چهارمین کنفرانس بین‌المللی دانشجویان
بهداشت و علوم سلامت ایران
th International Conference for
Iranian Hygienics and Health Sciences Students
www.health.cdsts.ir

بررسی اقتصاد سلامت در دوران پس از پاندمی کووید۱۹ و راهکارهای بهبودتاب آوری

۱-محمد پورکریمی ۲-بهار حافظی*

۱ -دانشجوی دکتری، گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

۲ -استادیار،گروه اقتصاد، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، خوراسگان، ایران

Email: mohammad.pourkarimi@iau.ac.ir
Email: hafezi@iau.ac.ir

چکیده

پاندمی کووید-۱۹ صرفاً یک بحران بهداشتی نبود، بلکه آزمونی جدی برای کارآمدی اقتصادی، نهادی و اجتماعی نظام‌های سلامت در سطح ملی و فراملی محسوب می‌شود. تجربه کشورهای مختلف نشان داد که صرف برخورداری از منابع مالی یا ظرفیت‌های فنی، تضمین‌کننده عملکرد موفق نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های فراگیر نیست و عوامل نهادی و اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در تاب‌آوری نظام سلامت ایفا می‌کنند. در این میان، سرمایه اجتماعی کلان به‌عنوان مجموعه‌ای از ساختارهای نهادی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، می‌تواند چارچوبی تحلیلی برای تبیین تفاوت عملکرد کشورها در دوران پاندمی فراهم آورد.

هدف این پژوهش، شناسایی و طبقه‌بندی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان مؤثر بر مقابله با پیامدهای اقتصادی و بهداشتی ویروس کرونا در سطح نظام سلامت است. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و به روش فراترکیب انجام شده و داده‌های مورد استفاده شامل مطالعات علمی، گزارش‌های سیاستی و اسناد معتبر منتشرشده در سال ۲۰۲۰ در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر بین‌المللی است. انتخاب مطالعات به‌صورت هدفمند و بر اساس معیارهای مشخص انجام شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از کدگذاری باز و مقایسه مستمر صورت گرفت.

نتایج تحلیل نشان داد که مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان در قالب پنج مقوله اصلی قابل طبقه‌بندی هستند: کارآمدی نظام سیاسی و حکمرانی سلامت، کارآمدی نظام اقتصادی و پایداری مالی، کارآمدی نظام بهداشت و درمان، انسجام و اعتماد اجتماعی، و همکاری و همبستگی فراملی. این مؤلفه‌ها به‌صورت درهم‌تنیده عمل می‌کنند و ضعف در هر یک از آن‌ها می‌تواند توان پاسخ‌گویی و بازیابی نظام سلامت را در مواجهه با بحران‌های فراگیر کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که تقویت سرمایه اجتماعی کلان می‌تواند به‌عنوان یکی از ابزارهای سیاستی مؤثر برای ارتقای تاب‌آوری اقتصادی و نهادی نظام سلامت در دوران پساکرونا مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی کلان، اقتصاد سلامت، کووید-۱۹، تاب‌آوری نظام سلامت، حکمرانی سلامت

۱. مقدمه

در دو دهه نخست قرن بیست‌ویکم، نظام‌های سلامت در سطح جهانی با مجموعه‌ای از بحران‌های همه‌گیر مواجه بوده‌اند؛ از شیوع سندرم‌های شدید تنفسی، زیکا ویروس و ابولا گرفته تا پاندمی کووید-۱۹ که به‌لحاظ دامنه، شدت و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی، بی‌سابقه تلقی می‌شود. پاندمی کووید-۱۹ نشان داد که مخاطرات سلامت عمومی نه‌تنها محدود به مرزهای جغرافیایی یا گروه‌های خاص اجتماعی نیست، بلکه می‌تواند به‌طور هم‌زمان تمامی ابعاد اقتصادی، نهادی

و اجتماعی جوامع را تحت تأثیر قرار دهد. این بحران جهانی، آسیب‌پذیری ساختارهای سلامت و اقتصاد را حتی در کشورهایی با سطح بالای درآمد و زیرساخت‌های پیشرفته آشکار ساخت (WHO, 2020).

برخلاف بسیاری از بحران‌های پیشین، پیامدهای کووید-۱۹ صرفاً به افزایش مرگ‌ومیر یا فشار بر نظام درمانی محدود نشد، بلکه تعارض‌های جدی میان اهداف بهداشتی و ملاحظات اقتصادی را برجسته کرد. تصمیم‌گیری درباره اعمال قرنطینه‌های گسترده، محدودسازی فعالیت‌های اقتصادی و تخصیص منابع کمیاب سلامت، نظام‌های سیاست‌گذاری را با انتخاب‌هایی مواجه ساخت که آثار کوتاه‌مدت و بلندمدت آن‌ها بر رشد اقتصادی، اشتغال و رفاه اجتماعی قابل‌چشم‌پوشی نبود. از این‌رو، پاندمی کووید-۱۹ را می‌توان نقطه تلاقی بی‌سابقه اقتصاد سلامت، سیاست‌گذاری عمومی و ساختارهای اجتماعی دانست.

تجربه کشورهای مختلف در مواجهه با پاندمی نشان داد که برخورداری از منابع مالی یا ظرفیت‌های فنی به‌تنهایی تضمین‌کننده عملکرد موفق نظام سلامت نیست. در عمل، کشورهایی با سطح مشابهی از درآمد یا هزینه‌های سلامت، نتایج متفاوتی در کنترل پیامدهای بهداشتی و اقتصادی پاندمی تجربه کردند. این تفاوت‌ها توجه پژوهشگران را به نقش عوامل نهادی و اجتماعی معطوف ساخته است؛ عواملی که فراتر از متغیرهای متعارف اقتصادی، بر نحوه پاسخ‌گویی و بازیابی نظام سلامت اثر می‌گذارند (Putnam, 2000; Kawachi et al., 2008).

در این چارچوب، مفهوم سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از مفاهیم کلیدی در تحلیل‌های بین‌رشته‌ای اقتصاد سلامت مطرح شده است. سرمایه اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به شبکه‌ها، اعتماد، هنجارها و ساختارهایی اشاره دارد که هماهنگی و همکاری میان کنشگران را تسهیل می‌کند. ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی می‌تواند از طریق کاهش هزینه‌های مبادله، افزایش اعتماد نهادی و بهبود کارایی سیاست‌های عمومی، بر عملکرد اقتصادی و سلامت جوامع اثرگذار باشد (Woolcock, 1998).

با این حال، بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین، سرمایه اجتماعی را عمدتاً در سطوح خرد و متوسط ــ مانند روابط بین‌فردی یا شبکه‌های اجتماعی محلی ــ بررسی کرده‌اند. در حالی‌که در مواجهه با بحران‌های فراگیری مانند کووید-۱۹، آنچه بیش از همه اهمیت می‌یابد، سرمایه اجتماعی در سطح کلان است؛ سطحی که شامل ساختارهای نهادی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی می‌شود و ظرفیت هماهنگی، تخصیص منابع و اعمال سیاست‌های جمعی را تعیین می‌کند.

در سطح کلان، سرمایه اجتماعی به مجموعه‌ای از نهادهای رسمی و غیررسمی اشاره دارد که رفتار کنشگران را تنظیم کرده و چارچوب تعاملات اجتماعی و اقتصادی را شکل می‌دهند. این نهادها شامل نظام‌های حکمرانی، ساختارهای قانونی، نظام اقتصادی، نظام بهداشت و درمان و سازوکارهای هماهنگی اجتماعی هستند. چنین ساختارهایی با ایجاد درک مشترک از قواعد بازی، کاهش عدم‌اطمینان و تسهیل همکاری جمعی، نقش مهمی در مدیریت بحران‌های پیچیده ایفا می‌کنند (Claridge, 2004).

پاندمی کووید-۱۹ به‌روشنی نشان داد که ضعف در هر یک از این ساختارهای کلان می‌تواند توان پاسخ‌گویی نظام سلامت را تضعیف کند. نبود هماهنگی نهادی، بی‌اعتمادی اجتماعی، ناکارآمدی نظام اقتصادی یا ضعف در حکمرانی سلامت، همگی می‌توانند هزینه‌های اقتصادی و انسانی بحران را تشدید کنند. در مقابل، جوامعی که از سرمایه اجتماعی کلان قوی‌تری برخوردار بودند، توانستند با انسجام بیشتر، سیاست‌های بهداشتی را مؤثرتر اجرا کرده و آثار منفی اقتصادی بحران را کنترل کنند.

با وجود اهمیت این موضوع، مرور ادبیات نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی به‌صورت نظام‌مند به شناسایی و طبقه‌بندی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان در زمینه مقابله با پیامدهای پاندمی‌ها پرداخته‌اند. بخش عمده مطالعات موجود یا بر پیامدهای پزشکی و اپیدمیولوژیک کووید-۱۹ تمرکز داشته‌اند، یا سرمایه اجتماعی را به‌صورت پراکنده و غیرساختاریافته

بررسی کرده‌اند. این خلأ پژوهشی، به‌ویژه از منظر اقتصاد سلامت، مانع از ارائه چارچوبی منسجم برای تحلیل نقش سرمایه اجتماعی در تاب‌آوری نظام‌های سلامت شده است.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف، در پی آن است تا با تجمیع و یکپارچه‌سازی مطالعات انجام‌شده، مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان مؤثر بر مقابله با پیامدهای ویروس کرونا را شناسایی و طبقه‌بندی کند. تمرکز بر سطح کلان سرمایه اجتماعی، امکان تحلیل نقش ساختارهای اقتصادی، سیاسی و اجتماعی را در افزایش تاب‌آوری نظام سلامت فراهم می‌سازد و می‌تواند مبنایی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در دوران پساکرونا ارائه دهد.

سؤالات پژوهش

در این پژوهش، سه سؤال اصلی به شرح زیر مطرح می‌شود:

کدام مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان موجب تقویت تاب‌آوری اقتصادی نظام سلامت در مواجهه با پیامدهای پاندمی کووید-۱۹ می‌شوند؟

کدام مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان نقش مؤثری در افزایش کارایی سیاست‌های عمومی و بهبود هماهنگی نهادی نظام سلامت در مقابله با پاندمی کووید-۱۹ دارند؟

کدام مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان به تقویت انسجام اجتماعی و افزایش سطح اعتماد عمومی در پاسخ نظام سلامت به پاندمی کووید-۱۹ منجر می‌شوند؟

۲. ادبیات نظری پژوهش

۲-۱. بحران کووید-۱۹ و بازتعریف کارکرد نظام‌های سلامت

همه‌گیری ویروس کرونا (COVID-19) یکی از عمیق‌ترین و چندبعدی‌ترین بحران‌های معاصر به‌شمار می‌رود که به‌طور هم‌زمان ابعاد بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و نهادی جوامع را تحت تأثیر قرار داده است. این بحران نه‌تنها به‌عنوان یک شوک سلامت عمومی، بلکه به‌مثابه یک آزمون ساختاری برای نظام‌های سلامت عمل کرده است (WHO, 2020).

برخلاف بحران‌های پیشین که اغلب ماهیتی موضعی یا کوتاه‌مدت داشتند، پاندمی کووید-۱۹ با ویژگی‌هایی چون: عدم قطعیت بالا، طولانی‌مدت بودن، هم‌زمانی شوک‌های عرضه و تقاضا و درهم‌تنیدگی با بحران‌های اقتصادی و اجتماعی نشان داد که کارآمدی نظام‌های سلامت صرفاً وابسته به منابع فیزیکی و مالی نیست، بلکه به ظرفیت‌های نهادی، اجتماعی و اعتماد عمومی نیز وابسته است (Folland et al., 2021).

در این چارچوب، مفهوم «تاب‌آوری نظام سلامت» به‌عنوان یکی از مفاهیم محوری در ادبیات اقتصاد سلامت و سیاست‌گذاری عمومی برجسته شد.

۲-۲. مفهوم تاب‌آوری نظام سلامت: سیر تحول نظری

مفهوم تاب‌آوری ریشه در علوم روان‌شناسی، بوم‌شناسی و مدیریت دارد و به‌تدریج وارد حوزه سیاست‌گذاری سلامت شده است. در ادبیات سلامت، تاب‌آوری به‌معنای توانایی نظام سلامت در جذب شوک‌ها، تطبیق با شرایط بحرانی، حفظ کارکردهای اصلی و یادگیری از بحران‌ها تعریف می‌شود (OECD, 2018).

سازمان جهانی بهداشت تاب‌آوری نظام سلامت را چنین تعریف می‌کند: توانایی نظام سلامت برای آمادگی، پاسخ مؤثر، حفظ خدمات ضروری و بازیابی سریع پس از بحران‌ها (WHO, 2017).

نکته مهم در تعاریف جدید آن است که تاب‌آوری: یک وضعیت ایستا نیست، بلکه فرایندی پویا، چندسطحی و وابسته به زمینه نهادی و اجتماعی است.

جدول ۱. خلاصه تعاریف نظری تاب‌آوری نظام سلامت

ردیف	تعریف	منبع

۱	توانایی حفظ و بازیابی خدمات اساسی سلامت در شرایط بحران	WHO (2017)
۲	ظرفیت جذب، تطبیق و یادگیری نظام سلامت در برابر شوک‌ها	OECD (2018)
۳	توانایی نهادی و اجتماعی برای پاسخ مؤثر و پایدار به بحران‌ها	Kruk et al. (2015)
۴	فرایند پویای تعامل منابع، حکمرانی و سرمایه اجتماعی	Blanchet et al. (2017)

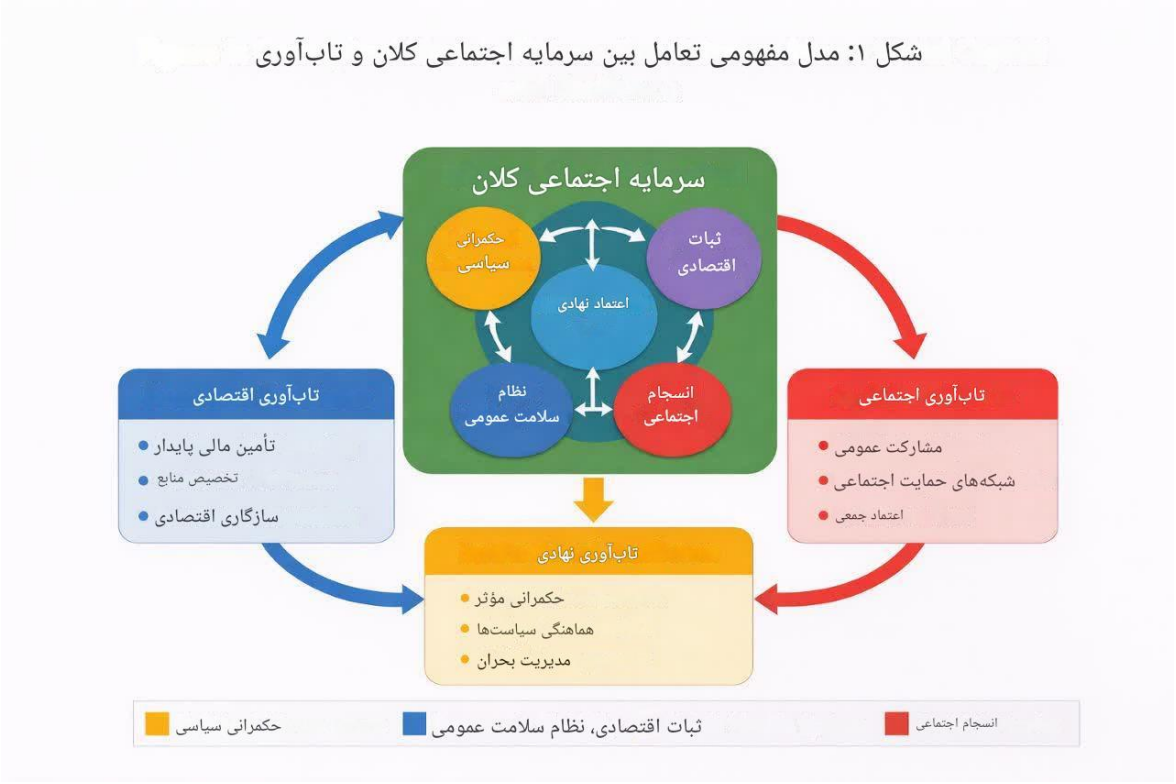
منبع: یافته های پژوهش

۳-۲. ابعاد تاب‌آوری نظام سلامت

مرور مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که تاب‌آوری نظام سلامت دارای ابعاد چندگانه است که در تعامل با یکدیگر عمل می‌کنند. این ابعاد عبارت‌اند از: بعد نهادی و حکمرانی، بعد اقتصادی و تأمین مالی، بعد اجتماعی و سرمایه اجتماعی، بعد فرهنگی، بعد زیرساختی و بعد پاسخ به رویدادهای خاص.

نکته کلیدی آن است که سرمایه اجتماعی کلان به‌عنوان پیونددهنده این ابعاد عمل می‌کند.

شکل ۱. چارچوب مفهومی تاب‌آوری نظام سلامت مبتنی بر سرمایه اجتماعی کلان



این شکل نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی کلان از طریق افزایش اعتماد نهادی، هماهنگی بین‌بخشی و مشارکت اجتماعی، بر کارایی سیاست‌ها و تاب‌آوری اقتصادی نظام سلامت اثر می‌گذارد.

جدول ۲. پیوند نظری سرمایه اجتماعی کلان و ابعاد تاب‌آوری نظام سلامت

بعد تاب‌آوری نظام سلامت	مؤلفه سرمایه اجتماعی کلان مرتبط	کارکرد اقتصادی ـ نهادی
نهادی و حکمرانی	اعتماد نهادی، مشروعیت سیاست‌ها	کاهش اصطکاک نهادی، افزایش کارایی تصمیم‌گیری
اقتصادی و تأمین مالی	اعتماد عمومی، همکاری بین‌بخشی	پذیرش سیاست‌های مالی، تخصیص بهینه منابع

اجتماعی	انسجام اجتماعی، مشارکت مدنی	افزایش تبعیت اجتماعی، کاهش هزینه اجرا
فرهنگی	هنجارهای مشترک، سرمایه نمادین	هم‌سویی رفتار فردی با اهداف سلامت
زیرساختی	هماهنگی نهادی، یادگیری سازمانی	تداوم خدمات و جذب شوک‌ها
پاسخ به بحران	همکاری ملی و فراملی	تسریع پاسخ و بازیابی

منبع: تدوین نویسنده بر اساس (WHO (2017، (OECD (2018، (Kruk et al. (2015

۲-۴. سرمایه اجتماعی کلان و نقش آن در تاب‌آوری نظام سلامت

سرمایه اجتماعی کلان به شبکه‌ها، هنجارها، اعتماد نهادی و کیفیت روابط بین دولت، نهادها و جامعه اشاره دارد (Putnam, 2000). برخلاف سرمایه اجتماعی خرد که بر روابط فردی تمرکز دارد، سرمایه اجتماعی کلان مستقیماً با: حکمرانی، سیاست‌گذاری عمومی و کارایی نهادی در ارتباط است.

مطالعات نشان داده‌اند که کشورهایی با سطح بالاتر سرمایه اجتماعی کلان، در دوران کووید-۱۹: هماهنگی نهادی بهتری داشتند، سیاست‌های محدودکننده مؤثرتری اجرا کردند و هزینه‌های اقتصادی کمتری متحمل شدند (Borgonovi & Andrieu, 2020).

۲-۵. پیوند سرمایه اجتماعی کلان و تاب‌آوری اقتصادی نظام سلامت

تاب‌آوری اقتصادی نظام سلامت به توانایی سیستم در: تأمین مالی پایدار، تخصیص بهینه منابع و حفاظت از گروه‌های آسیب‌پذیر در شرایط بحران اشاره دارد.

سرمایه اجتماعی کلان از سه مسیر اصلی بر تاب‌آوری اقتصادی اثر می‌گذارد: افزایش اعتماد عمومی به سیاست‌های مالی سلامت، کاهش هزینه‌های مبادله و ائتلاف منابع و تسهیل اجرای سیاست‌های بازتوزیعی.

۲-۶. مرور نظام‌مند تجربیات بین‌المللی تاب‌آورسازی نظام‌های سلامت

بررسی تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که تاب‌آورسازی نظام سلامت در بحران کووید-۱۹ یک الگوی واحد و جهان‌شمول نداشته، بلکه متأثر از زمینه‌های نهادی، سطح توسعه اقتصادی و میزان سرمایه اجتماعی کلان هر کشور بوده است. با این حال، الگوهای مشترکی در میان کشورهای موفق قابل شناسایی است.

در اغلب کشورهایی که عملکرد بهتری در مدیریت بحران کووید-۱۹ داشته‌اند، سه ویژگی مشترک مشاهده می‌شود: وجود اعتماد نهادی و مشروعیت سیاست‌های سلامت، هماهنگی افقی و عمودی میان نهادهای حاکمیتی و مشارکت فعال جامعه مدنی و گروه‌های اجتماعی.

این سه مؤلفه، هسته سرمایه اجتماعی کلان را شکل می‌دهند و به‌طور مستقیم با تاب‌آوری نظام سلامت در ارتباط‌اند (Kruk et al., 2015).

۲-۶-۱. الگوهای تاب‌آوری در کشورهای آفریقایی: از شوک ابولا تا کووید-۱۹

کشورهای سیرالئون، غنا و لیبی که پیش‌تر تجربه همه‌گیری ابولا را پشت سر گذاشته بودند، در مواجهه با کووید-۱۹ از سطح آمادگی نهادی بالاتری برخوردار بودند. این کشورها پس از بحران ابولا، فرآیند تاب‌آورسازی نظام سلامت را در قالب پنج محور اصلی دنبال کردند: ارزیابی ظرفیت‌های نهادی و عملکردی، برنامه‌ریزی راهبردی تداوم خدمات، مشارکت ذی‌نفعان کلیدی، اولویت‌بندی خدمات ضروری و اجرای مداخلات هدفمند نیروی انسانی. وجه مشترک این اقدامات، تقویت سرمایه اجتماعی نهادی از طریق افزایش تعامل دولت با کارکنان سلامت و جامعه محلی بود. مطالعات نشان می‌دهد که مشارکت ذی‌نفعان و شفافیت تصمیم‌گیری، نقش مهمی در افزایش تبعیت اجتماعی از سیاست‌های سلامت ایفا کرده است (Blanchet et al., 2017).

۲-۶-۲. تجربه آفریقای جنوبی و کنیا: تاب‌آوری به‌مثابه یک فرایند روزمره

آفریقای جنوبی و کنیا رویکردی متفاوت را اتخاذ کردند که در ادبیات با عنوان «تاب‌آوری هرروزه نظام سلامت» شناخته می‌شود. در این چارچوب، تاب‌آوری نه به‌عنوان واکنش اضطراری، بلکه به‌عنوان یک قابلیت نهادی مستمر تعریف می‌شود.

در این کشورها، تمرکز بر: افزایش اختیار مدیران میانی، ایجاد سازوکارهای بازخورد مستمر و ارتقای ظرفیت‌های شناختی و رفتاری مدیران باعث شد نظام سلامت توانایی تطبیق تدریجی با بحران‌های طولانی‌مدت را پیدا کند. این رویکرد نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی کلان از طریق تقویت اعتماد درون‌سازمانی و کاهش اصطکاک نهادی، تاب‌آوری را افزایش می‌دهد (Gilson, 2020).

شکل ۲. نمودار خطی/شبکه‌ای و مدل مفهومی «تاب‌آوری هرروزه نظام سلامت»



این مدل تعامل میان هضم شوک، تطابق تدریجی و تغییر ساختاری را در بستر سرمایه اجتماعی کلان نمایش می‌دهد.

۳-۶-۲. تجربه کشورهای اروپایی: مورد ایرلند

کشور ایرلند نمونه‌ای شاخص از پیوند میان تاب‌آوری اقتصادی و سرمایه اجتماعی کلان است. این کشور پیش از بحران کووید-۱۹ برنامه اصلاحات ساختاری نظام سلامت را آغاز کرده بود و در زمان بحران، توانست با بسیج منابع مالی و اجتماعی، فشار اقتصادی ناشی از همه‌گیری را مدیریت کند.

اقدامات کلیدی ایرلند شامل: افزایش پوشش بیمه‌ای اقشار فاقد بیمه، انتقال خدمات از بیمارستان به مراقبت در منزل و افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بود. این سیاست‌ها تنها در سایه اعتماد عمومی بالا به دولت و نهادهای سلامت امکان‌پذیر شد (OECD, 2021).

۴-۶-۲. تجربه کشورهای آسیایی: لبنان، فلسطین و میانمار

در کشورهای لبنان و فلسطین، بحران‌های همزمان (پناهندگان، بی‌ثباتی سیاسی و کووید-۱۹) نظام سلامت را تحت فشار مضاعف قرار داد. با این حال، بهره‌گیری از: خدمات ادغام‌یافته، حمایت سازمان‌های بین‌المللی و بسیج منابع اجتماعی نقش مهمی در حفظ حداقل خدمات سلامت ایفا کرد. در این کشورها، سرمایه اجتماعی کلان از مسیر همکاری بین‌المللی و اعتماد به نهادهای واسط تقویت شد (World Bank, 2022).

میانمار نیز نشان داد که اعتماد عمومی و نقش رهبران مذهبی می‌تواند در شرایط ضعف نهادی، جایگزین موقت سازوکارهای رسمی شود.

۵-۶-۲. تجربه برزیل و استرالیا: تاب‌آوری در بحران‌های ترکیبی

برزیل نمونه‌ای از کشوری است که هم‌زمان با بحران‌های اقتصادی و سیاسی با همه‌گیری کووید-۱۹ مواجه شد. سیاست‌های این کشور در تقویت مراقبت‌های اولیه، حمایت از اقشار فاقد بیمه و توجه به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، نشان داد که تاب‌آوری نظام سلامت بدون توجه به بستر اجتماعی امکان‌پذیر نیست (Hunter & Sugiyama, 2014).

استرالیا نیز با تمرکز بر مدیریت اطلاعات، دارو و تجهیزات پزشکی و درس‌آموزی نهادی، نشان داد که یادگیری نهادی یکی از ارکان اصلی تاب‌آوری است.

۷-۲. جدول تطبیقی تحلیلی تجربیات کشورها

جدول ۳. مقایسه تحلیلی مؤلفه‌های تاب‌آوری نظام سلامت در کشورهای منتخب

کشور	مؤلفه غالب تاب‌آوری	نقش سرمایه اجتماعی کلان	پیامد اصلی
سیرالئون	آمادگی نهادی	مشارکت ذی‌نفعان	تداوم خدمات
آفریقای جنوبی	یادگیری نهادی	اعتماد درون‌سازمانی	تطابق تدریجی
ایرلند	تاب‌آوری اقتصادی	اعتماد عمومی	کاهش هزینه بحران
لبنان	ادغام خدمات	همکاری بین‌المللی	افزایش دسترسی
برزیل	عدالت اجتماعی	حمایت اجتماعی	کاهش نابرابری
استرالیا	مدیریت اطلاعات	مشروعیت نهادی	پاسخ سریع

منبع: یافته های پژوهش

۸-۲. مشخصات کشورهای منتخب

به‌منظور شفاف‌سازی منطق انتخاب کشورها و ایجاد امکان مقایسه تحلیلی میان تجربیات نظام‌های سلامت، مشخصات کشورهای منتخب در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مشخصات کشورهای منتخب در مطالعات تاب‌آوری نظام سلامت

ردیف	قاره	کشور	سطح درآمد (OECD / WB)	جمعیت (میلیون نفر)	سهم سلامت از GDP (٪)	بحران غالب
۱	آفریقا	سیرالئون	پایین	۸.۴	۸.۷	ابولا، کووید-۱۹
۲	آفریقا	غنا	پایین	۳۴	۳.۴	ابولا، کووید-۱۹
۳	آفریقا	لیبی	پایین	۶.۷	۶.۵	بی‌ثباتی سیاسی
۴	آفریقا	آفریقای جنوبی	متوسط رو به بالا	۵۹.۳	۹.۱	کووید-۱۹
۵	آفریقا	کنیا	متوسط رو به پایین	۵۳.۱	۴.۶	کووید-۱۹
۶	اروپا	ایرلند	بالا	۵.۰۳	۱۱.۳	کووید-۱۹
۷	آسیا	لبنان	متوسط رو به پایین	۵.۵۹	۸.۶	پناهندگان، کووید
۸	آسیا	فلسطین	متوسط	۴.۹۳	–	مهاجرت، کووید

۹	آسیا	میانمار	پایین	۵۳.۸	۴.۷	بلایای طبیعی
۱۰	آمریکا	برزیل	متوسط	۲۱۴.۳	۹.۵	بحران اقتصادی
۱۱	اقیانوسیه	استرالیا	بالا	۲۵.۷	۱۰.۲	کووید-۱۹

منبع: یافته‌های پژوهش بر اساس گزارش‌های WHO، OECD و World Bank

۳. روش‌شناسی و تحلیل داده‌ها

۳-۱. نوع و طراحی مطالعه

این پژوهش یک تحلیل کیفی فراترکیب (Meta-synthesis) است که با هدف شناسایی و طبقه‌بندی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان مؤثر بر تاب‌آوری نظام‌های سلامت در مواجهه با پاندمی کووید-۱۹ طراحی شده است. فراترکیب روشی مناسب برای تجمیع یافته‌های کیفی و گزارش‌های سیاستی و استخراج چارچوب‌های تحلیلی جامع است (Noblit & Hare, 1988; Sandelowski et al., 2007). این رویکرد امکان تبیین الگوهای مشترک و تفاوت‌های میان کشورها را فراهم می‌آورد و می‌تواند ارتباط میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان و تاب‌آوری اقتصادی، نهادی و اجتماعی نظام سلامت را روشن سازد.

۳-۲. جامعه و نمونه پژوهش

جامعه پژوهش شامل نظام‌های سلامت جهانی است. نمونه پژوهش، ۱۲ کشور منتخب از پنج قاره با سطوح درآمدی مختلف و دسترسی به داده‌های معتبر است. انتخاب این کشورها بر اساس معیارهایی چون سطح توسعه اقتصادی، شدت پاندمی کووید-۱۹، سابقه بحران‌های قبلی، و در دسترس بودن داده‌های کیفی و کمی معتبر انجام شد.

جدول ۵ خلاصه مشخصات این کشورها شامل قاره، سطح درآمدی، جمعیت، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بحران غالب هر کشور را نشان می‌دهد و منطق انتخاب نمونه‌ها برای تحلیل تجربیات بین‌المللی را روشن می‌سازد.

جدول ۵. مشخصات کشورهای منتخب پژوهش

ردیف	قاره	کشور	سطح درآمد (WB/OECD)	جمعیت (میلیون نفر)	سهم سلامت از GDP (٪)	بحران غالب
۱	آفریقا	سیرالئون	پایین	۸.۴	۸.۷	ابولا، کووید-۱۹
۲	آفریقا	غنا	پایین	۳۴	۳.۴	ابولا، کووید-۱۹
۳	آفریقا	لیبی	پایین	۶.۷	۶.۵	بی‌ثباتی سیاسی
۴	آفریقا	آفریقای جنوبی	متوسط رو به بالا	۵۹.۳	۹.۱	کووید-۱۹
۵	آفریقا	کنیا	متوسط رو به پایین	۵۳.۱	۴.۶	کووید-۱۹
۶	اروپا	ایرلند	بالا	۵.۰۳	۱۱.۳	کووید-۱۹

۷	آسیا	لبنان	متوسط رو به پایین	۵.۵۹	۸.۶	پناهندگان، کووید-۱۹
۸	آسیا	فلسطین	متوسط	۴.۹۳	–	مهاجرت، کووید-۱۹
۹	آسیا	میانمار	پایین	۵۳.۸	۴.۷	بلایای طبیعی
۱۰	آمریکا	برزیل	متوسط	۲۱۴.۳	۹.۵	بحران اقتصادی
۱۱	اقیانوسیه	استرالیا	بالا	۲۵.۷	۱۰.۲	کووید-۱۹

منبع: یافته‌های پژوهش

۳-۳. متغیرها و ابعاد مورد بررسی

تحلیل داده‌ها بر سه محور اصلی انجام شد: ابعاد تاب‌آوری نظام سلامت: اقتصادی، اجتماعی، حکمرانی، فرهنگی، زیرساختی و پاسخ به رویدادهای خاص (WHO, 2017; OECD, 2018).

مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان: شامل کارآمدی نظام سیاسی و حکمرانی سلامت، کارآمدی نظام اقتصادی و پایداری مالی، کارآمدی نظام بهداشت و درمان، انسجام و اعتماد اجتماعی، همکاری و همبستگی فراملی.

راهبردها و سیاست‌های تاب‌آوری: پیشگیری، آمادگی، پاسخ، بازیابی و درس‌آموختن.

۳-۴. جمع‌آوری داده‌ها

داده‌ها به‌صورت سیستماتیک و هدفمند از منابع زیر استخراج شدند:

- پایگاه‌های علمی بین‌المللی: PubMed، Scopus، Web of Science؛
- گزارش‌ها و اسناد رسمی: WHO، بانک جهانی، OECD؛
- مطالعات کیفی و کمی منتشرشده بین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۲.

معیارهای انتخاب شامل ارتباط مستقیم با تاب‌آوری نظام سلامت، پوشش مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان و کیفیت علمی گزارش‌ها بود.

۳-۵. تحلیل داده‌ها

فرایند تحلیل داده‌ها شامل سه مرحله اصلی است: کدگذاری باز (Open Coding): استخراج واحدهای معنایی مرتبط با سرمایه اجتماعی کلان و تاب‌آوری نظام سلامت از مطالعات منتخب.

کدگذاری محوری (Axial Coding): دسته‌بندی مؤلفه‌ها بر اساس ابعاد تاب‌آوری و ارتباط آن‌ها با پیامدهای اقتصادی و اجتماعی پاندمی کووید-۱۹. نتایج با جدول ۳ تطبیق داده شد.

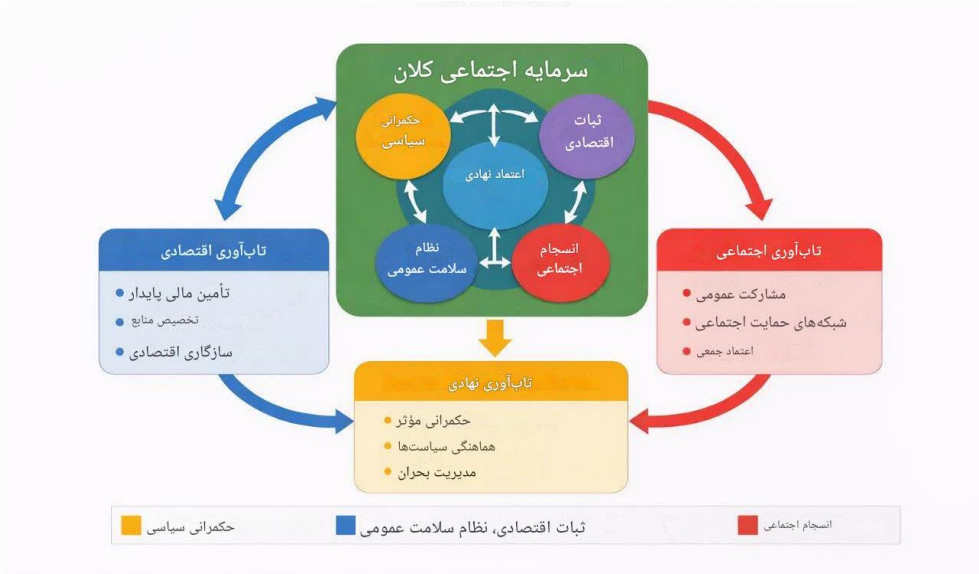
کدگذاری انتخابی و فراترکیب (Selective Coding & Meta-synthesis): تجمیع یافته‌ها برای شناسایی الگوهای مشترک و تفاوت‌های کشورها و شکل‌دهی چارچوب تحلیلی نهایی.

۳-۶. جدول تطبیقی تجربیات کشورها

با استفاده از جدول ۳ که نتایج فراترکیب را نشان می‌دهد، ارتباط میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان و تاب‌آوری نظام سلامت در کشورهای منتخب را روشن می‌سازد.

۳-۷. ابزارهای بصری و نمودارهای تحلیلی

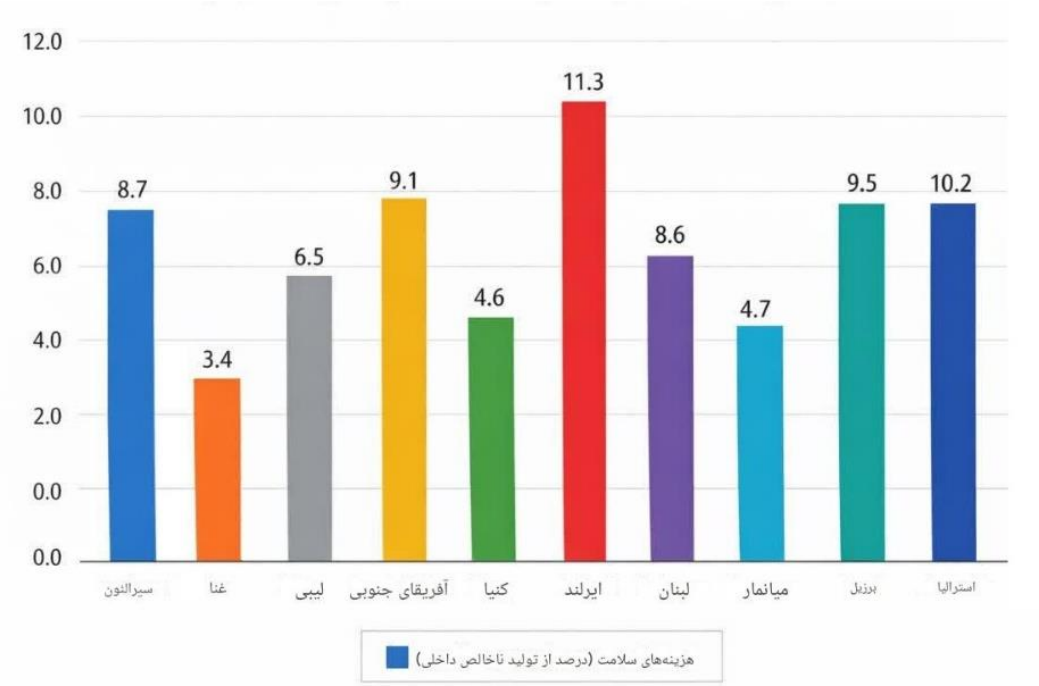
شکل ۱: مدل مفهومی تعامل مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان و تاب‌آوری اقتصادی، اجتماعی و نهادی.



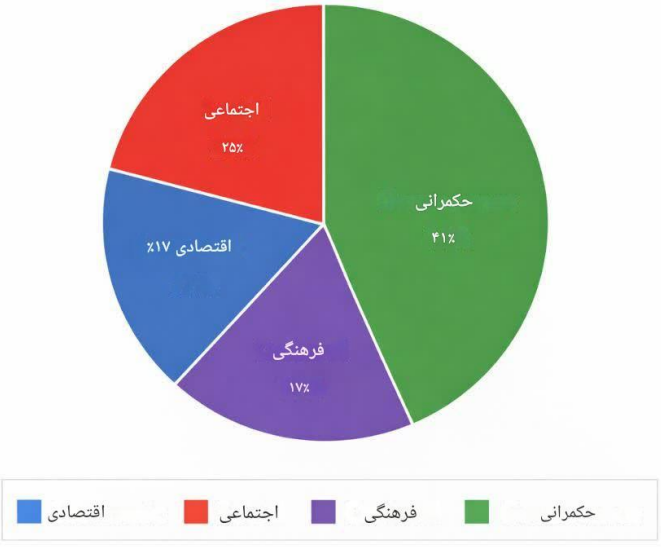
شکل ۲: نمودار خطی/شبکه‌ای نمایش مراحل چرخه مدیریت خطر شامل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی و ارتباط آن با تاب‌آوری



شکل ۳: نمودار میله‌ای مقایسه سهم سلامت از GDP در کشورهای منتخب (جدول ۵)



شکل ۴: نمودار دایره‌ای توزیع درصد کشورها با راهبردهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حکمرانی مشخص (جدول ۳)



این نمودارها تصویر واضحی از الگوها، نقاط قوت و ضعف نظام‌های سلامت کشورهای مختلف ارائه می‌دهند و تحلیل تطبیقی را تسهیل می‌کنند.

۸-۳. روایی و اعتبار

- استفاده از منابع معتبر بین‌المللی و داده‌های ثانویه رسمی؛
- تطبیق یافته‌ها با مطالعات پیشین (WHO, 2020; OECD, 2018; Putnam, 2000);
- ارجاع مستقیم به مشخصات کشورها و تجربیات آن‌ها (جدول ۳ و جدول ۵)؛

- شفاف‌سازی محدودیت‌های داده‌های ثانویه و تفاوت سطح جزئیات گزارش‌ها.

۴. یافته‌ها و تحلیل نتایج

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تاب‌آوری نظام سلامت پدیده‌ای چندبعدی و برآمده از تعامل همزمان سرمایه اجتماعی کلان، ظرفیت اقتصادی و هماهنگی نهادی است. برخلاف رویکردهای تک‌بعدی که تاب‌آوری را صرفاً به منابع مالی یا زیرساخت‌های فیزیکی تقلیل می‌دهند، نتایج این مطالعه تأکید می‌کند که کیفیت نهادها، سطح اعتماد عمومی و انسجام اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در توان نظام سلامت برای مواجهه با بحران‌های همه‌گیر دارند.

تحلیل تطبیقی تجربیات کشورهای منتخب نشان داد کشورهایی که از سرمایه اجتماعی کلان بالاتر و سهم قابل‌توجه‌تری از سلامت در GDP برخوردار بوده‌اند (مانند ایرلند و استرالیا)، توانسته‌اند با ترکیب راهبردهای اقتصادی و حکمرانی هماهنگ، فشارهای بهداشتی و اقتصادی ناشی از کووید-۱۹ را به‌طور مؤثرتری مدیریت کنند. در مقابل، کشورهایی با سرمایه اجتماعی و هماهنگی نهادی ضعیف‌تر (مانند میانمار، لیبی و برخی کشورهای کم‌درآمد) با محدودیت‌های جدی در اجرای سیاست‌ها و حفظ تاب‌آوری مواجه بوده‌اند (جداول ۳ و ۵).

نتایج فراترکیب نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی کلان از طریق کاهش هزینه‌های مبادله، افزایش مشروعیت سیاست‌ها و تقویت همکاری بین‌بخشی، بستر لازم برای کارایی سیاست‌های عمومی و پایداری اقتصادی نظام سلامت را فراهم می‌کند. این یافته‌ها با ادبیات نظری موجود همسو است که نقش اعتماد نهادی و انسجام اجتماعی را در مدیریت بحران‌های کلان برجسته می‌کند (Putnam, 2000; Woolcock, 1998).

۴-۱. تحلیل تطبیقی تاب‌آوری نظام‌های سلامت در کشورهای منتخب

با توجه به جدول ۵ و سهم سلامت از GDP، مشاهده می‌شود که کشورهایی مانند ایرلند و استرالیا با سهم بالای سلامت از تولید ناخالص داخلی (به ترتیب ۱۱.۳٪ و ۱۰.۲٪)، توانایی بیشتری در مدیریت بحران‌های همه‌گیر از جمله کووید-۱۹ داشته‌اند، در حالی که کشورهایی با سهم پایین‌تر مانند غنا (۳.۴٪) یا لیبی (۶.۵٪)، محدودیت‌های اقتصادی بیشتری در اجرای راهبردهای تاب‌آوری داشته‌اند. این اختلاف، نشان‌دهنده نقش مؤلفه‌های اقتصادی سرمایه اجتماعی کلان در تقویت تاب‌آوری نظام سلامت است (OECD, 2021; WHO, 2020).

۴-۲. نقش راهبردهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حکمرانی

بر اساس جدول ۳، کشورهای منتخب رویکردهای متفاوتی را در تقویت تاب‌آوری نظام سلامت دنبال کرده‌اند:

اقتصادی: کشورهای ایرلند و برزیل با ایجاد صندوق‌های مالی بحران و افزایش پوشش بیمه‌ای، تاب‌آوری اقتصادی را تقویت کردند.

اجتماعی: کنیا و لبنان با مشارکت فعال جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد، تاب‌آوری اجتماعی را افزایش دادند.

حکمرانی: استرالیا و آفریقای جنوبی با مدیریت دانش، تصمیم‌گیری در شرایط عدم اطمینان و مشارکت بین‌بخشی، انسجام نهادی را تقویت کردند.

فرهنگی: میانمار و لبنان با ترویج فرهنگ خودمراقبتی و رعایت توصیه‌های بهداشتی، پیوند میان سرمایه اجتماعی و رفتار جامعه را تقویت کردند.

زیرساخت‌ها و رویدادهای خاص: همه کشورها اقدامات مرتبط با تامین دارو و تجهیزات و آمادگی برای بلایا و همه‌گیری‌ها را دنبال کردند.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که تاب‌آوری نظام سلامت یک پدیده چندبعدی است و هر کشور با توجه به منابع، ساختار نهادی و سرمایه اجتماعی کلان، ترکیبی از راهبردهای فوق را انتخاب کرده است.

۴-۳. تعامل مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان و تاب‌آوری

مدل مفهومی ارائه‌شده در شکل ۱ نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان (حکمرانی، اعتماد نهادی، همکاری بین‌بخشی و مشارکت اجتماعی) مستقیماً بر سه بعد تاب‌آوری نظام سلامت اثر می‌گذارند:

اقتصادی: تخصیص بهینه منابع و تأمین مالی پایدار

اجتماعی: انسجام و اعتماد عمومی

نهادی: کارایی سیاست‌های عمومی و هماهنگی نهادی

تحلیل داده‌ها حاکی است که کشورهایی که این مؤلفه‌ها را تقویت کرده‌اند، به نتایج بهتری در مدیریت کووید-۱۹ دست یافته‌اند (Borgonovi & Andrieu, 2020; Putnam, 2000).

۴-۴. بررسی چرخه مدیریت خطر و تاب‌آوری

مطابق شکل ۲، چرخه مدیریت خطر شامل چهار مرحله اصلی است: پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی. کشورها با تمرکز بر هر یک از این مراحل، توانسته‌اند تاب‌آوری نظام سلامت را در طول بحران افزایش دهند:

پیشگیری: برنامه‌های آموزشی، واکسیناسیون، مدیریت ریسک اولیه

آمادگی: ارتقای ظرفیت‌های زیرساختی، آماده‌سازی نیروی انسانی و لجستیک

پاسخ: اجرای اقدامات فوری برای کنترل همه‌گیری، حفظ خدمات حیاتی

بازیابی: بازسازی بهتر از گذشته و درس‌آموختن برای آینده

تحلیل شبکه‌ای این چرخه نشان می‌دهد که همبستگی میان سرمایه اجتماعی کلان و هر مرحله از چرخه، نقش حیاتی در کاهش هزینه‌های انسانی و اقتصادی دارد.

۵. نتیجه‌گیری

۵-۱. پیامدهای سیاستی و کاربردی

بر اساس یافته‌های پژوهش، چند پیامد سیاستی کلیدی قابل استخراج است:

تقویت سرمایه اجتماعی کلان: افزایش شفافیت تصمیم‌گیری، پاسخگویی نهادی و مشارکت جامعه، اثربخشی سیاست‌های سلامت و تاب‌آوری اقتصادی را به‌طور معناداری ارتقا می‌دهد.

ادغام راهبردهای چندبعدی: تجربه کشورهای موفق نشان می‌دهد که تاب‌آوری نظام سلامت مستلزم هم‌افزایی سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حکمرانی است و اجرای مجزای این سیاست‌ها اثربخشی محدودی دارد (شکل ۱ و جدول ۳).

تمرکز بر چرخه مدیریت خطر: چرخه چهارمرحله‌ای پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی، چارچوبی عملیاتی برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی تاب‌آوری نظام سلامت فراهم می‌کند (شکل ۲).

تقویت انعطاف‌پذیری نهادی: توانایی یادگیری نهادی، بازسازی و اصلاح سیاست‌ها پس از بحران، یکی از ارکان اصلی تاب‌آوری بلندمدت نظام سلامت است.

۵-۲. مقایسه با ادبیات نظری

در حالی که بسیاری از مطالعات پیشین سرمایه اجتماعی را عمدتاً در سطح خرد و در قالب رفتارهای فردی بررسی کرده‌اند، پژوهش حاضر با تمرکز بر سطح کلان نشان می‌دهد که مؤلفه‌های نهادی و اجتماعی کلان، ارتباط مستقیمی با تاب‌آوری اقتصادی، اجتماعی و نهادی نظام سلامت دارند. ترکیب داده‌های تطبیقی (جداول ۲ و ۳) و چارچوب‌های مفهومی ارائه‌شده (اشکال ۱ و ۲)، امکان مشاهده هم‌زمان اثرات اقتصادی، اجتماعی و نهادی بر تاب‌آوری را فراهم کرده و شکاف موجود در ادبیات را تا حدی پوشش می‌دهد (Borgonovi & Andrieu, 2020; Blanchet et al., 2017).

۵-۳. جمع‌بندی نهایی

پژوهش حاضر نشان داد که:

۱. تاب‌آوری نظام سلامت نتیجه تعامل پویا میان سرمایه اجتماعی کلان، ظرفیت اقتصادی و هماهنگی نهادی است.

۲. سرمایه اجتماعی کلان به‌عنوان عنصر پیونددهنده، مؤلفه‌های اقتصادی، نهادی و اجتماعی را به یکدیگر متصل می‌کند و نقش محوری در موفقیت سیاست‌های سلامت دارد.

۳. چرخه مدیریت خطر، چارچوبی کارآمد برای طراحی و ارزیابی سیاست‌های تاب‌آوری فراهم می‌آورد.

٤. تفاوت عملکرد کشورها در بحران کووید-۱۹ بیش از آنکه ناشی از منابع مالی صرف باشد، ریشه در کیفیت سرمایه اجتماعی کلان و ساختارهای نهادی آن‌ها دارد.

۵. این چارچوب تحلیلی امکان مطالعه تطبیقی، شناسایی بهترین تجارب کشورها و طراحی سیاست‌های مبتنی بر شواهد را در دوران پساکرونا فراهم می‌کند.

۵-۴. محدودیت‌های پژوهش

- اتکای پژوهش بر داده‌های ثانویه و گزارش‌های منتشرشده.
- تفاوت در کیفیت و سطح جزئیات داده‌ها میان کشورهای مورد مطالعه.
- تغییرپذیری سیاست‌ها و شرایط اقتصادی–اجتماعی پس از دوره مورد بررسی.
- ناقص یا برآوردی بودن برخی داده‌های مالی و سهم سلامت از GDP.

۵-۵. چشم‌انداز پژوهش‌های آتی

انجام مطالعات میدانی و میان‌رشته‌ای برای بررسی تجربی اثر سرمایه اجتماعی کلان بر تاب‌آوری نظام سلامت.
گسترش دامنه پژوهش به کشورهای کم‌داده و دارای بحران‌های ترکیبی.
به‌کارگیری مدل‌های کمی، شبکه‌ای و پویایی سیستم‌ها برای تحلیل تعامل میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کلان و عملکرد نظام سلامت.

منابع

۱. فلاحی، م.، احمدی، س. (۱۴۰۱). اقتصاد سلامت و سیاست‌گذاری عمومی در دوران پاندمی کووید-۱۹. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۲. سازمان جهانی بهداشت (WHO) ترجمه فارسی (۱۳۹۹). راهنمای تاب‌آوری نظام‌های سلامت. تهران: مرکز تحقیقات سلامت جهانی.

۳. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) ترجمه فارسی (۱۳۹۸). تاب‌آوری نظام‌های سلامت: نظریه و عمل. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

۴. کلانتر، ن.، رضایی، ع. (۱۳۹۹). نقش سرمایه اجتماعی در مدیریت بحران‌های سلامت. فصلنامه مطالعات اجتماعی و سلامت، ۵(۲)، ۴۰-۱۵.

۵. Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and Capacity to Manage Health Systems Resilience in Times of Crisis. BMJ Global Health, 2(2), e000175.

۶. Borgonovi, F., & Andrieu, E. (2020). Bowling together by bowling alone: Social capital and COVID-19. Social Science & Medicine, 265, 113501.

۷. Claridge, T. (2004). Social Capital and Natural Resource Management: An Application to Health Systems. Public Administration Quarterly, 28(3), 337-356.

۸. Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2021). The Economics of Health and Health Care (8th ed.). New York: Routledge.

۹. Gilson, L. (2020). Everyday Resilience in Health Systems: Lessons from South Africa and Kenya. Health Policy and Planning, 35(10), 1275–1283.

۱۰. Hunter, B., & Sugiyama, N. (2014). Health System Resilience and Adaptation: Experiences from Brazil and Australia. Health Systems & Reform, 1(3), 234–243.

۱۱. Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2008). Social Capital and Health. New York: Springer.

۱۲. Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. The Lancet, 385(9980), 1910–1912.

۱۳. OECD (2018). Health System Resilience: Lessons from COVID-19. Paris: OECD Publishing.

۱۴. Putnam, R. D. (2000). Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster.

۱۵. Woolcock, M. (1998). Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework. Theory and Society, 27, 151–208.

۱۶. World Bank (2022). COVID-19 and Health System Resilience in Fragile Contexts: Lebanon and Palestine. Washington, DC: World Bank Publications.

۱۷. WHO (2017). Building Health System Resilience: Key Concepts and Strategies. Geneva: World Health Organization.

۱۸. WHO (2020). Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. Geneva: World Health Organization.