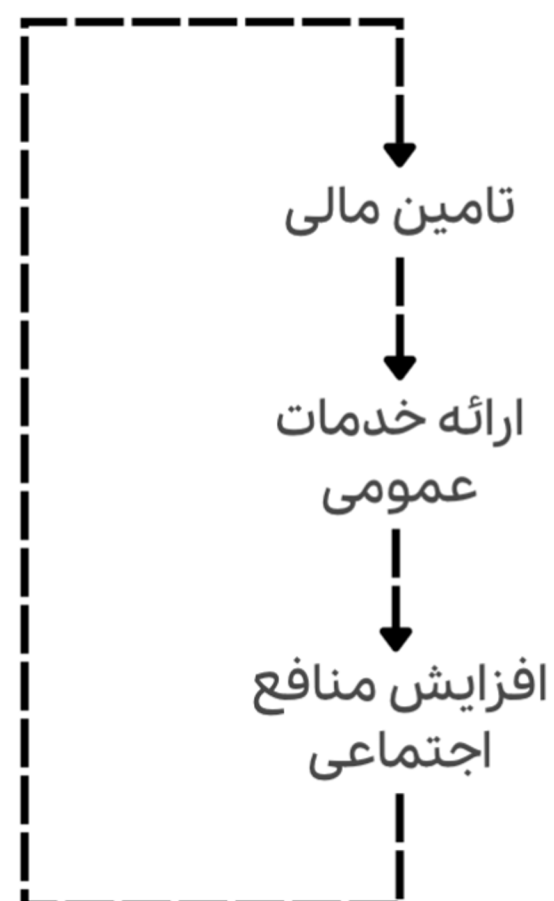
یک چرخه اقتصادی پایدار پیرامون درمان قابل تصور است: بیماران در ازای دریافت خدمات پول می‌پردازند؛ هرچه کیفیت و کمیت خدمات بالاتر رود، رضایت و تقاضای مشتریان (بیماران) افزایش می‌یابد؛ این به نوبه خود درآمد و بازگشت سرمایه را تضمین می‌کند و سرمایه‌گذار خصوصی را به گسترش بیشتر ترغیب می‌کند.



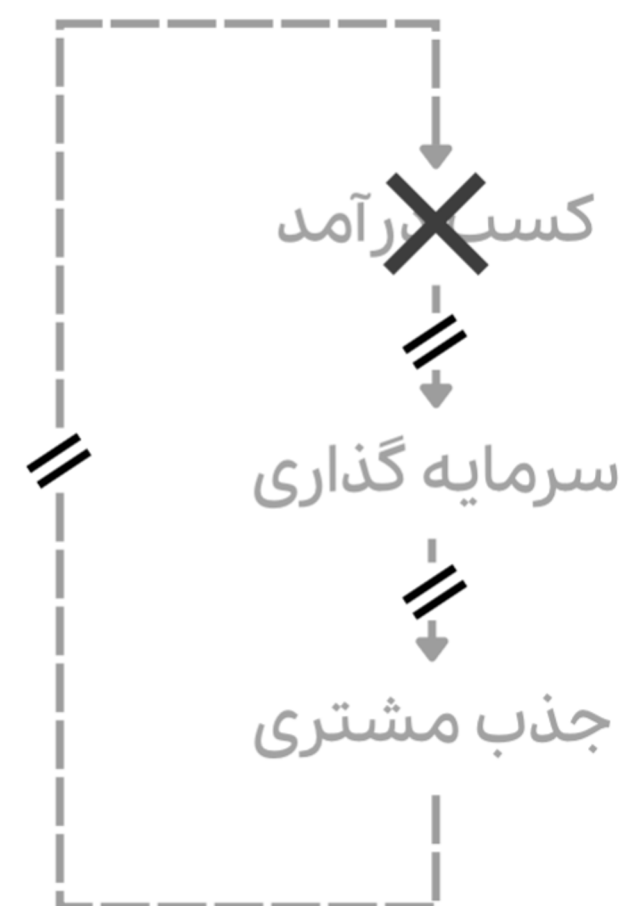
برخی خدمات سلامت، به‌ویژه درمان، ماهیت یک کالای خصوصی دارند. این خدمات عموماً تنها در ازای پرداخت مستقیم در دسترس هستند و مصرف آن‌ها توسط یک فرد، سهم دیگران را کاهش می‌دهد. چنین ویژگی‌هایی باعث می‌شود ارائه خدمات درمانی برای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی جذاب باشد.

بهداشت یک کالای عمومی

چرخه اقتصادی بهداشت



کالاهای عمومی بدون نیاز به پرداخت مستقیم در اختیار همگان اند و به دلیل نداشتن سود مستقیم و انحصاری، برای بخش خصوصی جذاب نیستند. چرخه اقتصادی‌شان بر پایه تأمین مالی بیرونی، ارائه خدمات عمومی و افزایش منافع اجتماعی است و برای پایداری، به حمایت مداوم تأمین کنندگان مالی بیرونی دارند.



اما بهداشت چون خدماتی همگانی و غیرقابل حذف دارد و مصرف یک نفر مانع دیگران نمی‌شود، کالای خصوصی نیست و سود مستقیمی برای بخش خصوصی ندارد؛ در نتیجه درآمدزایی نمی‌کند، در چرخه اقتصادی کالاهای خصوصی قرار نمی‌گیرد و پایداری اقتصادی ندارد. به این نوع کالاها، کالاهای عمومی گفته می‌شود.

تأمین پایداری چرخه

تأمین مالی بیرونی

همان‌طور که بررسی شد، چرخه اقتصادی حوزه بهداشت برای تداوم و پایداری نیازمند تأمین مالی مستمر از سوی منابع بیرونی است. از آن‌جا که این حوزه به دلیل ماهیت پیشگیرانه و بازدهی بلندمدت، کمتر مورد توجه مستقیم بخش خصوصی قرار می‌گیرد، معمولاً دولت‌ها به‌عنوان بازیگر اصلی، بخش قابل توجهی از هزینه‌های آن را متقبل می‌شوند.

با این حال، تکیه‌ی صرف بر منابع مالی دولتی محدودیت‌های جدی دارد. توان مالی دولت‌ها برای پاسخ‌گویی به تمامی نیازهای رو به رشد حوزه بهداشت، به‌ویژه در کشورهایی با جمعیت بالا یا منابع مالی محدود، اغلب کافی نیست و همین موضوع می‌تواند تداوم چرخه‌ی بهداشت عمومی را با چالش و تهدیدهای جدی روبه‌رو سازد.

در چنین شرایطی، استفاده از ظرفیت‌های مکمل در اقتصاد و جامعه اهمیت بیشتری می‌یابد.

نقش‌آفرینی نهادهای غیردولتی، خیریه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد، بخش خصوصی و حتی منابع بین‌المللی می‌تواند به‌طور قابل توجهی پایه‌های مالی نظام بهداشت را تقویت کند و پایداری آن را در بلندمدت افزایش دهد. از این منظر، هر یک از این ظرفیت‌ها به‌عنوان یک ضلع مکمل در کنار دولت می‌توانند در پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت جامعه ایفای نقش کنند.

خیریه‌ها و نهادهای غیرانتفاعی

این نهادها به دلیل اتکا به مشارکت‌های مردمی و روحیه داوطلبانه، غالباً نخستین گروه‌هایی هستند که در شرایط بحرانی مانند شیوع بیماری‌های واگیردار، زلزله یا دیگر بلایای طبیعی، به سرعت سازماندهی شده و نقش خط مقدم در امداد رسانی و پوشش فوری نیازهای بهداشتی را ایفا می‌کنند. اقدامات آن‌ها، به‌ویژه در کوتاه‌مدت، می‌تواند نقش بسیار مؤثری در کاهش فشار بر نظام سلامت رسمی داشته باشد.

با وجود این، محدودیت‌های ساختاری و ماهوی فعالیت‌های خیریه‌ای مانع از آن می‌شود که این نهادها بتوانند نقش یک بازوی پایدار و دائمی در توسعه بهداشت عمومی را ایفا کنند.

وابستگی شدید به کمک‌های مردمی، منابع مالی و انسانی محدود، پوشش جغرافیایی پراکنده و گاه نامتوازن، نبود چارچوب‌های ارزیابی اثرات بلندمدت و عدم انسجام در طراحی راهبردها، از مهم‌ترین چالش‌هایی است که فعالیت خیریه‌ها را محدود می‌سازد.

در نتیجه، نقش این نهادها علی‌رغم ارزش و اهمیت فراوان، بیشتر به‌عنوان یک پشتوانه حمایتی، مداخله اضطراری و مکمل نظام رسمی سلامت تعریف می‌شود و به هیچ عنوان جایگزینی برای تأمین مالی پایدار و ساختاریافته بهداشت عمومی به‌شمار نمی‌آید.



تأمین پایداری چرخه

تأمین مالی بیرونی

سازمان‌های بین‌المللی

سازمان‌های بین‌المللی فعال در حوزه سلامت مانند سازمان جهانی بهداشت (WHO)، یونیسف، بانک جهانی و صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا در بسیاری از کشورها، به‌ویژه کشورهای کم‌درآمد یا درگیر بحران‌های انسانی، نقش مهمی در پشتیبانی و اجرای برنامه‌های گسترده بهداشت عمومی ایفا کرده‌اند.

این نهادها با اتکا به منابع مالی جهانی، تخصص‌های فنی گسترده و شبکه ارتباطات بین‌المللی خود، قادرند در مواجهه با بحران‌های سلامت حمایت‌های مؤثر و فوری فراهم کنند.

برای نمونه، در پروژه‌های ریشه‌کنی فلج اطفال یا کنترل بیماری‌های واگیر در بخش‌هایی از آفریقا و آسیا، حضور و پشتیبانی این سازمان‌ها نقشی تعیین‌کننده داشته است.

با این حال، میزان دسترسی کشورهایمانند ایران به این حمایت‌ها با محدودیت‌هایی مواجه است. از یک سو، اولویت اصلی بسیاری از این سازمان‌ها متوجه کشورهای است که با فقر شدید، ناامنی گسترده یا بحران‌های بهداشتی فوری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. از سوی دیگر، ایران به‌عنوان یک کشور با درآمد متوسط، معمولاً در رتبه‌های پایین‌تر رده‌بندی نیازها قرار می‌گیرد و در نتیجه سهم کمتری از کمک‌های مالی یا پروژه‌های بین‌المللی جذب می‌کند.

افزون بر این، اتکا بیش از حد به منابع خارجی می‌تواند پایداری نظام سلامت ملی را در بلندمدت تضعیف کند، چرا که این حمایت‌ها غالباً مقطعی، مشروط یا وابسته به اولویت‌های بین‌المللی هستند. در مجموع، منابع بین‌المللی اگرچه می‌توانند به‌عنوان کاتالیزور یا پشتیبان مؤثر عمل کنند، اما به‌تنهایی قادر به تضمین پایداری مالی و ساختاری نظام سلامت کشور نخواهند بود.

بنگاه‌های اقتصادی

شرکت‌های تجاری و بنگاه‌های اقتصادی، به‌عنوان بازیگران پایداری و سودمحور، ظرفیت قابل‌توجهی برای مشارکت در تأمین مالی و تقویت بهداشت عمومی دارند. برخلاف خیریه‌ها که مقطعی و وابسته به کمک‌های مردمی‌اند یا سازمان‌های بین‌المللی که بیشتر در شرایط خاص و کشورهای کم‌درآمد فعال‌اند، شرکت‌ها از عملیات مستمر، منابع مالی برنامه‌ریزی‌شده و انگیزه‌های چندلایه برخوردارند که می‌تواند به پروژه‌های عمومی و سلامت جامعه هدایت شود.

حضور گسترده آن‌ها در بخش‌های مختلف اقتصادی و جغرافیایی نیز موجب می‌شود مداخلاتشان پایداری و نظام‌مندتر باشد. بدین ترتیب، شرکت‌ها علاوه بر منافع اقتصادی، در قالب مسئولیت اجتماعی می‌توانند به ارتقای سلامت عمومی یاری رسانده و نقشی متمایز در کنار دولت و دیگر نهادها ایفا کنند.



تامین پایداری چرخه

تامین مالی بیرونی

اگر مشارکت شرکت‌ها در حوزه سلامت در چارچوبی شفاف، ساختاریافته و با اهداف مشخص اجتماعی و اقتصادی صورت پذیرد، می‌تواند به منبعی پایدار و قابل اتکا برای نظام بهداشت و ارتقای سلامت عمومی بدل شود.

بر خلاف کمک‌های موردی و پراکنده، فعالیت‌های شرکت‌ها اغلب بر پایه برنامه‌های سالانه تنظیم شده، در بودجه‌های رسمی آن‌ها پیش‌بینی می‌گردد و تحت فرآیندهای پایش، ارزیابی و گزارش‌دهی قرار می‌گیرد.

افزون بر این، شرکت‌ها از ورود به اقدامات سلامت‌محور منافع مستقیم و غیرمستقیم متنوعی کسب می‌کنند: ارتقای وجهه عمومی و اعتبار برند، افزایش اعتماد و وفاداری مشتریان، تقویت سرمایه اجتماعی، بهبود روابط با نهادهای حاکمیتی و حتی برخورداری از معافیت‌ها یا مشوق‌های مالیاتی از جمله مهم‌ترین این دستاوردها هستند.

چنین منافعی موجب می‌شود سرمایه‌گذاری در بهبود سلامت جامعه برای شرکت‌ها نه صرفاً یک اقدام اخلاقی یا تبلیغاتی، بلکه یک انتخاب استراتژیک و اقتصادی بلندمدت به شمار آید. در واقع، زمانی که منافع عمومی جامعه با منافع اقتصادی بنگاه همسو می‌شود، این نوع مشارکت به شکل یک بازی برد-برد درمی‌آید و به منبع مکملی پایدار برای توسعه سلامت عمومی بدل می‌گردد.

رویکردی که بر مشارکت فعال، هدفمند و نظام‌مند شرکت‌ها در مواجهه با مسائل اجتماعی و بهداشتی تأکید دارد، همان چیزی است که در ادبیات توسعه و مدیریت با عنوان **مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها**، **Corporate Social Responsibility** یا به اختصار **CSR** شناخته می‌شود.



جمع‌بندی

مرور یافته‌ها نشان می‌دهد یکی از دلایل اصلی بی‌توجهی به مؤلفه‌های بهداشتی، نبود منطق اقتصادی پایدار برای سرمایه‌گذاری در این حوزه است. برخلاف خدمات درمانی که به دلیل بازگشت سریع سرمایه و ایجاد درآمد برای بخش خصوصی جذاب‌اند، خدمات بهداشتی به سبب ماهیت پیشگیرانه، عمومی و غیرانتفاعی در منطق سودمحور اقتصاد جایگاهی ندارند و بنابراین نیازمند حمایت مالی بیرونی‌اند.

این ویژگی موجب شده که در اغلب کشورها، بخش عمده بار تأمین مالی خدمات پایه بهداشتی بر دوش دولت‌ها قرار گیرد.

با این حال، محدودیت منابع عمومی، فشار ناشی از افزایش جمعیت، گسترش روزافزون نیازها و ظهور بیماری‌های نوپدید باعث می‌شود که دولت‌ها به‌تنهایی توانایی پاسخ‌گویی کامل به این حوزه را نداشته باشند. از این رو بهره‌گیری از ظرفیت‌های مکمل مانند خیریه‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و بنگاه‌های اقتصادی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

با این وجود، بررسی‌ها نشان می‌دهد که فعالیت‌های خیریه‌ای و داوطلبانه در ایران و بسیاری از کشورها بیشتر ماهیتی کوتاه‌مدت، بحران‌محور و منطقه‌ای دارند.

این اقدامات به‌رغم ارزش و اثرگذاری بالا در مقاطع خاص، به دلیل نبود انسجام راهبردی، فقدان نظام ارزیابی بلندمدت و عدم پیوند مؤثر با برنامه‌ریزی ملی، توان تبدیل شدن به بازوی اصلی توسعه بهداشت عمومی را ندارند.

از سوی دیگر، منابع بین‌المللی نیز اغلب به کشورهایی با درآمد پایین یا درگیر شرایط فوق‌بحرانی اختصاص یافته و معمولاً در قالب پروژه‌های مقطعی و موضوع‌محور عمل می‌کنند؛ بنابراین تکیه صرف بر آن‌ها نمی‌تواند راهکاری پایدار برای تأمین مالی بهداشت عمومی باشد.

در این میان، مشارکت هدفمند و ساختاریافته شرکت‌ها می‌تواند نقطه اتکای تازه و متفاوتی برای تقویت پایداری مالی در حوزه بهداشت عمومی فراهم کند.

چنین مشارکتی، اگر در چارچوب مسئولیت اجتماعی (CSR) سازمان‌دهی شود، نه تنها منافع عمومی و سلامت جامعه را تقویت خواهد کرد، بلکه با شفافیت، نظام‌مندی و پیوند با منطق اقتصادی شرکت‌ها، بستری برای هم‌افزایی میان اهداف تجاری بنگاه‌ها و نیازهای راهبردی نظام سلامت کشور فراهم می‌سازد.



بخش سوم

مسیر توسعه

مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها

طی دو بخش گذشته روشن شد که از یک‌سو توسعه نظام سلامت در ایران عمدتاً بر حوزه درمان و گسترش زیرساخت‌های آن متمرکز بوده و از سوی دیگر، تأمین مالی خدمات بهداشتی به دلیل کم‌جاذبه بودن اقتصادی و نبود منطق سودآوری، با چالش‌های پایداری جدی مواجه است.

در چنین شرایطی و با توجه به محدودیت منابع عمومی و مالی دولت، بهره‌گیری از ظرفیت‌های غیردولتی و به‌ویژه نقش‌آفرینی بنگاه‌های اقتصادی، نه صرفاً به‌عنوان یک گزینه، بلکه به‌عنوان ضرورتی انکارناپذیر در حمایت از بهداشت عمومی مطرح می‌شود.

در چنین شرایطی و با توجه به محدودیت منابع عمومی دولت، استفاده از ظرفیت‌های غیردولتی و به‌ویژه مشارکت بنگاه‌های اقتصادی، نه یک انتخاب، بلکه ضرورتی برای حمایت از بهداشت عمومی است. نبود شفافیت و انسجام نیز باعث شده همگرایی میان اقدامات بنگاه‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان سلامت همچنان مبهم بماند.

مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها (CSR) واقعاً به چه معناست؟

آیا در ایران چنین ظرفیتی شکل گرفته و در حال حاضر به‌طور مؤثر مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

اگر وجود دارد، این منابع چگونه هزینه می‌شوند و تا چه اندازه با نیازهای حوزه سلامت، هم‌راستا هستند؟

و در نهایت، آیا همه‌ی شرکت‌ها باید منابع مسئولیت اجتماعی خود را الزاماً در حوزه بهداشت صرف کنند؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها، ابتدا ادبیات و مفاهیم کلیدی مرتبط با مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها مرور شد و چارچوب نظری لازم برای تحلیل این حوزه تبیین گردید. سپس با بهره‌گیری از داده‌های منتشرشده توسط شرکت‌های بورسی، هزینه‌کردهای ثبت‌شده در این زمینه گردآوری و تحلیل شد تا الگوی موجود در نحوه تخصیص منابع CSR، جهت‌گیری‌های اصلی شرکت‌ها و روندهای قابل‌مشاهده در سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی مشخص شود.

در گام بعد، با اتکا به شاخص اقتصادی تولید ناخالص داخلی (GDP) سرانه و شاخص سلامت امید به زندگی در سطح استان‌های کشور، نقاطی شناسایی شد که در آن‌ها مداخله بهداشتی از طریق CSR می‌تواند بیشترین اثرگذاری را داشته باشد.

این مسیر تحلیلی امکان ترسیم تصویری دقیق‌تر از وضعیت موجود و در عین حال، فراهم‌کردن مبنایی برای امکان‌سنجی مشارکت ساختارمند و هدفمند بنگاه‌ها در ارتقای سلامت عمومی را فراهم می‌آورد.



مسئولیت اجتماعی و ایران

ادبیات مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها

مسئولیت اجتماعی شرکتی (CSR) به تعهدات اخلاقی، اجتماعی و زیست‌محیطی بنگاه‌ها در برابر جامعه اشاره دارد. این رویکرد شرکت‌ها را فراتر از سودآوری صرف قرار می‌دهد و آن‌ها را نسبت به پیامدهای فعالیت خود بر کارکنان، مشتریان، جامعه محلی و محیط زیست پاسخ‌گو می‌سازد. CSR می‌تواند شامل کمک‌های خیریه، حمایت از پروژه‌های عام‌المنفعه، کاهش آلاینده‌ها یا بهبود شرایط کاری باشد.

چارچوب رسمی CSR از دهه ۱۹۵۰ میلادی با آثار هاوارد بوون شکل گرفت. او در سال ۱۹۵۳ این پرسش را مطرح کرد که «کسب‌وکارها در برابر جامعه چه مسئولیت‌هایی دارند؟» از آن زمان، CSR از تعهدی داوطلبانه به یک انتظار عمومی تبدیل شده است.

جامعه امروز از شرکت‌ها، به‌ویژه بنگاه‌های بزرگ، انتظار دارد نه‌تنها آسیب نرسانند، بلکه در بهبود شرایط اجتماعی و زیست‌محیطی نیز فعال باشند.

مفاهیم متعددی برای توضیح و تبیین CSR شکل گرفته‌اند؛ از جمله هرم کارول، نظریه ذی‌نفعان، مدل سه‌گانه‌ی اقتصادی-اجتماعی-زیست‌محیطی و همچنین ایده‌ی «ارزش مشترک». هر یک از این چارچوب‌ها تلاش دارند ابعادی متفاوت از مسئولیت اجتماعی را نشان دهند، اما نقطه‌ی اشتراک همه آن‌ها این است که ارزیابی عملکرد شرکت‌ها تنها بر پایه‌ی سود مالی یا بازده اقتصادی سنجیده نمی‌شود، بلکه تأثیر اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی آن‌ها نیز به‌عنوان معیارهای جدی و تعیین‌کننده در نظر گرفته می‌شود.

افزون بر این، افزایش سطح آگاهی عمومی، رشد حساسیت رسانه‌ها و گسترش شبکه‌های اجتماعی، CSR را به نوعی «قانون نرم» تبدیل کرده است؛ قانونی غیررسمی که الزام حقوقی مستقیم ندارد، اما فشار افکار عمومی و هزینه‌های ناشی از بی‌توجهی به آن، شرکت‌ها را عملاً وادار می‌سازد تا به مسئولیت‌های اجتماعی خود پایبند باشند.



مسئولیت اجتماعی و ایران

مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها در ایران

در ایران نیز طی دو دهه‌ی اخیر، مفهوم مسئولیت اجتماعی شرکتی (CSR) به تدریج وارد گفتمان سیاستی، مدیریتی و حتی دانشگاهی شده و تلاش‌های گوناگونی برای نهادینه‌سازی و رسمیت‌بخشی به آن صورت گرفته است. اگرچه بخش قابل توجهی از فعالیتهای CSR در کشور همچنان به شکل داوطلبانه، مقطعی، پراکنده و بدون انسجام نهادی مشخص اجرا می‌شوند، اما نشانه‌هایی از حرکت تدریجی به سوی نظام‌مند شدن این مفهوم و قرار گرفتن آن در قالب چارچوب‌های قانونی و سیاستی مشاهده می‌شود.

برای نمونه، در قانون برنامه ششم توسعه، برخی آیین‌نامه‌های مرتبط با الزامات زیست‌محیطی و همچنین سند ملی کار شایسته، به طور صریح به نقش و مسئولیت بنگاه‌های اقتصادی در قبال مسائل اجتماعی، ارتقای کیفیت زندگی و حفاظت از محیط‌زیست اشاره کرده‌اند.

علاوه بر این، پیش‌نویس «قانون مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها» که توسط مرکز پژوهش‌های مجلس تدوین شده، گامی مهم و بنیادین در جهت رسمی‌سازی این رویکرد به شمار می‌رود.

در این پیش‌نویس، طراحی نهاد متولی، ایجاد سازوکار گزارش‌دهی شفاف و تعریف مشوق‌های قانونی برای گسترش CSR مدنظر قرار گرفته است.

در کنار این تلاش‌های سیاستی و تقنینی، برخی شرکت‌های بزرگ ایرانی، به‌ویژه در حوزه‌های نفت و گاز، صنایع پتروشیمی و فولاد، بانکداری، فناوری اطلاعات و مخابرات، طی سال‌های اخیر اقدام به انتشار گزارش‌های سالانه‌ی مسئولیت اجتماعی کرده‌اند. این گزارش‌ها معمولاً شامل شرح پروژه‌های اجتماعی، محیط‌زیستی، فرهنگی و حتی آموزشی هستند که شرکت‌ها در آن‌ها مشارکت داشته‌اند.

با وجود تفاوت چشمگیر در سطح شفافیت و کیفیت محتوای این گزارش‌ها، نفس انجام این اقدام نشان‌دهنده‌ی رشد آگاهی و پذیرش تدریجی لزوم پاسخ‌گویی اجتماعی در فضای کسب‌وکار کشور است.

این روندهای نوظهور، هرچند بستر اولیه‌ای برای تحلیل و پایش مسئولیت اجتماعی فراهم کرده‌اند، اما به دلیل نبود ساختار یکپارچه، انسجام در گزارش‌دهی و استاندارد‌های مشترک ارزیابی، هنوز امکان تحلیل دقیق جهت‌گیری‌ها و شناسایی اولویت‌های هزینه‌کرد شرکت‌ها به طور کامل میسر نیست.

همین خلاء، ضرورت بررسی عمیق‌تر محتوای گزارش‌های رسمی شرکت‌ها را برجسته می‌کند؛ چرا که تنها از طریق تحلیل این گزارش‌ها می‌توان به الگوهای واقعی تخصیص منابع، حوزه‌های تمرکز و میزان تعهد بنگاه‌ها در عمل نسبت به CSR دست یافت.



مسئولیت اجتماعی و ایران

وضعیت هزینه کرد شرکت‌ها در ایران

۴۴۵ همت

مجموع سود خالص کل شرکت‌های
بررسی شده در این دوره، بیش از
۴۴۵ هزار میلیارد تومان بوده است.

۴۷۵ شرکت

در این بازه زمانی گزارش منتشر شده
۴۷۵ شرکت مورد مطالعه قرار گرفت.

برای دستیابی به تصویری عینی از وضعیت هزینه کرد
CSR در فضای کسب‌وکار ایران، گزارش‌های ۱۲ ماهه
هیئت‌مدیره شرکت‌های بورسی (منتشرشده در سامانه
گُدا) طی بازه مهر ۱۴۰۳ تا خرداد ۱۴۰۴ مورد تحلیل قرار
گرفت.

۳۷ صدم
درصد

شرکت‌های دارای هزینه مسئولیت
اجتماعی، **تنها ۳۷/۰ درصد** سود خالص
خود را به این امر اختصاص داده‌اند.

۱۲۴ میلیارد
تومان

مجموع هزینه های مسئولیت
اجتماعی ثبت شده شرکت‌ها **تنها**
۱۲۴ میلیارد تومان بوده است.

۱۶۹ شرکت

تنها ۱۶۹ شرکت در این دوره هزینه ای
برای مسئولیت اجتماعی در گزارش
خود ثبت نموده‌اند.



مسئولیت اجتماعی و ایران

وضعیت هزینه‌کرد شرکت‌ها در ایران

بهداشتی

در برگیرنده حمایت از برنامه‌های پیشگیرانه، واکسیناسیون، غربالگری و ارتقای سلامت عمومی است.

آموزشی

در بر گیرنده‌ی حمایت از آموزش رسمی و غیررسمی، ساخت مدارس، بورسیه‌ها یا تجهیز مراکز آموزشی است.

خیریه

مربوط به کمک‌های مالی یا خدماتی به مؤسسات خیریه، افراد نیازمند یا مشارکت در پروژه‌های خیریه است.

عمرانی

شامل ساخت یا بهسازی زیرساخت‌ها مانند راه، پل، مراکز عمومی یا فضاهای شهری می‌شود.

درمانی

به اقدامات مستقیم درمانی مانند تجهیز مراکز درمانی، تأمین دارو یا خدمات پزشکی رایگان اختصاص دارد.

محیط زیست*

شامل اقداماتی در حفظ محیط‌زیست، کاهش آلودگی، مدیریت پسماند یا آموزش رفتارهای زیست‌محیطی است.

برای تحلیل دقیق‌تر الگوهای هزینه‌کرد مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها، تمامی اقدامات شناسایی‌شده در گزارش‌های رسمی سالانه در قالب ۱۲ دسته‌ی موضوعی مجزا و هدفمند طبقه‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی امکان بررسی مقایسه‌ای، تحلیل عمیق‌تر محتوای فعالیت‌ها و ارزیابی دقیق‌تر جهت‌گیری‌ها و اولویت‌های شرکت‌ها را فراهم می‌سازد.

*باتوجه به وجود بخش مستقل برای ثبت فعالیت‌های زیست محیطی در گزارش پایداری، اطلاعات این بخش ثبت نشده و داده‌های مربوط به فعالیت‌های زیست محیطی در این گزارش مربوط به اطلاعات ثبت شده پراکنده برخی شرکت‌ها در بخش مسئولیت اجتماعی است که قابل بررسی و تحلیل نمی‌باشد.

رفاهی

دربگیرنده خدمات معیشتی، بسته‌های حمایتی و کمک به بهبود رفاه کارکنان است.

اجتماعی

شامل حمایت از نهادهای عمومی مانند پلیس، شوراها، بسیج یا کمک به آزادسازی زندانیان است.

مذهبی

مربوط به حمایت از نهادهای، مراسم یا زیرساخت‌های مذهبی مانند مساجد، هیئت‌ها و مناسبت‌های دینی است.

فرهنگی

شامل حمایت از رویدادها، آثار یا نهادهای فرهنگی، توسعه هنر و حفظ میراث فرهنگی می‌شود.

ورزشی

مربوط به حمایت از فعالیت‌های ورزشی، ساخت امکانات، برگزاری مسابقات یا حمایت از ورزشکاران است.

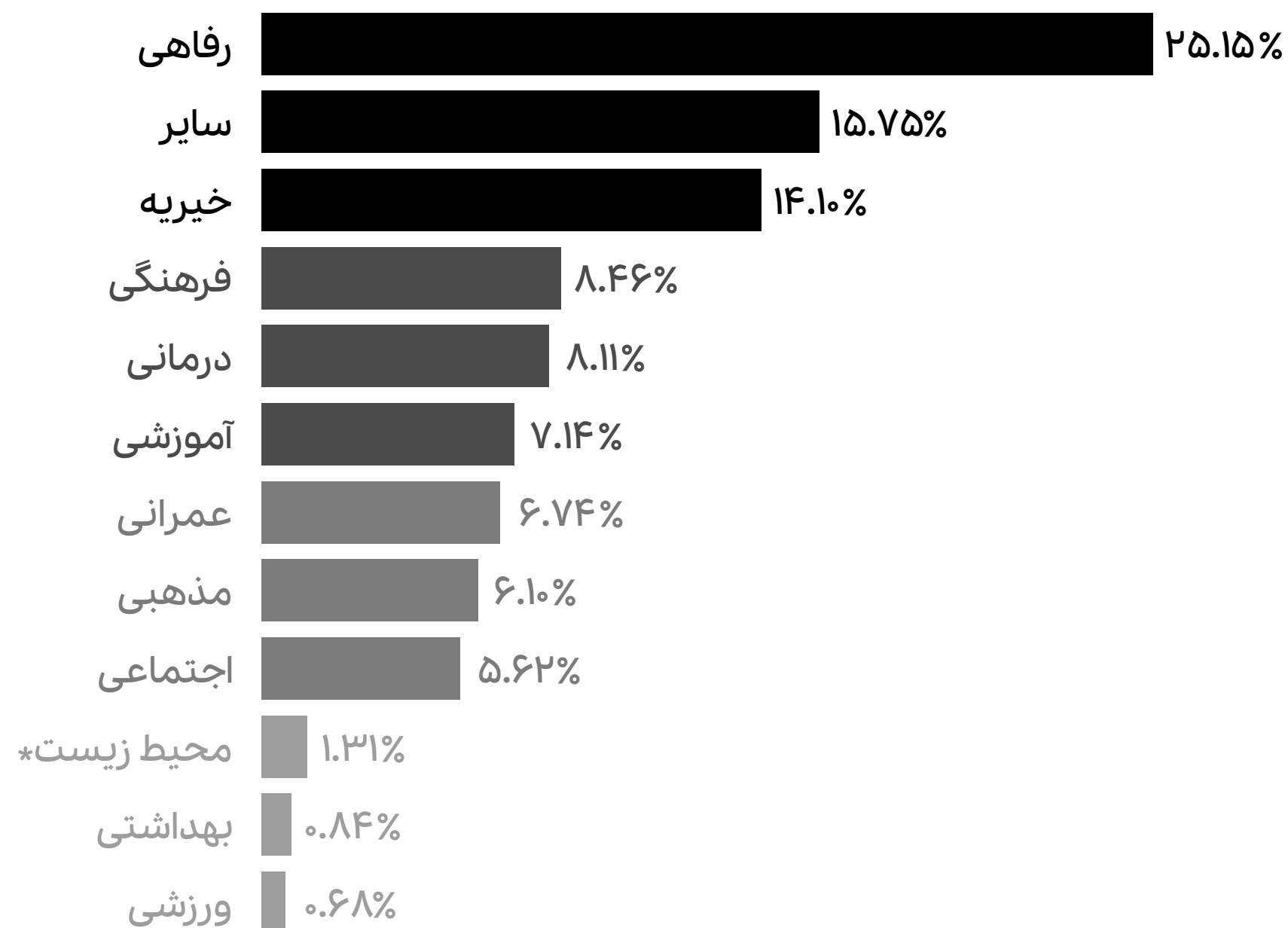
سایر

شامل هزینه‌هایی است که در دسته‌بندی‌های مشخص نگنجیده یا کلی و نامشخص گزارش شده‌اند.



مسئولیت اجتماعی و ایران

وضعیت هزینه کرد شرکت‌ها در ایران



اولویت اول هزینه کرد شرکت‌ها با سهم ۵۵٪ مربوط به حوزه‌های رفاهی، سایر و خیریه است؛ که نشان‌دهنده تمرکز آنها بر رفاه کارکنان و کمک‌های خیریه ای می‌باشد. سهم بالای "سایر" ضعف شفافیت در گزارش‌دهی را نشان می‌دهد.

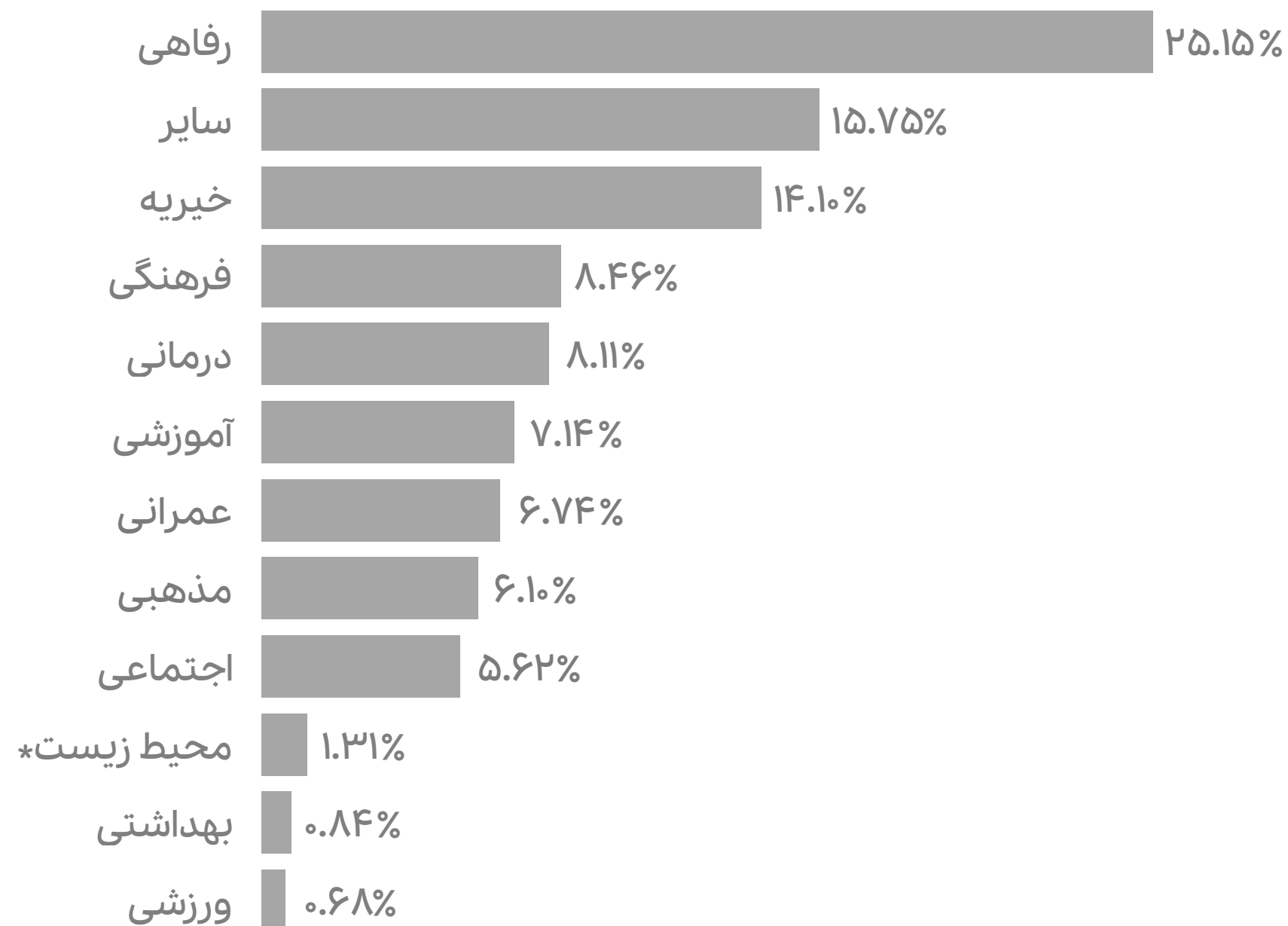
حوزه‌های آموزش، درمان و فرهنگ با سهم ۲۳.۷٪ در اولویت دوم هزینه کرد شرکت‌ها قرار دارند.

سه دسته عمرانی، مذهبی و اجتماعی با سهم ۱۸.۵٪ در اولویت سوم هزینه کرد شرکت‌ها قرار دارند.

بهداشت و ورزش با سهم ۱.۵۲٪، در آخرین الویت هزینه کرد شرکت‌ها قرار دارند؛ که نشان‌دهنده نادیده گرفتن نقش مؤثر آنها در سلامت عمومی، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای نشاط اجتماعی، و نیز ضعف مطالبه‌گری نهادهای مسئول است.

مسئولیت اجتماعی و ایران

وضعیت هزینه‌کرد شرکت‌ها در ایران



بررسی الگوهای هزینه‌کرد شرکت‌های ایرانی در حوزه مسئولیت اجتماعی نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از این اقدامات به پروژه‌هایی با خروجی سریع و ملموس اختصاص یافته است؛ چه در درون سازمان‌ها و چه در سطح جامعه. در مقابل، حوزه‌هایی با اثرگذاری بلندمدت‌تر مانند آموزش پایه، بهداشت عمومی و توسعه ورزش همگانی، سهم کمتری از این سرمایه‌گذاری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند.

این الگوی تخصیص می‌تواند متأثر از مجموعه‌ای از عوامل باشد؛ از جمله محدودیت‌های منابع، فشار زمانی، ترجیحات مدیریتی، سهولت ارائه گزارش یا فقدان چارچوب‌های راهنمای مشخص برای انتخاب اولویت‌ها. در نتیجه، بخشی از ظرفیت بالقوه مسئولیت اجتماعی در ایفای نقشی پایدار و ساختاری در توسعه اجتماعی، به‌ویژه در زمینه ارتقای سلامت عمومی، تاکنون به‌طور کامل فعال نشده است.



با وجود طیف گسترده‌ای از مسائل و نیازهای اجتماعی
آیا همه‌ی شرکت‌ها باید منابع مسئولیت اجتماعی خود را صرف حوزه بهداشت کنند؟



سرمایه‌گذاری استانی

طبقه‌بندی استان‌ها

برای دستیابی به پاسخی دقیق‌تر و جامع‌تر، سطح تحلیل از مقیاس ملی به مقیاس استانی منتقل شد تا امکان مشاهده‌ی جزئی‌تر تفاوت‌های منطقه‌ای و ترسیم تصویری شفاف‌تر از واقعیت‌های موجود فراهم شود. در این مسیر، استان‌های کشور بر اساس دو بُعد کلیدی یعنی وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت مورد مقایسه و موقعیت‌یابی قرار گرفتند.

در این تحلیل، از داده‌های سال ۲۰۲۰ استفاده شد تا با توجه به تفاوت زمان به‌روزرسانی منابع، تصویری هم‌مقیاس و به‌روز از وضعیت اقتصادی و سلامت استان‌ها ارائه شود.

برای سنجش وضعیت اقتصادی، شاخص **سرانه GDP** به‌کار گرفته شد؛ معیاری که توان اقتصادی هر استان را نشان می‌دهد و با تعدیل اثر جمعیت، مقایسه‌ای معنادار میان استان‌ها امکان‌پذیر می‌سازد.

در بُعد سلامت نیز شاخص **امید به زندگی** انتخاب شد؛ شاخصی که به دلیل ماهیت ترکیبی خود، تصویری جامع از وضعیت بهداشت و سلامت عمومی ارائه می‌دهد و در ادبیات سلامت عمومی به‌عنوان یکی از معتبرترین و قابل اعتمادترین معیارها برای سنجش کیفیت زندگی و شرایط کلی سلامت به کار می‌رود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها از وبسایت **world Bank Health Data** و **دنیای اقتصاد**، محاسبه و بررسی شاخص‌ها متوجه پراکندگی بالای داده‌ها شدیم و برای مقایسه بهتر، استان‌ها را نسبت به داده میانه هر شاخص مقایسه کردیم.



سرمایه‌گذاری استانی

طبقه‌بندی استان‌ها

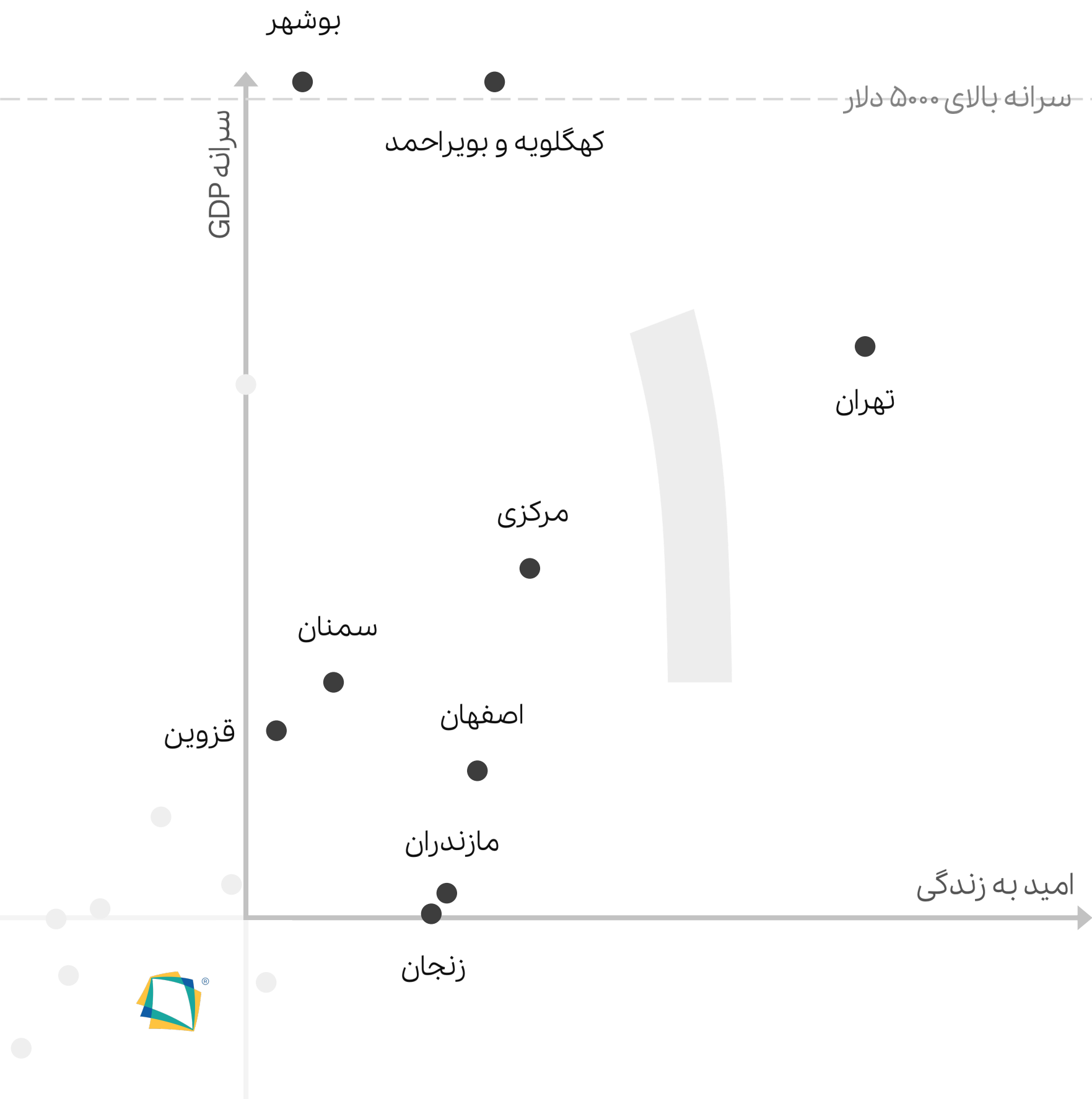


در نتیجه این مقایسه، استان‌ها بر اساس میانگین سرمایه GDP ۲.۳۹ هزار دلار و میانگین امید به زندگی ۷۷.۲۶ سال به چهار ناحیه متمایز تقسیم شدند. این چارچوب، تحلیل دقیق‌تر وضعیت استان‌ها و ارائه پیشنهادهایی متناسب با ویژگی‌های هر ناحیه برای جهت‌دهی مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها را ممکن می‌سازد.



سرمایه‌گذاری استانی

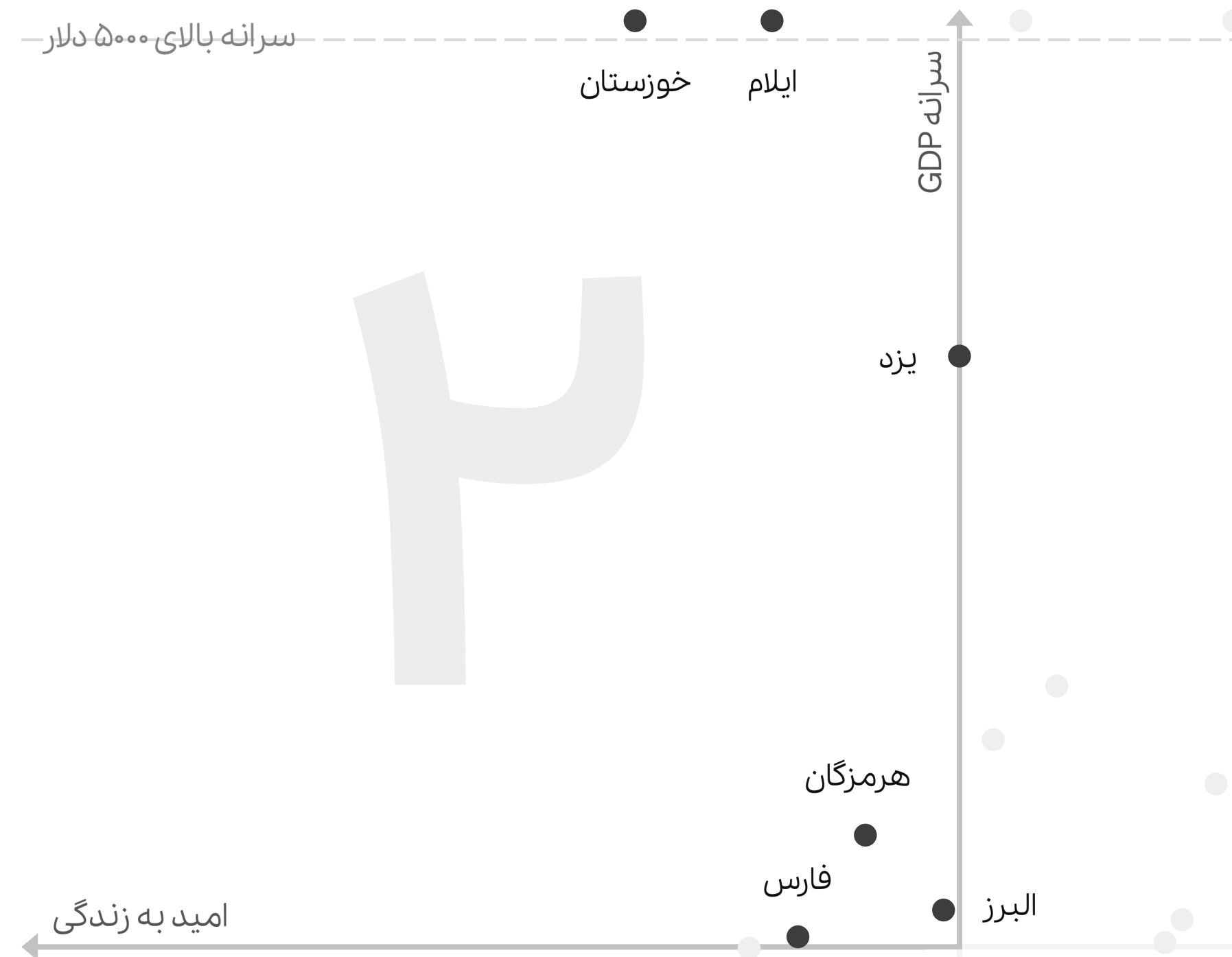
تحلیل نواحی و استان‌ها



استان‌های این ناحیه از نظر شاخص‌های سلامت نسبت به سایر استان‌ها در وضعیت بهتری قرار دارند و از نظر اقتصادی نیز ظرفیت بیشتری برای بهره‌گیری از منابع CSR فراهم است. اگر ارزیابی میدانی و سایر شاخص‌های سلامت، نبود شکاف معنادار را تأیید کند، **حوزه سلامت در اولویت نخست هزینه‌کرد CSR قرار نمی‌گیرد** و سهم کمتری نسبت به سایر بخش‌ها خواهد داشت. در چنین شرایطی، منابع تخصیص‌یافته به سلامت باید بر **ارتقای کیفیت خدمات و کاهش نابرابری‌های درون‌استانی** متمرکز شوند.

سرمایه‌گذاری استانی

تحلیل نواحی و استان‌ها

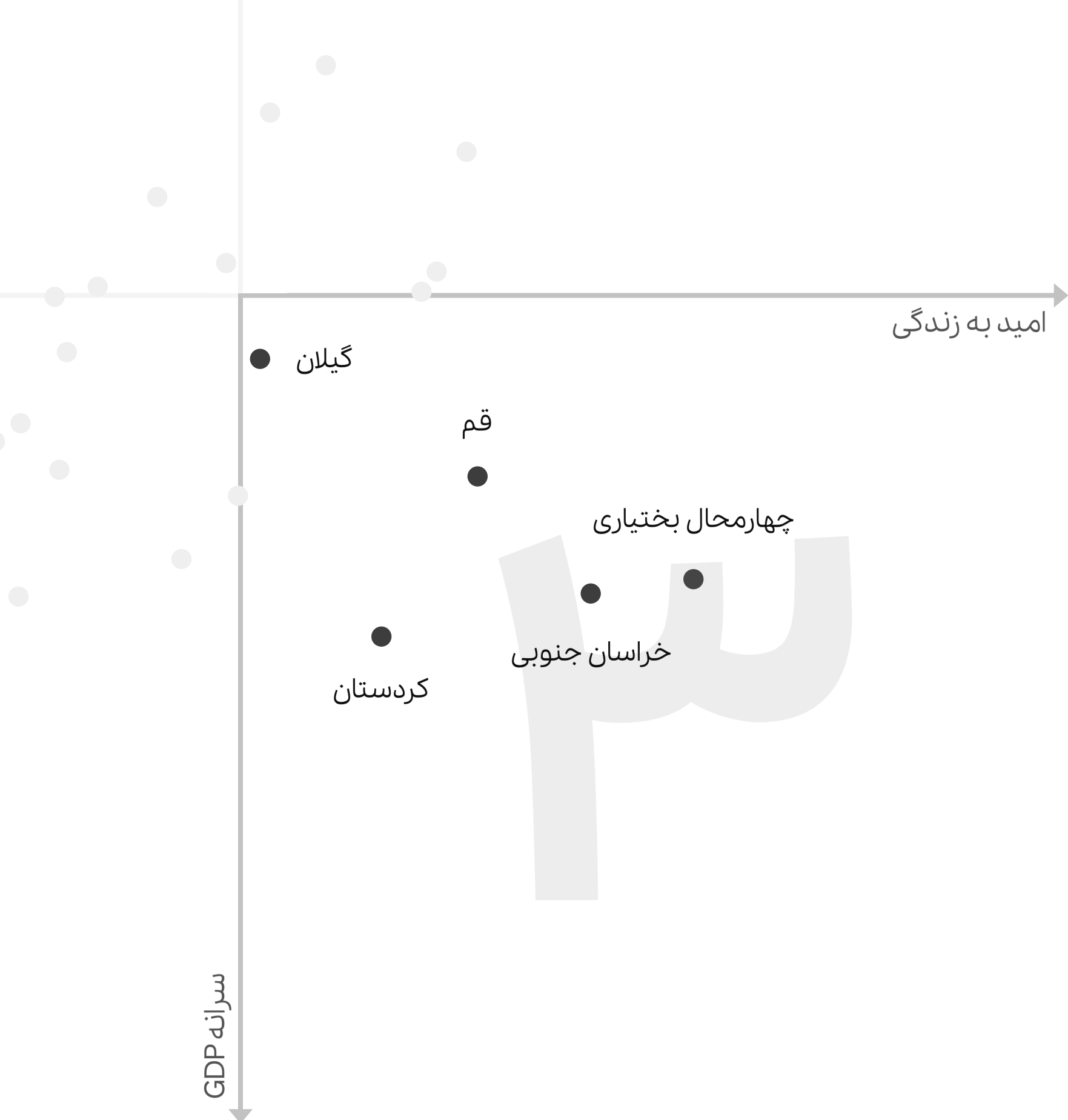


استان‌های این ناحیه با شکافی میان توان اقتصادی و نتایج سلامت مواجه‌اند؛ از این رو، **حوزه سلامت به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی هزینه‌کرد CSR باید در نظر گرفته شود** و سهم بیشتری را نسبت به سایر بخش‌ها دریافت کند. منابع اختصاص‌یافته باید بر گسترش دسترسی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های اولیه و تخصصی در مناطق کم‌برخوردار، کاهش هزینه‌های دریافت خدمات، تقویت سلامت شغلی و محیطی در صنایع، و اجرای برنامه‌های غربالگری و پیگیری بیماری‌های غیرواگیر متمرکز شود. برای افزایش اثربخشی، هماهنگی میان برنامه‌های CSR با نظام سلامت استان و نهادهای محلی ضروری است.



سرمایه‌گذاری استانی

تحلیل نواحی و استان‌ها

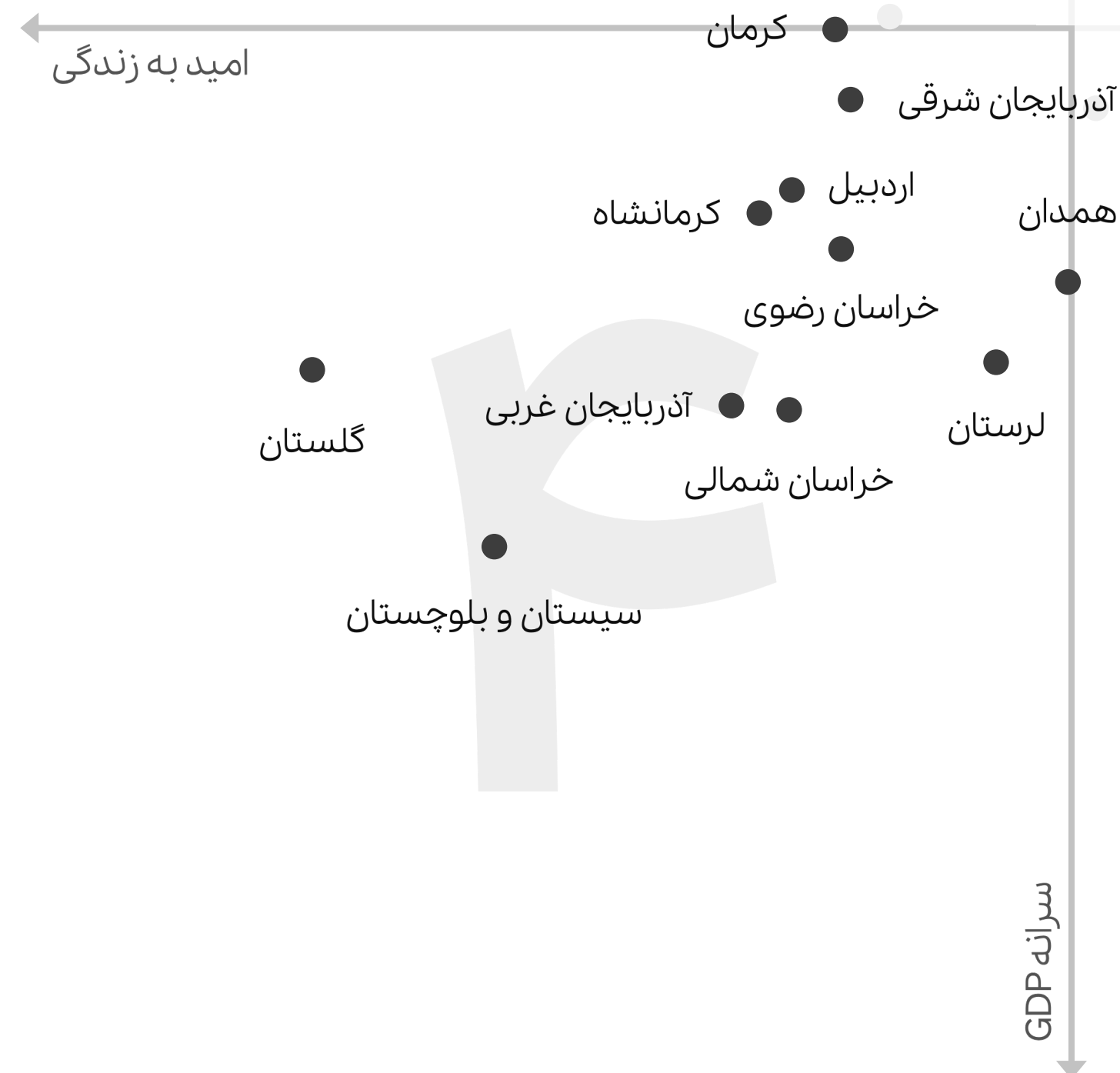


استان‌های این ناحیه از نظر شاخص‌های سلامت نسبت به سایر استان‌ها در وضعیت بهتری قرار دارند، اما از نظر اقتصادی ظرفیت کمتری برای بهره‌گیری از منابع CSR دارند. در صورتی که ارزیابی‌های میدانی و سایر شاخص‌های سلامت، نبود شکاف معنادار را تأیید کنند، **حوزه سلامت در اولویت نخست هزینه‌کرد CSR قرار نمی‌گیرد** و با توجه به محدودیت این منابع، حفظ و بهبود وضعیت سلامت مستلزم **بهره‌گیری از سایر منابع حمایتی** خواهد بود.



سرمایه‌گذاری استانی

تحلیل نواحی و استان‌ها



استان‌های این ناحیه در هر دو بعد پایین‌تر از میانه قرار دارند؛ **سلامت باید در اولویت هزینه‌کرد CSR قرار گیرد** و سهم بیشتری نسبت به سایر حوزه‌ها به خود اختصاص دهد اما با توجه به محدودیت این منابع برای بهبود وضعیت سلامت **نیاز به بهره‌گیری از سایر منابع حمایتی** نیز هست. همکاری بین شرکت‌ها، نهادهای عمومی و سازمان‌های محلی به اثربخشی بیشتر کمک می‌کند.



جمع‌بندی

مسئولیت اجتماعی شرکتی (CSR) مجموعه‌ای از تعهدات اخلاقی، اجتماعی و زیست‌محیطی شرکت‌ها در قبال جامعه است. این رویکرد آن‌ها را فراتر از سودآوری صرف قرار می‌دهد و بر پاسخ‌گویی نسبت به اثرات فعالیت‌ها بر کارکنان، مشتریان، جامعه محلی و محیط‌زیست تأکید دارد.

چارچوب رسمی CSR از دهه ۱۹۵۰ میلادی با آثار هاوارد بوون آغاز شد و به‌تدریج از یک تعهد داوطلبانه به انتظاری عمومی بدل شد.

در ایران نیز طی دو دهه اخیر CSR وارد گفتمان سیاستی و مدیریتی شده و اقداماتی چون تدوین مقررات و انتشار گزارش‌های سالانه از سوی برخی بنگاه‌ها انجام گرفته است. با این حال، گزارش‌دهی همچنان پراکنده و فاقد انسجام نهادی است.

از همین‌رو، برای تحلیل دقیق‌تر میزان و اولویت‌های هزینه‌کرد CSR، گزارش‌های عملکرد شرکت‌های بورسی در یک بازه زمانی یک‌ساله بررسی شد.

یافته‌ها نشان داد تنها ۳۶٪ از شرکت‌های مورد مطالعه رقمی برای CSR ثبت کرده‌اند که در مجموع کمتر از ۱٪ سود خالص آن‌ها را شامل می‌شود. الگوی هزینه‌کرد نیز نشان داد بیشتر منابع صرف پروژه‌های کوتاه‌مدت و ملموس شده و حوزه‌هایی با اثرگذاری بلندمدت همچون آموزش، بهداشت عمومی و ورزش سهم کمتری داشته‌اند.

در نتیجه، ظرفیت بالقوه CSR برای ایفای نقشی پایدار در توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی هنوز به‌طور کامل فعال نشده است.

در این میان پرسشی کلیدی مطرح می‌شود: آیا همه شرکت‌ها باید منابع مسئولیت اجتماعی خود را به حوزه بهداشت اختصاص دهند؟

برای پاسخ، تحلیلی در سطح استانی انجام شد تا تفاوت‌های منطقه‌ای روشن شود. استان‌ها بر اساس دو شاخص کلیدی، سرانه GDP به‌عنوان نماینده توان اقتصادی و امید به زندگی به‌عنوان شاخصی جامع از وضعیت سلامت عمومی مقایسه شدند.

با تقسیم‌بندی استان‌ها به چهار ناحیه، نتیجه‌گیری شد که استان‌هایی با امید به زندگی کمتر از ۷۷.۲۶ سال باید منابع CSR را با اولویت بالا در حوزه بهداشت به کار گیرند. همچنین، در صورتی که سرانه GDP آن‌ها کمتر از ۲.۳۹ هزار دلار باشد، برای بهبود وضعیت بهداشت نیازمند استفاده از سایر منابع حمایتی نیز خواهند بود.

در مقابل، سایر استان‌ها در صورت مطلوب بودن سایر شاخص‌های سلامت می‌توانند حوزه بهداشت را در اولویت هزینه‌کرد CSR خود قرار ندهند.



مشاور



دکتر هادی فرحزادی

معاون بهداشتی دانشگاه
علوم پزشکی یزد

نویسندگان



عرفان غیرتمند

تحلیل‌گر ارشد کسب و کار
مشاوران تعالی سازان



محمد هادی خیاطیان یزدی

تحلیل‌گر ارشد کسب و کار
مشاوران تعالی سازان



دکتر احمد آیت الهی

مشاور ارشد و مدیر دپارتمان
اقتصاد و کسب‌وکار
مشاوران تعالی سازان

بدینوسیله...

صمیمانه از همه‌ی همکاران، کارشناسان، پژوهشگران و نهادهایی که در فرآیند گردآوری داده‌ها، تحلیل اطلاعات و تدوین این گزارش ما را یاری کردند قدردانی می‌کنیم. همراهی ارزشمند آنان نقش بسزایی در ارتقای کیفیت این اثر داشته و بی‌تردید بدون تلاش جمعی و همدلی ایشان، دستیابی به این نتیجه میسر نمی‌شد.

درباره ما

شرکت مشاوران تعالی‌سازان در سال ۱۳۸۰ تأسیس شد و از همان ابتدا با هدف هدایت کسب‌وکارها به سوی رشد پایدار و خلق ارزش آغاز به کار کرد. ما به‌عنوان یک شرکت مشاوره مدیریت، با سازمان‌های مختلف در صنایع گوناگون همکاری داشته‌ایم و در حل چالش‌های پیچیده و ارائه راهکارهای اختصاصی که تأثیرگذار بوده‌اند، نقش داشته‌ایم.

در طول سال‌ها، آموخته‌ایم که مسیر تعالی در تمرکز و انعطاف‌پذیری نهفته است. به همین دلیل، در سال‌های اخیر تصمیم گرفته‌ایم تمامی تخصص و توان خود را به‌طور کامل در حوزه بهداشت و درمان متمرکز کنیم. با این انتخاب استراتژیک، قصد داریم نقشی مؤثر در بهبود سیستم‌های بهداشتی، توانمندسازی سازمان‌ها و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی ایفا کنیم.

علاوه بر این، در حوزه استراتژی و بخصوص جاری‌سازی آن، تجربه و تخصص خود را در اختیار صنایع دیگر نیز قرار می‌دهیم. ما آماده‌ایم تا با استفاده از دانش و مهارتمان در جاری‌سازی استراتژی‌های اثربخش، با صنایع متنوع همکاری کنیم و به آنها کمک کنیم تا اهداف خود را محقق کنند.

خدمات ما

تحلیل و توسعه کسب و کار

راه‌اندازی کسب و کار در حوزه بهداشت و درمان
توسعه مراکز درمانی
ارزیابی جامع کسب و کار

مدیریت تحول و استراتژی

مدیریت استراتژیک
مدیریت و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
حاکمیت سازمانی مراکز درمانی
تحول سازمانی

مدیریت مالی و اقتصادی

مدیریت چرخه درآمد
مدیریت هزینه‌ها
تحلیل و توسعه اقتصادی

مدیریت منابع انسانی

آموزش و توسعه مدیران و کارکنان
ارزیابی و بهبود فرآیندهای منابع انسانی
کانون ارزیابی و توسعه مدیران

مدیریت تجربه و رضایتمندی

مدیریت رضایتمندی ذینفعان
مدیریت تجربه بیماران
مدیریت ارتباطات با بیماران

مدیریت کیفیت و اعتباربخشی

ارزیابی و اعتبار بخشی
مدیریت ایمنی بیمار
بهبود مستمر کیفیت

تماس با ما

دفتر شمیران سنتر : تهران ، بلوار ارتش، مجتمع تجاری اداری شمیران سنتر، طبقه ۱۱، واحد ۱۱۰۲
دفتر کارخانه نوآوری : تهران، اتوبان لشگری، کارخانه نوآوری آزادی، سوله هفت و هشت، دفتر A
تلفن : ۰۲۱-۲۸۴۲۰۱۸۴
ایمیل : info@becg.ir
وبسایت : www.becg.ir

