

برنامه تحول سلامت: مطالعه موردی کشور ترکیه

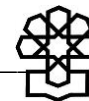
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۵۳۰۴
بهمن‌ماه ۱۳۹۵

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۳.....	کشور ترکیه (کلیات)
۴.....	نظام سلامت ترکیه
۵.....	نظام سلامت در ترکیه: به سوی تحول
۷.....	برنامه تحول سلامت (HTP): در مسیر اجرا
۱۰.....	برنامه تحول سلامت و راهبردهای آن
۲۲.....	دستاوردهای کلیدی HTP
۲۴.....	چالش‌های پیش‌رو
۲۷.....	درس‌هایی که می‌توان آموخت
۲۹.....	منابع و مآخذ



برنامه تحول سلامت: مطالعه موردی کشور ترکیه

چکیده

امروزه به دنبال ناتوانی نظام‌های مختلف در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جدید، گرایش‌های زیادی در خصوص انجام تغییرات شکل گرفته است. بخش سلامت نیز جدای از این مقوله نیست. در واقع نظام‌های سلامت در معرض تغییرات سریع و الزامات برای روبرو شدن با چالش‌های جدیدی همچون تغییرات جمعیت شناختی، الگوی بیماری‌ها، ظهور و باز ظهور بیماری‌های همراه با هزینه‌های رو به افزایش ارائه خدمات سلامت می‌باشند و این امر سبب شده است که یک بازبینی جامع از نظام مراقبت سلامت و عملکرد آن ضروری باشد. در واقع تصمیم‌گیرندگان در تمام سطوح باید در عملکرد نظام سلامت، عواملی که بر آن تأثیر می‌گذارند و سیاست‌هایی که منجر به نتایج بهتر، در محیط‌های مختلف می‌شوند تغییر ایجاد کنند. در این میان کشور ترکیه نیز از این قاعده مستثنا نیست. وزرات بهداشت ترکیه در سال ۲۰۰۳، برنامه تحول سلامت یا به اختصار (HTP)^۱ و همچنین پوشش همگانی سلامت یا به اختصار (UHC)^۲ را طراحی و آن را به عنوان حق داشتن سطح مناسب سلامتی معرفی نمود. ترکیه در این سال‌ها توانست اصلاحات گسترده‌ای را در سیستم سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت طراحی و اجرا کند که به‌طور چشمگیری ناعدالتی را در تأمین مالی سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و پیامدهای آن کاهش داد. به منظور تسریع تلاش‌هایی که در دهه ۱۹۶۰ آغاز شده بود، HTP استراتژی‌های جامعی را برای تقویت عملکردهای اصلی نظام سلامت شامل حاکمیت و تولید، تأمین مالی و ارائه خدمات تدوین نمود. برنامه تحول سلامت با یک فلسفه مبتنی بر حقوق مردم آغاز به کار کرد و اقداماتی را برای بهبود سلامت عموم مردم، افزایش دسترسی به بیمه سلامت برای همه شهروندان، تضمین ارائه خدمات با کیفیت عالی و ایجاد یک نظام سلامت بیمارمحور به منظور کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات و پیامدهای سلامت، به‌ویژه برای زنان و کودکان تدوین کرد. اصلاحات ترکیه به‌طور ویژه حرکت و تحول از یک سیستم پراکنده تشکیل شده از طرح‌های نامتجانس چندگانه که حدود دوسوم جمعیت را تحت پوشش داشتند به یک صندوق واحد به منظور دست یافتن به پوشش همگانی می‌باشد. از طرفی رویکرد دولت ترکیه برای، طراحی، اجرا و پایش HTP از جنبه‌هایی همچون رهبری و تعهد سیاسی، استراتژی جامع مبتنی بر شواهد، یادگیری و پایش مستمر، اجرای انعطاف پذیر، اقدامات استراتژیک و تاکتیکی و همچنین تمرکز بر رضایت مصرف‌کنندگان و

1. Health Transformation Program (HTP)

2. Universal Health Coverage (UHC)

پذیرش تغییر توسط عموم مردم مد نظر می‌باشد. این برنامه دستاوردهای خوبی همچون تفکیک تولید، تأمین مالی و ارائه خدمات در درون نظام سلامت، محول شدن مسئولیت تولید و تدوین سیاست‌ها و استراتژی‌های توسعه به وزارت بهداشت، افزایش هزینه‌کرد برای سلامت و همچنین افزایش سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش سلامت را در پی داشت. تعداد نیروی انسانی پس از اجرای HTP دو برابر شد و باعث افزایش ظرفیت‌های نظام سلامت گردید، علاوه بر این، نظام بیمه ناعادلانه و از هم گسیخته که در قالب پنج طرح مختلف فعالیت می‌نمود به صورت طرح یکپارچه بیمه سلامت عمومی درآمد. هزینه‌های پرداختی بیمه‌شدگان برای خدمات سلامت کاهش یافت و در عین حال تعداد زیادی از خدمات درمانی به‌طور رایگان در اختیار مردم قرار داده شد. همچنین میزان استفاده از خدمات سلامت بین فقیرترین افراد جامعه و نیز ساکنین مناطق محروم شامل مناطق شرق و روستایی ترکیه افزایش یافت.

مقدمه

در دنیای امروز که شاهد تغییر و تحولات شگرف در زمینه‌های مختلف هستیم، سیستم‌های سازمانی برای کسب موفقیت باید از نوعی برنامه‌ریزی بهره‌گیرند که آینده‌نگر باشد. بخش سلامت نیز جدای از این مقوله نیست. سلامت یکی از مهمترین دغدغه‌های نوع بشر است و نظام سلامت با تعاریف جدید آن نقش روزافزونی را در حفظ و ارتقای سلامت جامعه بر عهده دارد. سلامتی که در کنوانسیون آلماتا^۱ به‌عنوان محور توسعه شناخته شد فقط به دنبال پیشگیری و درمان بیماری‌ها با افزایش امید به زندگی نیست، بلکه به دنبال طول عمری با جسمی سالم، روحیه‌ای شاداب همراه با توان فعالیت کامل در همه عرصه‌های جامعه تا آخرین لحظات زندگی است. از طرفی امروزه نظام‌های سلامت در معرض تغییرات سریع و الزامات برای روبرو شدن با چالش‌های جدید تغییرات جمعیت‌شناختی، الگوی بیماری‌ها، ظهور و باز ظهور بیماری‌هایی که با هزینه‌های رو به افزایش ارائه خدمات سلامت همراه هستند، می‌باشند. این امر سبب شده است که یک بازبینی جامع از نظام مراقبت سلامت و عملکرد آن ضروری باشد. هر چقدر که کشورها نظام سلامت خود را به گونه‌ای عمیق‌تر به‌منظور تطابق با تقاضاهای جدید مورد بررسی قرار می‌دهند، تعداد و پیچیدگی مشکلات شناسایی شده بیشتر می‌شود. برخی نظام‌های سلامت در ارائه خدمات ضروری با شکست مواجه می‌شوند، برخی به خاطر خدمات ناکارآمد تحت فشار هستند. برخی از مسائل از قبیل تولید سلامت، تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی درمانی، عدم توازن و تعادل منابع انسانی، دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی همزمان با تأثیر اصلاحات در سایر حوزه‌های اقتصادی به‌گونه‌ای قابل توجه بر توانایی نظام‌های سلامت در ارائه خدمات تأثیر می‌گذارد.

1. Alma Ata Convention



تصمیم‌گیرندگان در تمام سطوح باید در عملکرد نظام سلامت، عواملی را که بر آن تأثیر می‌گذارد و سیاست‌هایی که منجر به نتایج بهتر، در محیط‌های مختلف می‌شود تغییر ایجاد کنند. در این میان کشور ترکیه نیز از این قاعده مستثنا نیست. ترکیه از سال ۲۰۰۳ توانست اصلاحات گسترده‌ای را در سیستم سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت طراحی و اجرا کند که به‌طور چشمگیری ناعدالتی را در تأمین مالی سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و پیامدهای آن کاهش داد. در این گزارش نیز پس از پرداختن به کلیاتی در مورد کشور ترکیه و نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی آن به نحوه اجرای برنامه تحول سلامت در این کشور و اهداف و دستاوردهای آن پرداخته و در نهایت درس‌هایی که از آن می‌توان گرفت ارائه خواهند شد.

کشور ترکیه (کلیات)

ترکیه با نام رسمی جمهوری ترکیه، کشوری اوراسیایی است که بخش بزرگ کشور یعنی آناتولی یا آسیای کوچک در جنوب غرب آسیا و خاورمیانه واقع است و بخش کوچکی از آن نیز در منطقه بالکان (منطقه‌ای در جنوب شرق اروپا) قرار دارد. مساحت ترکیه ۶۲۵,۷۸۳ کیلومتر مربع است. ترکیه از شرق با کشورهای ایران، جمهوری آذربایجان، ارمنستان و گرجستان، از جنوب شرقی با عراق و سوریه و از شمال نیز با بلغارستان و یونان همسایه است. این کشور حدود ۷۶ میلیون نفر جمعیت دارد. ترکیه ۸۱ استان دارد که هر کدام از آنها به چندین بخش تقسیم شده‌اند. اقتصاد ترکیه ترکیبی از صنایع بومی و مدرن است که روز به روز بر دامنه‌اش افزوده می‌شود. تولیدات کشاورزی ترکیه در جهان صاحب جایگاه است. همچنین ترکیه دارای بخش خصوصی قوی و در حال رشدی است که نقش مهمی در بانکداری، حمل‌ونقل و ارتباطات دارد. در حال حاضر ترکیه یک کشور با درآمد بالاست و در دهه گذشته رشد اقتصادی سریعی را پشت سر گذاشته است. این کشور همچنین از یک جمعیت جوان و روبه رشد برخوردار است، هر چند تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی در آن وجود دارد. علیرغم تغییرات اقتصادی و اجتماعی در دهه ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰، شاخص‌های بهداشتی جمعیت در ترکیه در سال ۱۹۹۰ شروع به رشد کرد. متوسط امید به زندگی در بدو تولد در ترکیه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹ به میزان ۱۵/۴ درصد رشد کرد و از ۶۵ سال به ۷۵ سال رسید که از سایر کشورها و اقتصادهای نوظهور با شرایط مشابه توسعه اقتصادی اجتماعی بیشتر است.

نظام سلامت ترکیه

نظام سلامت کنونی در ترکیه نتیجه توسعه‌های سال‌های گذشته بوده و محصول یک فرآیند برنامه‌ریزی منطقی نیست. در نتیجه نهادهای تصمیم‌گیری و اجرایی در شکل، ساختار و اهداف و دستاوردهایشان متفاوت هستند. مراقبت‌های سلامت توسط سازمان‌های دولتی، نیمه دولتی، خصوصی و بشردوستانه فراهم می‌شود، اما ارتباط میان این سازمان‌ها سازماندهی نشده است. گرچه فعالیت‌های سازمان یافته در نظام منسجم بهداشتی درمانی عمدتاً پس از تشکیل جمهوری ترکیه پدید آمد، ولی به هر حال پیش از آن نیز اقدامات عمده‌ای جهت ترقی سلامت عمومی مردم صورت گرفته بود. از جمله این اقدامات تشکیل شورای سلامت در سال ۱۸۳۱ بود که عمده فعالیت آن مربوط به مبارزه با بیماری‌های واگیر دار از قبیل آبله بود. در سال ۱۹۱۲ یک بخش ویژه دولتی زیر نظر وزارت امور داخلی مسئول خدمات بهداشتی و درمانی کشور شد. کنترل بیماری‌های عفونی از قبیل سفلیس، مالاریا، تراخم در اوایل قرن بیستم از مهمترین برنامه‌های دولت بود. وزارت بهداشت و درمان به‌طور مستقل در سال ۱۹۲۰ تاسیس شد که از اولین اقدامات این وزارتخانه تأکید بر پیشگیری در مقابل درمان بود. در پنج سال اول تشکیل حکومت جمهوری در ترکیه ساختار یکپارچه و منسجمی جهت ارائه عادلانه خدمات بهداشت و درمان وجود نداشت. ولی به مرور زمان اقدامات مفیدی در این رابطه انجام شد. تأسیس مدرسه بهداشت عمومی اقدام مؤثری جهت آموزش کارکنان بخش بهداشت و درمان به شمار می‌رفت. در سال ۱۹۴۵ سازمان تأمین اجتماعی به‌منظور ارائه خدمات بهداشتی درمانی به‌ویژه برای بازنشستگان، معلولان و کارگران تأسیس شد که پس از آن به سرعت گسترش پیدا کرد. در سال ۱۹۶۰ قانونی تحت عنوان «قانون سلامت پایه^۱» در مجلس این کشور تصویب شد. از جمله اهداف این قانون اجتماعی کردن یا مردمی کردن ارائه خدمات بهداشتی درمانی بود که با این امر رایگان کردن خدمات به کمک یارانه‌ها و اعتبارات ممکن شد. تشکیلات خدمات بهداشتی درمانی در ترکیه زیر مجموعه‌ای از وزارت سلامت این کشور است که توسط وزارت کار و تأمین اجتماعی، دانشگاه‌ها و وزارت دفاع، ارائه می‌شود. دهه ۱۳۶۰ شاهد پیشرفت‌های بسیار مهمی در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی کشور ترکیه بود، زیرا در این دوره قانون ملی کردن ارائه مراقبت‌های بهداشتی در کنار قانون برنامه‌ریزی برای جمعیت تغییرات زیادی را ارائه داد. در ترکیه تأمین مالی مراقبت‌های سلامت توسط دولت (از طریق وزارت دارایی)، مؤسسات تأمین اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی بازرگانان، پیشه‌وران، خود اشتغالان، صندوق بازنشستگی دولتی و پرداخت‌های مستقیم انجام می‌گردد. سیاستگذاری سلامت در ترکیه به‌صورت موازی و چندپاره بوده و به‌طور نامناسبی بین ذینفعان مختلف توزیع شده است. کل مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی، پشتیبانی مالی



و توسعه مؤسسات سلامت برای فراهم کردن خدمات عادلانه و با کیفیت سلامت بین وزارتخانه‌های سلامت، دفاع و کمیسیون‌های مجلس ملی و دیگران تقسیم شده است. وزارت سلامت فراهم‌کننده اصلی مراقبت‌های اولیه و ثانویه بوده و تنها فراهم‌کننده خدمات پیشگیرانه در ترکیه می‌باشد. در سطح مرکزی، وزارت سلامت مسئول سیاستگذاری سلامت و خدمات سلامت در ترکیه است. در سطح استانی، خدمات سلامت که توسط وزارت سلامت فراهم می‌شوند، توسط اداره‌های سلامت استان اجرا می‌گردد. وزارت سلامت به صورت نظام یکپارچه مراقبت سلامت فعالیت کرده و مراقبت سطوح مختلف را فراهم می‌کند. سیاست‌های سلامت ترکیه از گذشته تاکنون در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. سیاست‌های سلامت ترکیه از گذشته تاکنون

دوره زمانی اجرای سیاست	توضیحات
۱۹۲۰-۱۹۲۳	دوره ساختاربندی پس از جنگ
۱۹۲۳-۱۹۴۶	دوره سازمان دهی عمودی که در آن قانون اساسی تهیه شد.
۱۹۴۶-۱۹۶۰	دوره‌ای که در آن تعداد مؤسسات افزایش یافت، سیستم مدیریت مرکزی معرفی شد و قوانینی درباره طب وضع گردید.
۱۹۶۰-۴۱۹۸۰	دوره ساختارسازی که در آن خانه‌های سلامت، مرکز مراقبت سلامت، بیمارستان‌های استانی و منطقه‌ای تأسیس شدند (اجتماعی‌سازی)
۱۹۸۰-۲۰۰۲	دوره‌ای که در آن مطالعات اصلاحات نظری انجام شد.
۲۰۰۳-۲۰۱۱	دوره برنامه تحول سلامت در ترکیه

مأخذ: ایروان مسعودی اصل، نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی، سازمان بیمه سلامت ایران، ۱۳۹۴.

نظام سلامت در ترکیه: به سوی تحول

در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰ نظام سلامت ترکیه با مشکلات بزرگی به‌ویژه در سه زمینه مواجه شد. مشکل اول در ارتباط با تأمین مالی ناکافی و ناعادلانه نظام سلامت بود. تا قبل از سال ۱۹۹۰ حدود ۳/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی^۱ به بخش سلامت اختصاص می‌یافت که بسیار کمتر از درصد اختصاص یافته (۷/۴ درصد) در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۲ و سایر کشورهای اروپایی با درآمدی مشابه ترکیه بود. هزینه‌های پایین سلامت با یک نظام بیمه‌ای ناعادلانه و از هم گسیخته ترکیب شده بود. پنج طرح بیمه‌ای موجود دارای بسته‌های خدماتی متفاوت و قراردادهای متفاوت با سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی بودند و این امر باعث به‌وجود آمدن ناکارآمدی و بی‌عدالتی در نظام سلامت شده بود. علاوه بر این یک بخش بیمه خصوصی هم

1. Gross Domestic Product (GDP)
2. Economic Cooperation and Development

وجود داشت که دارای نظام ویژه‌ای از ارائه‌کنندگان و بیمه‌گران بود. با وجود بیمه بودن برخی از افراد در عمل دسترسی به خدمات به‌علت کمبود شدید منابع انسانی بخش سلامت دشوار بود. به‌علاوه اشتغال همزمان متخصصان در بخش خصوصی و دولتی باعث ارائه خدمات ناکافی به بیماران شده و حتی هدایت غیرضروری آنها به سوی بیمارستان‌های خصوصی می‌شد. نکته مهمتر اینکه در دهه ۱۹۹۰ میزان پرداخت از جیب^۱ بیماران حدود ۲۸ الی ۳۰ درصد از هزینه‌های سلامت بوده است. در سال ۲۰۰۳ فقط ۶۶/۳ درصد از مردم تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند همچنین در این سال فقط ۱۲ درصد از فقیرترین افراد تحت پوشش طرح کارت سبز^۲ قرار گرفتند که تعداد آنها ۲/۵ میلیون نفر بوده است. مشکل دوم در نظام سلامت ترکیه، مربوط به کمبود شدید و توزیع ناکافی زیرساخت‌های فیزیکی و منابع انسانی سلامت بود. در سال‌های اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل ۲۰۰۰ ترکیه کمترین تعداد پزشکان، پرستاران و نیز کمترین نسبت پرستار به پزشکان را در بین کشورهای اروپایی داشته است. در سال ۱۹۹۰ به ازای هر هزار نفر جمعیت ۰/۹ پزشک وجود داشت که این میزان به ۱/۳ به ازای هر هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰۰ افزایش یافت. البته این میزان نسبت به برخی کشورهای گروه E7 همچون برزیل، چین، مکزیک و روسیه کمتر بود، ولی نسبت به برخی دیگر همچون هند و اندونزی در سطح بالاتری قرار داشت. کمبود منابع انسانی باعث بروز نابرابری در ارائه و دسترسی به خدمات در مناطق غربی و شرقی، شهری و روستایی و مناطق فقیر و ثروتمند ترکیه شده بود. کمبود شدید نیروی انسانی، دستمزدهای پایین و مشوق‌های کم باعث بروز مشکلاتی در جذب و یا بازنشسته کردن کارکنان شاغل در مناطق غربی فقیرنشین کشور شده بود. مدیریت اجرایی ناکارآمد باعث بهره‌وری کم و استفاده ناکارآمد از ظرفیت‌های موجود شده بود. اشتغال همزمان متخصصان در دو بخش خصوصی و دولتی در سال ۲۰۰۲ نیز باعث اشتغال ۸۹ درصد آنها در بیمارستان‌های خصوصی شده بود. مشکل سوم که بسیار جدی بود در ارتباط با بی‌عدالتی‌های مربوط به ارائه خدمات به‌ویژه بین مناطق توسعه‌یافته غربی و مناطق عقب‌مانده شرقی، میان فقرا و ثروتمندان و نیز بین مناطق روستانشین و شهرنشین بود. برای مثال در سال ۱۹۹۸ میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال ۷۵/۹ به ازای هر تولد زنده در کل کشور بود و این میزان برای غرب ترکیه ۳۸/۳ درصد بود. این نابرابری تا سال ۲۰۰۳ نیز ادامه داشته است. همچنین عدم ثبات اقتصادی و عملکرد ضعیف بخش سلامت باعث بروز انتظاراتی برای ایجاد تغییرات اساسی در نظام سلامت گردید. با وجود این عامل اصلی اعمال تغییرات، محیط سیاسی آشفته کشور بود. انتخابات عمومی سال ۲۰۰۲ باعث بازگشت اغلب اعضای حزب عدالت و توسعه به پارلمان شد که ورود این اعضا پایانی برای عملکرد ائتلاف‌گرای دولتی بود. دولت جدید با مشاهده بحران اقتصادی به‌جا مانده از دولت پیشین، طرحی فوری برای

1. Out of Pocket

2. Green Card Scheme



معرفی یک برنامه انتقالی ساختاری تدوین کرد و در این برنامه سلامت را به‌عنوان یک اولویت قرار داد. در سال ۲۰۰۳ وزارت بهداشت برنامه تحول سلامت، (Health Transformation Program) یا به اختصار HTP را طراحی و آن را به‌عنوان حق داشتن سطح مناسب سلامتی معرفی نمود و همچنین پوشش همگانی سلامت (UHC) را به‌عنوان قسمتی از حق شهروندی اعلام کرد. برنامه تحولی ترکیه دارای ۳ ابتکار عمده است: معرفی طرح بیمه عمومی سلامت^۱، تقویت مراقبت‌های بهداشتی عمومی و معرفی طرح پزشک خانواده و توانمندسازی بیمارستان‌ها به منظور استقلال مالی و اداری.

برنامه تحول سلامت (HTP): در مسیر اجرا

رویکرد دولت ترکیه برای، طراحی، اجرا و پایش HTP از پنج جنبه، مورد توجه است:

۱. رهبری و تعهد سیاسی

از همان ابتدا یک تیم رهبری تغییر متشکل از وزیر بهداشت، معاون وزیر، معاونین وزارتی سلامت و مدیران اجرایی بخش‌ها در برنامه‌ریزی، طراحی، اجرا، پایش و تقویت HTP مشارکت داشته‌اند. این تیم که از حمایت‌های نخست‌وزیر و کابینه برخوردار بود بیش از ده سال فعالیت مستمر داشت. علاوه بر این یک تیم تغییر عملیاتی نیز در داخل وزارت بهداشت از اجرای HTP حمایت می‌نمود. تیم رهبری همراه با وزیر بهداشت از ۸۱ استان بازدید نمود تا موافقت استانداران و مسئولین سلامت محلی را برای اجرای HTP جلب کنند. این ملاقات‌های اولیه به‌وسیله کارشناسان استانی پیگیری می‌شد و در جلساتی با حضور ذینفعان و سایر هماهنگ‌کنندگان به بحث در خصوص جزئیات اجرای HTP می‌پرداختند. حدود ۳۴۰ دیدار استانی انجام شد و وزیر بهداشت همراه با رهبر تیم تغییر به بحث در مورد چالش‌های اجرای HTP و شنیدن نگرانی‌های مسئولین محلی پرداخت. کانال‌های ارتباطی بین مسئولین استانی و تیم تغییر به‌وجود آمد تا امکان تبادل دو طرفه اطلاعات میان گروه اجرایی و گروه رهبری تغییر وجود داشته باشد. اطلاعات دریافتی توسط تیم‌های وزارت بهداشت سریعاً مورد استفاده قرار می‌گرفت و باعث ایجاد فضای اعتمادآمیز می‌شد. پاسخ سریع به اطلاعات دریافتی از استان‌ها باعث ترغیب طرفین به تسهیم اطلاعات و در نتیجه افزایش یادگیری، بهبود مداوم و اجرای سریع HTP می‌شد.

1. General Health Insurance Scheme (GHIS)

۲. استراتژی جامع مبتنی بر شواهد

یک رویکرد مبتنی بر سیستم برای طراحی و اجرای HTP مورد استفاده قرار گرفت. از همان ابتدا رهبری HTP بر شناسایی مسائل موجود در عملکردها و دستاوردهای نظام سلامت تأکید داشت. سپس تغییرات جامع و دقیق متوالی برای ارتقای حاکمیت و سازمان، تأمین مالی، مدیریت منابع و ارائه خدمات تدوین گردید. تغییرات طراحی شده برای عملکردهای نظام سلامت به‌طور نظام‌مند در طول ده سال اجرا شد و همواره رویکرد انعطاف‌پذیری برای اعمال تغییرات با توجه به زمینه موجود در کشور وجود داشت. طرح HTP بر اساس شواهد و تجارب سایر کشورها از قبیل بلژیک، کوبا، دانمارک، استونی، فنلاند، مکزیک، تایلند و انگلیس تدوین شد. وزارت بهداشت از همکاری آژانس‌های بین‌المللی و کادری از کارشناسان ملی و بین‌المللی به‌طور موفقیت‌آمیز استفاده کرد. علاوه بر تجارب بین‌المللی از تجارب محلی و مطالعات مربوط به پوشش و کارایی بخش سلامت و موانع پیش‌روی نظام سلامت ترکیه استفاده شد. مطالعه حساب‌های ملی سلامت (۲۰۰۲-۲۰۰۳) تصویری جامع و نو از وضعیت هزینه‌ها و تأمین مالی در نظام سلامت ترکیه به‌ویژه هزینه‌های مربوط به پرداخت از جیب فراهم نمود. نقشه جدید بار بیماری‌ها نیز در سال ۲۰۰۴ ترسیم شد. علاوه بر مطالعاتی که در ابتدای اجرای HTP انجام شد تیم رهبری همواره بر انجام مطالعاتی برای ارزیابی موفقیت HTP تأکید می‌نمود و برای این منظور در مطالعاتی که توسط بانک جهانی^۱ در سال ۲۰۰۸ انجام شد و نیز مطالعه‌ای که برای ارزیابی مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۲۰۱۱ انجام شد مشارکت نمود. در راستای اجرای توصیه‌های منشور تالین^۲، عملکرد نظام سلامت ترکیه به‌وسیله سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت و بر اساس شاخص‌های مربوط به ارزیابی عملکرد، پیامدهای میانی و اهداف نهایی نظام سلامت به‌طور نظام‌مند مورد ارزشیابی قرار گرفت.

۳. یادگیری و پایش مستمر

ارزیابی HTP با مشارکت OECD، سازمان بهداشت جهانی و مؤسسات دانشگاهی انجام شد و منجر به شناسایی چالش‌های موجود و پیشرفت HTP شد. پایش اجرای HTP از طریق «مدل هماهنگ‌کننده در عرصه» تکمیل شد و باعث ارزیابی مشارکتی، حل مسئله و یادگیری درس‌هایی در این زمینه شد. در «مدل هماهنگ‌کننده در عرصه» تیمی از پزشکان سریعاً در محل اجرا در نقاط مختلف کشور حاضر می‌شوند. این پزشکان دارای دو نقش بودند: اول ممیزی^۳ عملکردهای داخلی استان‌ها و دوم مشارکت در ظرفیت‌سازی برای سازمان‌ها برای اجرای بهتر HTP در ترکیه. این

1. World Bank
2. Tallinn Charter
3. Audit



پزشکان همچنین با مشارکت استانداران، اتحادیه‌های حرفه‌ای و مدیران سلامت محلی اقدام به جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد مسائل نوظهور و بررسی پیشرفت در میزان اجرای HTP می‌نمودند. آنها به بازبینی و ارزیابی بیمارستان‌ها، مراکز مراقبت‌های اولیه و مراکز دندانپزشکی می‌پرداختند. یک رویکرد بیمارمحور، افزایش دسترسی به درمان و بهبود کیفیت خدمات مراکز مراقبت‌های اولیه به‌عنوان هسته اصلی فعالیت‌های این تیم به شمار می‌آمد. جلسات تیم به‌طور منظم در سطح استان‌ها تشکیل می‌شد و اعضا به ارزیابی یافته‌ها، بازبینی میزان پیشرفت، یادگیری از تجارب سایر استان‌ها و حل مسائل محلی می‌پرداختند. این مدل برای شناسایی سریع چالش‌های اجرایی و ارائه راه‌حل‌های مناسب کارآمد بود. برای مثال در مراحل اولیه اجرای HTP محدودیت‌هایی در ظرفیت سازمان‌های صف برای تفسیر محتوا و اجرای دقیق برنامه‌های زمانبندی شده به‌وجود آمد. همکاری نزدیک با استانداران و اتحادیه‌های حرفه‌ای محلی باعث به‌وجود آمدن ظرفیت بیشتر برای رسیدن به اهداف برنامه‌ریزی شده وزارت بهداشت شد. یافته‌های مربوط به اجرای برنامه پایش در عرصه باعث ارائه گزارش‌های ماهیانه به رهبر تیم تغییر و شناسایی چالش‌های موجود و دسترسی به درس‌های آموخته شده در استان‌های مختلف شد و بدین ترتیب رهبر تیم تغییر می‌توانست سرعت و گستره اجرای HTP را در استان‌های مختلف تعدیل نماید.

۴. اجرای انعطاف‌پذیر: اقدامات استراتژیک و تاکتیکی

یکی از ویژگی‌های مهم برنامه HTP تأکید بر اجرای انعطاف‌پذیر فعالیت‌هاست که باعث به‌وجود آمدن توازن بین اقدامات تاکتیکی و عملیاتی شد. دو رویکرد نسبت به اجرای برنامه HTP وجود داشت. رویکرد اول بر اجرای سریع و فزاینده تغییرات به‌منظور ارتقای محسوس بخش سلامت تأکید داشت. و رویکرد دوم بر اصلاحات ساختاری که نیازمند تأیید مجمع عالی ملی^۱ بود تأکید داشت. این رویکرد رسیدن به پیشرفت‌های سریع و توانمندسازی شهروندان برای بهره‌مندی از تغییرات و نیز برخورداری از حمایت ذینفعان مختلف را تضمین می‌کرد. به موازات اجرای این رویکرد تغییرات سازمانی و اصلاحات ساختاری نیز پیگیری شدند تا از فرصت‌های سیاسی و قانونی موجود نیز بهره گرفته شود. برای مثال در اولین روز کاری؛ دولت جدید، وزیر بهداشت حکمی را صادر نمود که به موجب آن باید از نگهداری اجباری بیماران که قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نبودند خودداری می‌شد. این قانون همچنین از ارائه خدمات ناکافی به بیماران که خانواده‌هایشان قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نبودند جلوگیری می‌کرد. در سال ۲۰۰۴ دسترسی به خدمات سرپایی و دارویی از طریق کارت سبز فراهم شد و پوشش جمعیت فقیر بیمه نشده نیز افزایش یافت. هدف برنامه تحول سلامت کاهش

1. Grand National Assembly

پراکندگی در دو حوزه ارائه خدمات و تأمین مالی بود. در سال ۲۰۰۵ بیمارستان‌های زیر نظر سازمان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت منتقل شدند و یکی از عوامل اصلی پراکندگی در ارائه خدمات دولتی حذف شد و یک گام ضروری برای اجرای اصلاحات ساختاری یعنی جدایی پرداخت‌کننده - ارائه‌کننده برداشته شد بدین ترتیب که وظایف تأمین مالی از سازمان تأمین اجتماعی منفک شد. این تغییر عظیم در کنترل مدیریتی علیرغم مخالفت‌های شدید سازمان تأمین اجتماعی و اتحادیه‌های کارگری انجام شد. تأیید برنامه HTP از سوی اکثریت مردم باعث افزایش مشروعیت این برنامه و نیز افزایش حمایت نخست‌وزیر و کابینه وزیران از برنامه و همچنین افزایش قدرت چانه‌زنی وزیر بهداشت در دولت شد.

۵. تمرکز بر رضایت مصرف‌کنندگان و پذیرش تغییر توسط عموم مردم

تیم تغییر از طریق تشکیل گروه‌های متمرکز بحث و تحلیل ذینفعان به ارزیابی میزان پذیرش تغییرات اعمال شده از طریق HTP در میان گروه‌های مختلف مردم پرداخت. نتایج حاصل از گروه‌های متمرکز و تحلیل ذینفعان برای تعریف مجدد گستره HTP، اطلاع‌رسانی عمومی و سرعت اجرای برنامه مورد استفاده قرار گرفت. علاوه بر گروه‌های متمرکز و تحلیل ذینفعان پیمایش‌های سالیانه خانوار نیز به‌وسیله مؤسسه آمار ترکیه بر روی نمونه‌های آماری معرف جمعیت انجام شد. این پیمایش‌ها به ارزیابی شرایط زندگی خانوارها، خرسندی افراد، رضایت از زندگی و انتظارات از خدمات عمومی (خدمات سلامت، خدمات اجتماعی، بیمه اجتماعی، آموزش، امنیت و امور قضایی) پرداختند. پیمایش‌های انجام شده شاخصی برای اندازه‌گیری سطح رضایت مردم و واکنش آنها نسبت به اصلاحات اعلام شده از سوی وزارتخانه‌های مختلف معرفی نمود. وزارت بهداشت از مؤسسه آمار ترکیه درخواست نمود تا به ارزیابی رضایت مردم از نظام سلامت و دیدگاه آنها نسبت به کیفیت خدمات سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و پاسخگویی نظام سلامت بپردازد. در این پیمایش همچنین نگرش مردم نسبت به تنگناهای موجود در خدمات سلامت، چالش‌ها و انتظارات مراجعان مورد بررسی قرار گرفت. وزارت بهداشت و اعضای کابینه یافته‌های حاصل از این پیمایش‌ها را به‌طور منظم برای اجرای درست HTP و بهبود پاسخگویی و برآورده کردن انتظارات مراجعان مورد بحث قرار دادند.

برنامه تحول سلامت و راهبردهای آن

برنامه تحول سلامت با یک فلسفه مبتنی بر حقوق مردم آغاز به کار کرد و اقداماتی را برای بهبود سلامت عموم مردم، افزایش دسترسی به بیمه سلامت برای همه شهروندان، تضمین ارائه خدمات با کیفیت عالی و ایجاد یک نظام سلامت بیمارمحور به منظور کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات و



پیامدهای سلامت، به ویژه برای زنان و کودکان تدوین نمود. در واقع به منظور تسریع تلاش‌هایی که در دهه ۱۹۶۰ آغاز شده بود، HTP استراتژی‌های جامعی را برای تقویت عملکردهای اصلی نظام سلامت شامل حاکمیت و تولیت، تأمین مالی، منابع انسانی و ارائه خدمات تدوین کرد. که در ادامه به هر کدام از آنها پرداخته خواهد شد:

الف) حاکمیت و تولیت نظام سلامت

– **تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت:** هدف اصلی HTP تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت، تقویت نقش تولیتی آن و واگذاری مسئولیت‌های اجرایی (عملیاتی) آن به سازمان‌های جدید بود. در فاصله سال‌های ۱۹۸۷ تا ۲۰۰۲ تلاش‌هایی برای بازبینی نقش وزارت بهداشت انجام شد و اقدامات اولیه‌ای نیز در سال ۱۹۵۴ به عمل آمد و در مراحل اولیه اجرای HTP چارچوبی برای سازماندهی مجدد وزارت بهداشت در مجمع عالی ملی به تصویب رسید ولی به علت مخالفت رئیس‌جمهور این چارچوب به اجرا در نیامد. در فاصله سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۰ که وزارت بهداشت مسئولیت مدیریت بیمارستان‌های مربوط به سازمان تأمین اجتماعی و طرح کارت سبز را پذیرفت نقش خود را پررنگ‌تر کرد. با وجود این پس از ابلاغ قانون سازماندهی مجدد وزارت بهداشت و قانون خودگردانی بیمارستان‌ها، وزارت بهداشت بر تدوین استراتژی و سیاست، ارزیابی عملکرد نظام سلامت، نظارت بر پاسخگویی و هماهنگی‌های بین بخشی تمرکز نمود. مسئولیت‌های اجرایی مربوط به سلامت عمومی، انعقاد قراردادهای ارائه خدمات سلامت و ارزیابی فناوری سلامت به سازمان‌های جدید نیمه‌دولتی مستقل تفویض شد. پس از معرفی طرح یکپارچه بیمه سلامت عمومی، سازمان تأمین اجتماعی مدیریت طرح کارت سبز را بر عهده گرفت.

– **تعریف حقوق سلامت شهروندان و افزایش پاسخگویی ارائه‌کنندگان:** در سال ۲۰۰۳ بخشنامه حقوق بیماران ابلاغ و در سال ۲۰۰۵ به‌طور کارآمد به اجرا درآمد و باعث عملیاتی شدن قانون حقوق معنوی شد که در سال ۱۹۹۸ به تصویب رسیده بود. در این بخشنامه به مواردی از قبیل حقوق بیماران در بهره‌مندی از پوشش بیمه سلامت و خدمات سلامت، الزام ارائه‌کنندگان خدمات درمانی به رعایت حقوق بیماران، حفظ محرمانگی، ارائه اطلاعات، رضایت بیمار از مداخلات درمانی و حق بیماران در انتخاب آزادانه سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات درمانی، پزشکان بیمارستان و پزشک خانواده اشاره شده است. در راستای اجرای بخشنامه پیشگفت مکانیسم‌های جدیدی برای بیان مستقیم نظرات کاربران و شهروندان در مورد کیفیت خدمات، پاسخگویی، در دسترس بودن خدمات، چالش‌های موجود، میزان رضایتمندی و انتظارات آنها به‌وجود آمد. مکانیسم‌های جدید شامل برقراری

ارتباط تلفنی مستقیم برای بیان شکایات و پیشنهادات به مرکز ارتباطات وزارت بهداشت^۱، مرکز ارتباطات نخست‌وزیر^۲ و واحدهای حقوق بیمار در بیمارستان‌های دولتی و مراکز مراقبت‌های اولیه بود. شکایات ارائه شده، برای رسیدگی بیشتر به واحدهای حقوق بیمار در بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت‌های اولیه اعلام می‌شد تا مشکلات بیماران در محل دریافت خدمت مرتفع گردد. همزمان با این اقدام، واحدهای رسیدگی به شکایات اقدام به اطلاع‌رسانی در مورد حقوق بیماران نمودند و در سال ۲۰۱۰ بیش از دو میلیون نفر از شهروندان و در سال ۲۰۱۱ بیش از ۳/۶ میلیون نفر دیگر مورد آموزش قرار گرفتند. این مکانیسم‌های جدید باعث افزایش پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات به بیماران شد. اجرای مکانیسم‌های جدید باعث برقراری ارتباط مستقیم میان وزارت بهداشت و بیماران و آگاهی مسئولین از انتظارات و خواسته‌های بیماران شد، ولی در عین حال باعث کاهش آزادی متخصصان شد و برخی از کارکنان سلامت اظهار داشتند بیماران دیگر به آنها احترام نمی‌گذارند. برای حل این مشکل وزارت بهداشت وبسایتی را طراحی کرد تا کارکنان سلامت نگرانی‌های خود، راه حل‌ها و سیاست‌های پیشنهادی و همچنین تجارب خود را در آن ثبت نمایند. البته با وجود برخی تلاش‌های وزارت بهداشت برای کاهش نگرانی کارکنان سلامت، همچنان برخی از آنان از وضعیت موجود ناراضی هستند.

ب) تأمین مالی نظام سلامت

یکی از اهداف اصلی اجرای HTP یافتن راه‌حلی برای دو مشکل مالی موجود بود. مشکل اول مربوط به هزینه‌های پایین سلامت بود و مشکل دوم مربوط به نظام بیمه سلامت از هم گسیخته و ناعادلانه‌ای بود که باعث پوشش ناکافی فقیرترین افراد جامعه و افزایش پرداخت از جیب و در نتیجه بروز هزینه‌های کمرشکن شده بود.

– **هزینه‌های سلامت:** در سال ۱۹۹۰ کل هزینه‌های سلامت در ترکیه ۲/۷ درصد از GDP بود و در سال ۲۰۰۸ مقدار آن به ۶/۱ درصد از GDP افزایش یافت که مشابه درصد کشورهای اروپایی (۵/۲ درصد) بود. به‌ویژه در فاصله سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۸ همزمان با معرفی برنامه HTP، رشد اقتصادی پایدار و ایجاد فضای مناسب برای سرمایه‌گذاری در بخش عمومی، هزینه‌های سلامت نیز افزایش یافت. در فاصله سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۸ میزان رشد سالیانه بدین ترتیب بوده است: سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۴ و ۲۰۰۴-۲۰۰۵؛ ۱۰ درصد، سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۶؛ ۱۴ درصد، سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۷؛ ۸/۷ درصد، سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۸؛ ۱/۳ درصد. علت افزایش هزینه‌های سلامت در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ به‌علت افزایش هزینه‌های بخش دولتی بوده است به طوری که میزان هزینه‌ها از ۶۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۷۳ درصد در سال ۲۰۰۸ افزایش یافت. در سال ۲۰۱۰ ترکیه بیشترین

^۱، Ministry of Health Communications Centre

^۲، Prime Ministry Communication Centre



افزایش (۷۵ درصد) در هزینه‌های سلامت را در مقایسه با کشورهای اروپایی و نیز در مقایسه با برزیل ۴۷ درصد، چین ۵۳/۶ درصد، اندونزی ۴۹/۱ درصد، مکزیک ۴۸/۹ درصد و روسیه ۶۲/۱ درصد داشت. سرمایه‌گذاری دولتی در زیرساخت‌های سلامت تا ۹ برابر افزایش یافت به طوری که از ۶۰۳ میلیون لیر ترکیه در سال ۲۰۰۳ به ۵/۴ میلیارد لیر در سال ۲۰۰۸ رسید. به طور مشابه سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در زیرساخت‌های سلامت نیز تا سیزده برابر افزایش یافت و از ۱۰۰ میلیون لیر ترکیه در سال ۲۰۰۳ به بیش از ۱/۳ میلیارد لیر در سال ۲۰۰۸ رسید.

- بیمه‌های سلامت: پیش از معرفی HTP طرح‌های بیمه سلامت سازمان بیمه اجتماعی، صندوق کارکنان بازنشسته دولت، باگ کور، صندوق بیمه مستخدمین شاغل و طرح کارت سبز وجود داشت. هر یک از این طرح‌ها به طور جداگانه فعالیت می‌کردند و دارای سهم مشارکت متفاوت و بسته‌های خدمت با گستره و عمق متفاوت، امتیازات و قوانین دسترسی متفاوت بودند. طرح‌های بیمه‌ای سلامت ترکیه قبل از ادغام بدین شرح می‌باشند:

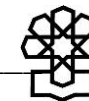
- *سازمان بیمه اجتماعی (SIO):* این سازمان خدمات سلامت و مستمری را برای کارکنان بخش خصوصی، کارگران یقه آبی بخش دولتی و کارگران کشاورزی و افراد تبعی آنها فراهم می‌کرد و ۴۷/۹۱ درصد کل جمعیت کشور را در سال ۲۰۰۷ تحت پوشش داشت. خدمات سلامت عمدتاً از طریق حق بیمه‌ها که توسط کارمند و کارفرماها پرداخت می‌شد، تأمین مالی می‌شدند. در این سیستم پرداخت مشترک ۲۰ درصدی برای داروهای سرپایی وجود داشت که برای بازنشسته‌ها به ۱۰ درصد کاهش پیدا کرد. اعضای با بیماری‌های مزمن از پرداخت فرانشیز معاف بودند.

- *باگ-کور یا آژانس بیمه سلامت تجار، هنرمندان و خویش فرمایان* افراد خویش فرما را تحت پوشش دارد که ۲۲/۵ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. این طرح خود مستقیماً خدمات درمانی را ارائه نمی‌دهد بلکه از طریق عقد قرارداد با مراکز دولتی و بعضی از مراکز خصوصی خدمات لازم را خریداری می‌نماید. سطوح پرداخت بر اساس نوع ارائه‌دهنده متغیر بود. خرید دارو عمدتاً مستلزم پرداخت مشترک ۲۰ درصد برای اعضای فعال و ۱۰ درصد برای بازنشسته‌ها بود.

- *صندوق بازنشستگی کارکنان دولتی یا (GERF)* ترکیبی از صندوق بیمه سلامت و مستمری بود و ۱۵ درصد از جمعیت کشور را در سال ۲۰۰۷ تحت پوشش داشت. این صندوق خدمات بستری و سرپایی را پوشش می‌داد. مانند باگ-کور این صندوق دارای مراکز درمانی مختص به خود نبود و از بخش دولتی و بعضی از مراکز خصوصی خرید خدمت می‌کرد.

- برنامه کارت سبز: در سال ۱۹۹۲ دولت برنامه کارت سبز را برای خانوارهای فقیر با درآمد کمتر از حداقل ملی و همچنین خانوارهای تحت حمایت‌های اجتماعی معرفی کرد. تعداد دارندگان کارت سبز در سال ۲۰۰۷ بیش از ۱۴ میلیون نفر بود.

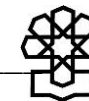
از سال ۲۰۰۴ برنامه HTP، برای رسیدن به پوشش سلامت همگانی (UHC)، مکانیسم‌هایی را برای شناسایی شهروندان مستحق و نیز افزایش پوشش بیمه میان فقیرترین خانواده‌ها و گسترش خدمات طرح کارت سبز ایجاد نمود. داستان اصلاحات ترکیه به‌طور ویژه حرکت و تحول از یک سیستم پراکنده تشکیل شده از طرح‌های نامتجانس چندگانه که حدود دوسوم جمعیت را تحت پوشش داشتند به یک صندوق واحد به منظور دست یافتن به پوشش همگانی بود. طرح‌های متعدد بیمه‌ای باعث پراکندگی سازمانی شد و نابرابری‌های قابل ملاحظه‌ای را در کیفیت و دسترسی به خدمات ایجاد کرد. برای رسیدگی به این مشکلات، فرآیند بلندمدت و گاهاً کند از اصلاحات سعی بر این داشت تا سازمان تأمین مالی سلامت جدیدی را ایجاد کرده و یک بیمه همگانی سلامت را معرفی کند. اصلاح بنیادی به‌علت مشکلات دولتی و سیاسی به تاخیر افتاد. اما این بن‌بست در سال ۲۰۰۲ با انتخاب دولت جدید با قصد جدی و شفاف برای تحقق اصلاح سیستم مراقبت سلامت برداشته شد. بخش اصلی این رفرم، طرح بیمه سلامت عمومی بود، یک سیستم واحد که طرح‌های بیمه‌ای موجود را زیر یک چتر واحد ادغام کرد و مؤسسه تأمین اجتماعی - یک آژانس بیمه‌ای واحد پرداخت - در سال ۲۰۰۶ تأسیس شد. در واقع طرح بیمه سلامت عمومی و مؤسسه تأمین اجتماعی ساختاری را به وجود آوردند که در آن یک آژانس خریدار واحد، خدمات سلامت را برای همگان از طریق صندوق بیمه سلامت اجتماعی واحد تأمین مالی می‌کند. این سیستم بر مبنای حق بیمه‌های بیمه اجتماعی و باز توزیع مالیات‌های عمومی است. این بیمه قرار است که طیف وسیعی از خدمات سلامت را برای مردم ترکیه فراهم کند و یکپارچگی، عدالت و کارایی در ارائه این خدمات را تضمین کند. جدول ۲ وضعیت بیمه سلامت ترکیه قبل و بعد از اصلاحات را به‌طور خلاصه نشان می‌دهد.



جدول ۲. طرح‌های بیمه سلامت در ترکیه قبل و بعد از تحول نظام سلامت

ویژگی‌ها	قبل از اصلاح نظام تأمین مالی				بعد از اصلاح نظام تأمین مالی
نام صندوق	سازمان بیمه اجتماعی. تأسیس ۱۹۶۴	آژانس بیمه اجتماعی تجاره، هنرمندان و خویش آژانس فرمایان. تأسیس ۱۹۷۱ (ارائه مزایای سلامت از ۱۹۸۷)	صندوق بازنشستگی کارکنان دولت. تأسیس ۱۹۴۹	خدمات مستخدمین دولتی شاغل. تأسیس ۱۹۶۵	طرح کارت سبز. تأسیس ۱۹۹۲
ویژگی‌های کلی	سیستم چندگانه، ترکیبی و پراکنده. مشارکت، مزایا، پوشش، دسترسی و بهره‌مندی غیر استاندارد. علاوه بر صندوق‌های اصلی، صندوق‌های دیگری مثل بیمه سلامت خصوصی و صندوق‌های خصوصی وجود داشت. کسانی که توانایی پرداخت برای مراقبت‌های سلامت را نداشتند و همچنین توانایی دریافت کارت سبز را نداشتند بر اساس قانون تشویق همبستگی و همکاری اجتماعی از خدمات تأمین مالی شده از طرف دولت استفاده می‌کردند. پرداخت از جیب به شکل پرداخت مستقیم، مشارکت در پرداخت، پرداخت‌های غیررسمی، به‌طور گسترده وجود داشت. برای سازمان بیمه اجتماعی، آژانس بیمه اجتماعی تجاره، هنرمندان و خویش فرمایان و صندوق بازنشستگی کارکنان دولت در صورت کسری بودجه و عدم تعادل بین درآمد و هزینه این کسری از بودجه عمومی جبران می‌شد.				
وابستگی و پاسخگویی	وابسته به وزارت کار و تأمین اجتماعی تا می‌۲۰۰۶ که بعد از آن به مؤسسه تأمین اجتماعی منتقل شد	وابسته به وزارت کار و تأمین اجتماعی تا می‌۲۰۰۶ که بعد از آن به مؤسسه تأمین اجتماعی منتقل شد	وابسته به وزارت مالی تا می‌۲۰۰۶ که بعد از آن به مؤسسه تأمین اجتماعی منتقل شد	وابسته به وزارت مالی از طریق مؤسسه‌هایش تا ۲۰۱۰ که بعد از آن در ژانویه ۲۰۱۰ به مؤسسه تأمین اجتماعی منتقل شد	از طرف مؤسسه تأمین اجتماعی به وزارت کار و تأمین اجتماعی وابسته است.
افراد تحت پوشش	کارکنان بخش خصوصی و کارگران عمومی یقه آبی، کارگران فصلی کشاورزی و افراد تبعی آنها	تجاره، هنرمندان و خویش فرمایان	مستخدمین دولتی بازنشسته و افراد تبعی آنها	مستخدمین دولتی شاغل و افراد تبعی آنها	افراد که دارای تأمین اجتماعی برای مراقبت سلامت نیستند و درآمد آنها از یک‌سوم حداقل شهروندان ترکیه، مهاجران و خارجی‌های ساکن ترکیه به مدت بیش از یک سال

ویژگی‌ها	قبل از اصلاح نظام تأمین مالی					بعد از اصلاح نظام تأمین مالی
					درآمد خالص کمتر است	
درصد پوشش از کل جمعیت	۴۷/۹۱ درصد	۲۲/۵ درصد	۱۵ درصد		۱۵/۲ درصد	هدف رسیده به پوشش همگانی
مزایای پایه	مزایای مرتبط با زنان و پزشکی کوتاه‌مدت، مزایای مرتبط با بیماری‌های شغلی و حوادث در محل کار، مزایای بلندمدت برای سالمندان و مستمری ناتوانی و بازماندگان بدون ارائه یا پرداخت برای خدمات پیشگیری	تمام درمان‌ها و خدمات تشخیصی و درمانی و بستری. بیمه‌شدگان باید حداقل ۸ ماه حق بیمه پرداخت می‌کردند.	تشخیصی و درمانی	تشخیصی و درمانی	مراقبت‌های سرپایی و بستری و دارویی. جهت واجد شرایط بودن افراد باید تحت پوشش هیچ سیستم تأمین اجتماعی نباشند و درآمد آنها باید کمتر از یک‌سوم حداقل دستمزد باشد (بدون احتساب مالیات و حق بیمه تأمین اجتماعی)	۱. مراقبت‌های اولیه، بازتوانی خدمات پیشگیری ۲. مراقبت‌های سرپایی و بستری ۳. مزایای زنان و درمان‌های ناباروری، ۴. خدمات دندان‌پزشکی و دهانی کلی و جزئی. ۵. خون و محصولات خونی، مغز استخوان، واکسیناسیون، دارو، خدمات پزشکی و تجهیزات
میزان مشارکت	کارکنان (۵ درصد حقوق) کارفرما (۶ درصد)، یارانه دولتی (۸/۵ درصد سهم کارمند و ۵ درصد سهم کارفرما)	۲۰ درصد از صندوق بازنشستگی کارکنان دولت (سهم دولت به‌عنوان بازنشستگی کارکنان دولت (سهم اعضا)؛ تأمین مالی از طریق مشارکت‌های مستخدمین دولتی شاغل و کارفرماهایشان (درآمدهای بودجه عمومی)	۲۰ درصد از صندوق بازنشستگی کارکنان دولت (سهم دولت به‌عنوان بازنشستگی کارکنان دولت (سهم اعضا)؛ تأمین مالی از طریق مشارکت‌های مستخدمین دولتی شاغل و کارفرماهایشان (درآمدهای بودجه عمومی)	۲۰ درصد حق بیمه‌ها از اعضا گرفته می‌شود. صندوق بر اساس سیستم بازپرداخت کار می‌کرد.	۱۲/۵ درصد درآمد ناخالص فرد، و ۵ درصد کسر از حقوق کارمند و ۷/۵ درصد کارفرما). نرخ برای کسانی که تنها به GHIS وابسته‌اند، ۱۲ درصد درآمدشان است. مشارکت دولت ۳ درصد درآمد بیمه‌شدگان، به‌عنوان حق بیمه پایه خواهد بود.	۱۰۰ درصد از طریق بودجه عمومی
مشارکت در پرداخت	۲۰ درصد	-	۱۰ درصد	۲۰ درصد	۵۰-۱۰ درصد	مشارکت در پرداخت: ۲-۱۵ لیره ترکی، فرانسیز ۱۰-۲۰ درصد؛ ۱-۱۰ درصد بیمارستان‌های بخش خصوصی



ویژگی‌ها	قبل از اصلاح نظام تأمین مالی					بعد از اصلاح نظام تأمین مالی
انباشت خطر و تخصیص بین صندوق‌ها	درون صندوق	درون صندوق	درون صندوق	تخصیص بودجه	تخصیص بودجه	درون صندوق، موسسه تأمین اجتماعی
نقش تأمین مالی مالیات	یارانه	یارانه	یارانه	یارانه	کامل	مشارکت دولت به GHIS؛ پوشش بخش‌هایی از جمعیت، تأمین مالی فعالیت‌های بهداشت عمومی، پژوهش و آموزش پزشکی
خرید	اساساً تا سال ۲۰۰۵ از بیمارستان‌های ملکی خود خرید می‌کرد و سپس با عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی	عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی	عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی	عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی	خرید از ارائه‌کنندگان عمومی	عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی
مکانیسم‌های پرداخت	پرداخت موردی، کارانه	پرداخت موردی، کارانه	پرداخت موردی، کارانه	پرداخت موردی، کارانه	پرداخت موردی، کارانه	سرنانه برای پزشکان عمومی، بودجه کلی، کارانه، پرداخت موردی، پرداخت بر مبنای عملکرد، DRG

ج) مدیریت منابع انسانی

برنامه تحول سلامت برای غلبه بر مشکلات مربوط به کمبود نیروی انسانی در نظام سلامت، به معرفی چهار برنامه کلیدی جدید در خصوص منابع انسانی پرداخت. برنامه اول شامل افزایش تعداد آموزشگاه‌ها و دانشکده‌های آموزش پزشکی، پرستاری، مامایی و سایر رشته‌های مرتبط بود و بدین ترتیب جذب سالیانه دانشجویان در این رشته‌ها از ۵۲۵۳ نفر در سال ۲۰۰۳ به ۸۴۳۸ نفر در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت. در سال ۲۰۰۷ آموزش پرستاران به دانشگاه‌ها محدود شد. فارغ‌التحصیلان جدید پزشکی و سایر متخصصان واجد شرایط باید به‌طور اجباری حدود ۳۰۰-۵۰۰ روز را به خدمت در مناطق با نیاز بالا به پزشک به‌ویژه مناطق روستایی، مناطق شرقی و جنوبی ترکیه می‌پرداختند. برنامه دوم شامل افزایش دستمزدها و مشوق‌های مبتنی بر عملکرد برای بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت‌های اولیه و ایجاد امکان افزایش پیوسته حقوق کارکنان سلامت بود. برنامه سوم شامل انعقاد قراردادهای جدید با کارکنان سلامت و خرید خدمت از بخش خصوصی بود و این اقدام بر اساس حکمی انجام شد که برای تسهیل جذب کارکنان در مناطقی که مشکل جذب نیرو داشتند در سال ۲۰۰۳ صادر شده بود. در قراردادهای جدید به افزایش دستمزدها و پرداخت بر مبنای عملکرد تأکید شده بود. برنامه چهارم نیز شامل تصویب قانونی در سال ۲۰۱۰ بود که بر اساس این قانون پزشکیانی که تحت استخدام وزارت بهداشت بودند باید به‌طور تمام‌وقت در بیمارستان‌های دولتی خدمت می‌نمودند و مجاز به اشتغال همزمان در بخش خصوصی نبودند. این قانون جدید با مقاومت تعدادی از کارکنانی که در بخش خصوصی فعالیت می‌کردند یا کسانی که در بیمارستان‌های آموزشی و بیمارستان‌های بزرگ دولتی مشغول به فعالیت بودند مواجه شد. پس از اعمال برخی تغییرات تعداد کمی از کارکنان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و بیمارستان‌های بزرگ دولتی در شهرهای بزرگ به‌یژه استانبول و آنکارا از کار خود استعفا دادند. اجرای این برنامه‌های ابتکاری؛ وزارت بهداشت را قادر کرد تعداد نیروهای مورد نیاز را سریعاً از ۲۵۶۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۲ به ۵۰۷۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۲ افزایش دهد. در فاصله سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲ تعداد کارکنان تأمین شده از بخش خصوصی دوازده برابر شد و از ۱۱۰۰۰ نفر به ۱۲۶۰۰۰ نفر افزایش یافت. در فاصله سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۰ تعداد پزشکان متخصص از ۵۳۳۰۰ نفر به ۶۳۶۰۰ نفر رسید و تعداد کل پزشکان عمومی از ۳۳۳۰۰ نفر به ۳۸۸۰۰ نفر رسید. در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۱۰ تعداد پرستاران از ۸۲۶۰۰ نفر به ۱۱۴۸۰۰ نفر رسید و تعداد ماماها از ۴۲۷۰۰ نفر به ۵۰۳۰۰ نفر رسید. به‌طور مشابه تعداد پرسنل کمکی نیز از ۵۷۷۰۰ نفر در سال ۲۰۰۴ به ۹۴۴۰۰ نفر در سال ۲۰۱۰ رسید. سیاست‌های جدید منابع انسانی باعث شناسایی کمبودهای مربوط به نیروی انسانی و کاهش نابرابری‌ها شد. برای مثال در سال ۱۹۹۰ به ازای ۸۵۶ نفر؛ یک پزشک متخصص در مناطق غربی و مرکزی ترکیه وجود داشت و در شرق ترکیه برای ۴۳۶۶۸ نفر یک پزشک متخصص وجود داشت. نسبت پزشکان در مناطق غربی و مرکزی ترکیه به مناطق شرقی ۵۱ به



یک بود. در سال ۲۰۰۰ برای ۷۴۹ نفر یک پزشک متخصص در مناطق غربی و مرکزی وجود داشت و برای ۲۵۱۷۸ نفر یک پزشک متخصص در مناطق شرقی وجود داشت. بنابراین نسبت پزشکان متخصص در دو منطقه به ۳۴ به یک رسید. در سال ۲۰۱۰ برای ۲۷۰۵ نفر در مناطق شرقی یک پزشک متخصص و برای ۵۵۹ نفر در مناطق غربی و مرکزی یک پزشک متخصص وجود داشت و نسبت را به ۵ به یک رساند و به‌طور مشابه در سال ۱۹۹۰ تعداد جمعیتی که در مناطق شمالی و شرقی به‌وسیله یک پزشک عمومی پوشش داده می‌شد بین ۱۷۴۵ تا ۶۶۲۸ نفر بود و نسبت آن ۴ به یک بود. در سال ۲۰۰۰ اختلاف بیشتر شد و تعداد جمعیت تحت پوشش هر پزشک عمومی بین ۱۲۸۸ تا ۵۷۴۷ نفر بود و این نسبت به ۵ به ۱ رسید. و نهایتاً در سال ۲۰۱۰ تعداد جمعیت تحت پوشش هر پزشک عمومی به ۱۳۶۹ تا ۲۲۹۱ نفر رسید و نسبت فوق به ۱/۶ به ۱ رسید. در سال ۱۹۹۰ تعداد جمعیت تحت پوشش هر پرستار یا ماما در مناطق شمالی ۴۱۴ نفر و در مناطق شرقی ۲۴۰۴ نفر بود و تفاوت نسبت‌ها بین مناطق محروم و غنی ۶ به یک بود. در سال ۲۰۱۰ تعداد جمعیت تحت پوشش هر پرستار یا ماما ۲۳۵ نفر در مناطق مرکزی و ۸۲۶ نفر در مناطق شرقی بود و نسبت مذکور به ۳/۲ به یک رسید.

د) ارائه خدمات

- **خدمات مراقبت‌های اولیه:** پیش از اجرای HTP، خدمات مراقبت‌های اولیه در ترکیه در سه سطح مطابق با قانون مصوب ۱۹۶۱ در خصوص اجتماعی‌سازی پزشکی ارائه می‌شد. سطح اول که بوسیله ماماها اداره می‌شد خانه بهداشت نام داشت (جمعیتی بین ۲۰۰-۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دادند). سطح دوم شامل مراکز مراقبت‌های اولیه بود (در روستاها جمعیتی بین ۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ نفر، در شهرستان‌ها جمعیتی بین ۱۰۰۰۰-۳۰۰۰۰ نفر و در سطح استان‌ها جمعیتی بین ۳۰۰۰۰-۵۰۰۰۰ نفر را پوشش می‌دادند) و به‌وسیله تیم‌هایی که شامل یک پزشک، یک پرستار و یک ماما (همراه با یک تکنسین و یک مدیر در مراکز بزرگتر) بودند اداره می‌شدند. سطح سوم در استان‌ها شامل مراکز بهداشت اضافه بود که خدماتی برای سلامت مادران و کودکان و خدمات تنظیم خانواده و ارائه دارو برای بیماران مسلول را بر عهده داشتند. با وجود این کمبود محسوس در زیرساخت‌ها و کارکنان سلامت و مهارت‌های مورد نیاز مشاهده می‌شد. در سال ۲۰۰۵ HTP، به معرفی یک مدل مراقبت‌های اولیه با محوریت پزشک خانواده و تأکید بر افزایش منابع در سه سطح نمود- منابع فیزیکی، منابع انسانی و ظرفیت‌سازی برای منابع انسانی. بر اساس این مدل هر پزشک خانواده خدماتی بیشتر از آنچه که در خانه‌های بهداشت یا مراکز بهداشتی سنتی ارائه می‌شد به جمعیتی متشکل از حداکثر ۴۰۰۰ نفر ارائه می‌داد. پس از سال ۲۰۰۵ در حدود ۲۰۰۰۰ تیم جدید پزشک خانواده ایجاد شد. زیرساخت‌های موجود ارتقا یافتند و اغلب خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت حفظ شدند یا اینکه با

مراکز پزشک خانواده ادغام شدند. تا سال ۲۰۱۱ حدود ۶۲۵۰ مرکز جدید پزشک خانواده احداث شد. از سال ۲۰۰۵ به بعد پزشکان خانواده در قالب قراردادهایی استخدام شدند و به ارائه خدمات پیشگیرانه و خدمات سلامت مادر و کودک پرداختند. علاوه بر این آنها مسئول ارائه خدمات سیار به ساکنان روستاها و ارائه مراقبت در منزل به بیمارانی که قادر به مراجعه به درمانگاه‌ها نبودند و نیز زندان‌ها، آسایشگاه‌ها و مراکز مراقبت از کودکان شدند. یافته‌های حاصل از مطالعاتی که به ارزیابی وضعیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان بر اساس مدل جدید پرداخته‌اند به‌خوبی بیانگر این هستند که دسترسی به خدمات سلامت مادر و کودک تا حد زیادی بهبود یافته است. میزان خدمات واکسیناسیون ارائه شده در مراکز مراقبت‌های اولیه از ۶۰/۶ درصد در فاز اول به ۹۱/۴ درصد در فاز دوم افزایش یافته بود. میزان بهبود در دسترسی به خدمات در منزل و خدمات ایمن‌سازی سیار در واحدهای پایلوت نسبت به واحدهای کنترل به‌طور معناداری بیشتر بوده است. دسترسی عمومی به خدمات پیش از زایمان به ۹۷ درصد ارتقا یافته بود. دسترسی به خدمات سیار برای مراقبت‌های پیش از زایمان در مراکز مراقبت‌های اولیه دارای پزشک از ۷۸/۸ درصد در فاز اول به ۵۴/۱ درصد در فاز دوم کاهش یافت، ولی هیچ‌گونه اختلاف معناداری بین واحدهای کنترل و پایلوت مشاهده نشد. تقریباً همه واحدهای مراقبت‌های اولیه در فعالیتهای روزانه خود به ارائه خدمات تنظیم خانواده می‌پرداختند. تحلیل‌های اقتصادی دیگری که به مقایسه وضعیت پزشکان قبل و بعد از اجرای مدل جدید مراقبت‌های اولیه پرداخته بودند نشان دادند مشارکت پزشکان در فعالیتهای مدیریتی مربوط به خدمات سلامت مادر و کودک، خدمات تشخیصی، خدمات درمانی، پیش، اختلالات بلندمدت در استان‌های پایلوت نسبت به استان‌های کنترل افزایش یافته بود. پس از افزایش استخدام کارکنان، بهبود زیرساخت‌ها و انعقاد قراردادهای جدید با پزشکان خانواده، حجم خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه از ۷۴/۸ میلیون در سال ۲۰۰۲ به ۲۴۴/۳ میلیون در سال ۲۰۱۱ افزایش یافت.

- **خدمات بیمارستانی و اورژانس برای پاسخگویی به اورژانس‌های نوزادان و مادران:** در طول اجرای HTP، تعداد و ظرفیت نیروی انسانی افزایش یافت و توزیع عادلانه‌تر کارکنان سلامت در کشور نسبت به گذشته برقرار شد. مراکز مراقبت‌های اولیه مبتنی بر پزشک خانواده در همه استان‌ها توسعه یافت. خدمات اورژانس شامل آمبولانس هوایی به‌یژه برای موارد پیچیده ایجاد شد. این خدمات که رایگان هم می‌باشند برای موارد زایمان و مراقبت‌های نوزادان نیز ارائه می‌شد. در سال ۲۰۰۸ خدمات مربوط به اورژانس و تصادفات و مراقبت‌های حاد نیز به‌طور رایگان در دسترس عموم مردم قرار گرفت. همچنین خدمات مربوط به انتقال فرآورده‌های خونی به‌یژه به مادران باردار نیز توسعه یافت. در کل؛ این تغییرات باعث افزایش دسترسی به خدمات سلامت مادر و کودک شد و در عین حال باعث کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر ۵ سال شد. قراردادهای استخدامی جدید، افزایش دستمزدها و شرایط کاری بهتر باعث جذب و حفظ کارکنان در مناطق محروم و فقیر شد. در طول



اجرای برنامه HTP تعداد بیمارستان‌های ارائه‌کننده خدمات نوزادان ۶ برابر شد و از ۱۴۱ مورد در سال ۲۰۰۲ به ۹۰۶ مورد در سال ۲۰۱۱ رسید. همچنین خدمات تحت پوشش طرح بیمه سلامت عمومی شامل خدمات رایگان برای فوریت‌های زایمانی، خدمات نوزادان و خدمات مربوط به مدیریت ناهنجاری‌های موروثی بود.

- توسعه خدمات و ظرفیت‌های بیمارستانی: تعداد تخت‌های بیمارستانی در ترکیه از ۱۰۵۷۱۰ تخت در سال ۱۹۹۰ (۱/۸۷ تخت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) به ۱۳۴۹۵۰ تخت در سال ۲۰۰۰ (۱/۹۹ تخت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) افزایش یافت و پس از اجرای برنامه HTP سریعاً به ۱۹۴۵۰۴ تخت در سال ۲۰۱۱ رسید (۲/۶ تخت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت). در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ تعداد تخت به ازای هزار نفر جمعیت دو برابر شد و از ۸۰۴۰۳ تخت به ۱۲۱۲۹۷ تخت در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت رسید و در بیمارستان‌های دانشگاهی از ۱۶۸۱۷ تخت به ۳۴۸۰۲ تخت رسید. در راستای اهداف برنامه HTP برای ارتقای خدمات اورژانس و اختلالات پیچیده، در فاصله سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۱۱ تعداد تخت‌های واحد مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت ده برابر شد و از ۸۶۹ تخت به ۹۵۸۱ تخت رسید و در بیمارستان‌های دانشگاهی از ۳۵۳ تخت به ۳۸۹۰ تخت و در بیمارستان‌های خصوصی از ۹۹۲ تخت به ۷۵۰۶ تخت رسید. در کل در دو بخش خصوصی و دولتی تعداد تخت‌های مراقبت‌های ویژه ۹ برابر شد و از ۲۲۱۴ تخت در سال ۲۰۰۲ به ۲۰۹۷۷ تخت در سال ۲۰۱۱ رسید. استفاده از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی استراتژی اصلی برنامه HTP بود و هدف از آن استفاده کارآمد از ظرفیت‌های موجود کشور بود. در سال ۲۰۱۰ سازمان تأمین اجتماعی با ۴۲۱ بیمارستان خصوصی قراردادهایی منعقد نمود تا در ازای پرداخت فرانشیز توسط بیماران به آنها خدمات تشخیصی و درمانی ارائه نمایند. علاوه بر این بیمارستان‌های خصوصی خدمات رایگانی برای موارد اورژانسی، سوختگی‌ها، مراقبت‌های ویژه، جراحی قلب، مراقبت‌های نوزادان، اختلالات ارثی، مراقبت‌های سرطان، پیوند عضو و بیماری‌های کلیوی ارائه می‌دادند. تعداد خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های خصوصی از ۵/۷ میلیون در سال ۲۰۰۲ به ۵۹/۱ میلیون در سال ۲۰۱۱ رسید. تعداد تخت‌های بیمارستان‌های خصوصی ده برابر شد و از ۳۳۶۱ تخت در سال ۱۹۹۰ به ۳۱۶۴۸ تخت در سال ۲۰۱۱ رسید و سرعت این افزایش بعد از سال ۲۰۰۵ افزایش یافت که علت آن تأیید این بیمارستان‌ها از سوی سازمان تأمین اجتماعی برای ارائه خدمت به بیمه‌شدگان بود. توسعه بخش خصوصی با افزایش قوانین تدوین شده دولت همراه بود بدین ترتیب که وزارت امور مالی، نظارت‌ها و کنترل‌های دقیقی بر بیمارستان‌های خصوصی و به‌ویژه مالیات آنها اعمال نمود و وزارت بهداشت نیز مقررات جدیدی برای اعتباربخشی و برنامه‌ریزی نیروی انسانی و استانداردهای کیفیت اعلام کرد. علاوه بر این هر دو وزارتخانه رضایتمندی و شکایت‌های کاربران بخش خصوصی را پایش می‌نمودند و در صورت لزوم مداخله می‌کردند. بیش از ۹۰ درصد بیمارستان‌های

خصوصی با سازمان تأمین اجتماعی قراردادهایی منعقد نمودند و سازمان تأمین اجتماعی به عنوان خریدار بر حجم خدمات و صحت ادعاهای این بیمارستان‌ها نظارت می‌کرد و در صورت تخطی برای آنها جریمه‌هایی مشخص می‌نمود یا اینکه قسمتی از مبلغ درخواستی بیمارستان‌ها را کسر می‌کرد. پس از افزایش نظارت‌های وزارت بهداشت، وزارت امور مالی و سازمان تأمین اجتماعی، ابلاغ حکم‌های جدید از سوی دولت برای مدیریت بخش خصوصی نیز تسهیل شد. در سال ۲۰۰۸ قوانین جدیدی برای تعدیل رشد بخش خصوصی و انتقال کارکنان سلامت از بخش دولتی به بخش خصوصی ابلاغ شد. قوانین جدید، ظرفیت بیمارستان‌های خصوصی، میزان افزایش سالیانه تعداد تخت‌ها، خدمات ارائه شده و تعداد نیروی انسانی مورد نیاز این بخش را مشخص نمودند. در فاصله سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۱۱ متوسط طول اقامت بیماران در بیمارستان‌ها در سه گروه بزرگ بیمارستانی کاهش یافت: در بیمارستان‌های دانشگاهی از ۸/۶ روز به ۵/۸ روز، در بیمارستان‌های وزارت بهداشت از ۵/۷ روز به ۴/۳ روز و در بیمارستان‌های بخش خصوصی از ۳/۱ روز به ۲ روز. در کل، متوسط طول اقامت بیماران در بیمارستان‌ها از ۵/۸ روز در سال ۲۰۰۲ به ۴/۱ روز در سال ۲۰۱۱ رسید و ضریب اشغال تخت از ۵۹/۴ در سال ۲۰۰۲ به ۶۵/۶ در سال ۲۰۱۱ رسید. البته تاثیر این افزایش کارآیی بر روی کیفیت خدمات مورد سنجش قرار نگرفت.

- **بهداشت عمومی:** در راستای تحقق هدف UHC، برنامه HTP تعدادی از مداخلات مربوط به بهداشت عمومی را برای پرداختن به میزان بالای مصرف دخانیات و عوامل خطری همچون عدم تحرک و چاقی اولویت‌بندی نمود. برنامه‌های جدید بهداشت عمومی و جامعه محور معرفی شدند تا میزان افزایش بیماری‌های روانی و دیابت را در جامعه به وضوح نشان دهند. همچنین برنامه‌هایی برای توانمندسازی وزارت بهداشت به منظور مقابله با بلایای طبیعی و حوادث ناشی از خطای انسانی تدوین شد.

دستاوردهای کلیدی HTP

دستاوردهای کلیدی برنامه‌های تحول نظام سلامت می‌تواند تحت عنوان مجموعه‌ای از طرح‌ها و استراتژی‌ها باشد که یک یا چندین عملکرد نظام سلامت را ارتقا می‌دهد و باعث سلامت بهتر از طریق بهبود دسترسی، کیفیت یا بهره‌وری شود. دستاوردهای HTP نیز بنا بر اهداف اصلی آن، در حیطه‌های رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی و ارائه خدمات مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱. رهبری و سازمان

تغییرات ساختاری معرفی شده در فاصله سال‌های ۲۰۰-۲۰۱۰ باعث تفکیک تولید، تأمین مالی و ارائه خدمات در درون نظام سلامت ترکیه شد و مسئولیت تولید و تدوین سیاست‌ها و استراتژی‌های



توسعه به وزارت بهداشت محول شد. وظایف اجرایی و نظارتی به تعدادی از سازمان‌های نیمه‌دولتی جدید تفویض اختیار شد تا بر ارائه خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی، خدمات دارویی و تجهیزات پزشکی نظارت داشته باشند. سازمان تأمین اجتماعی تازه تأسیس شده وظیفه انباشت مالی و خرید استراتژیک را با تمرکز بیشتر بر بهبود کیفیت و کارایی خدمات ارائه شده در بخش خصوصی و دولتی بر عهده گرفت. قوانین و مقررات وضع شده جدید باعث افزایش ارتباط شهروندان با ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، استحقاق آنها برای استفاده از پوشش بیمه و آگاهی آنان از حقوق خود در نظام سلامت شد.

۲. تأمین مالی نظام سلامت

فضای ایجاد شده در جامعه همراه با افزایش رشد اقتصادی کشور باعث افزایش هزینه‌های سلامت شد. از سال ۲۰۰۳ کل سهم سلامت از GDP از ۵/۳ درصد به ۶/۱ درصد در سال ۲۰۰۸ رسید. که سه چهارم این مقدار از بخش دولتی تأمین می‌شد. همچنین سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش سلامت نیز افزایش یافت. علاوه بر این نظام بیمه ناعادلانه و از هم گسیخته که در قالب پنج طرح مختلف فعالیت می‌نمود به صورت طرح یکپارچه بیمه سلامت عمومی درآمد. شاید قابل توجه‌ترین اصلاح مالی در ترکیه توسعه طرح کارت سبز بود که دارای مکانیسم بیمه‌ای بود. تعداد افراد تحت پوشش بیمه کارت سبز از ۲/۴ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ به ۱۰/۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ رسید. همچنین این طرح تعداد زیادی از فقیرترین افراد جامعه را تحت پوشش قرار داد. در سال ۲۰۱۱ حدود ۸۵ درصد از فقیرترین مردم تحت پوشش کارت سبز بودند. هزینه‌های پرداختی بیمه‌شدگان برای خدمات سلامت کاهش یافت در عین حال تعداد زیادی از خدمات درمانی به‌طور رایگان در اختیار مردم قرار داده شد. میزان پرداخت از جیب بیماران کاهش یافته و علاوه بر این میزان استفاده از خدمات سلامت بین فقیرترین افراد جامعه و نیز ساکنین مناطق محروم شامل مناطق شرق و روستایی ترکیه افزایش یافت.

۳. منابع انسانی و ارائه خدمات

تعداد نیروی انسانی پس از اجرای HTP دو برابر شد و باعث افزایش ظرفیت‌های نظام سلامت گردید. افزایش پذیرش دانشجویان پرستاری، پزشکی و سایر رشته‌های تخصصی، افزایش دستمزدها، واگذاری امور به بخش خصوصی، مکانیسم‌های جدید انعقاد قرارداد باعث افزایش ظرفیت‌های نظام سلامت شدند. الزام پزشکان جدید به خدمت در مناطق محروم و حذف اشتغال همزمان در دو بخش خصوصی و دولتی باعث رفع کمبود نیروی انسانی در بخش دولتی و افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها شد. دو برابر شدن تعداد نیروی انسانی در فاصله سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۱۲ با افزایش دسترسی به خدمات سلامت در کشور به‌ویژه در شرق ترکیه همراه بود. تا سال ۲۰۱۰ بیش از ۲۰۰۰۰ تیم پزشک خانواده در ۸۱ استان کشور مشغول به خدمت بودند و حیطة وسیعی از خدمات سلامت را پوشش می‌دادند. هم‌اکنون

سازمان‌های خصوصی و دولتی به افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی ارائه خدمت می‌نمایند. خدمات سلامت مادر و کودک شامل مراقبت‌های ویژه نوزادان، خدمات اورژانس، آمبولانس هوایی و خدمات انتقال خون توسعه یافته و میزان مرگ کودکان و مادران کاهش یافته است.

چالش‌های پیش‌رو

بسیاری از اهداف نظام سلامت از طریق HTP محقق شدند، ولی بسیاری نیز همچنان به‌عنوان چالش، نیازمند تلاش بیشتر و برقراری کارآیی، اثربخشی، عدالت و پاسخگویی بیشتر نظام سلامت می‌باشند. در ادامه به برخی از مهم‌ترین آنها اشاره خواهد شد:

۱. **هزینه‌های نگهداری پوشش بیمه سلامت و مزایای آن:** پس از اجرای HTP، پوشش بیمه سلامت در ترکیه سریعاً افزایش یافت. در حالی که در سال ۲۰۰۳ فقط ۲۴ درصد از فقیرترین دهک درآمدی تحت پوشش بیمه بودند در سال ۲۰۱۱ این مقدار به ۸۵ درصد رسید و پوشش بیمه‌ای بین ثروتمندترین دهک درآمدی از ۹۰ درصد در سال ۲۰۰۳ به ۹۶ درصد در سال ۲۰۱۱ رسید. هنوز به تلاش بیشتری نیاز است تا میزان پوشش بیمه جمعیت به ۱۰۰ درصد برسد، البته همزمان با افزایش پوشش بیمه باید قوانین و مقررات جدیدی نیز برای شفاف کردن نقش بیمه سلامت اختیاری و تکمیلی وضع گردد. ترکیه پس از معرفی UHC توانست نابرابری‌ها را به‌ویژه در زمینه سلامت مادر و کودک کاهش دهد، ولی در آینده باید متناسب با تغییر نیازهای سلامت مردم، حیطه و وسعت خدمات ارائه شده نیز تغییر یابد و بیشتر بر خدماتی از قبیل بیماری‌های مزمن، سرطان‌ها، بیماری‌های روانی و دیابت تمرکز شود. همچنین لازم است وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت مردم اولویت‌های استراتژیک جدید و مکانیسم‌های شفاف برای تخصیص کارآمد منابع و انجام مداخلات هزینه اثربخش تعیین نماید. سرپرستی‌های جدید وزارت بهداشت باید از طریق طراحی سیاست‌های استراتژیک جدید به شناسایی نیازهای جدید سلامتی و اولویت‌گذاری آنها اقدام کند.

۲. **دستور کار ناتمام عدالت (برابری):** HTP بر حقوق شهروندان برای دسترسی به سلامت، عدالت اجتماعی، برابری و کاهش نابرابری‌های بین غرب و شرق کشور، فقیر و غنی، باسواد و بیسواد و شهری و روستایی تأکید می‌کند. با وجود این علیرغم بهبودهای به‌وجود آمده در دسترسی زنان به خدمات سلامت و کاهش میزان مرگ مادران، هنوز در برخی از زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی نابرابری‌هایی وجود دارد. در مورد سلامت زنان و مسائل جنسیتی موجود، رتبه ترکیه کمتر از حد مورد انتظار می‌باشد. تلاش‌های آتی باید بر اولویت‌های زنان به‌ویژه آموزش زنان، سواد سلامتی، حقوق مربوط به سلامت باروری، توانمندسازی اجتماعی و مشارکت در فعالیت اقتصادی تمرکز داشته باشند. خشونت بر علیه زنان باید متوقف شود. باید عوامل خطر نوظهور مرتبط با چاقی، بیماری‌های قلبی و



سرطان زنان جزء اولویت‌های زنان باشد. تدوین طرح ضربتی ملی برابری جنسیتی ۲۰۰۸-۲۰۱۳ یکی از اقدامات انجام شده برای بهبود سلامت زنان و کاهش نابرابری‌های جنسیتی است.

۳. **کیفیت و ایمنی:** فاز بعدی از UHC نیازمند تمرکز بر کیفیت و ایمنی خدمات سلامت از طریق قوانین وضع شده به‌وسیله وزارت بهداشت و سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد. هر دو سازمان باید پارامترهای شفاف‌تری وضع نموده و به یافتن ارائه‌کنندگان مناسب در سطح کشور اقدام نمایند. باید اطلاعات مربوط به کیفیت خدمات ارائه شده به‌وسیله سازمان‌های بهداشتی و درمانی در دسترس عموم مردم باشد. قرار دادن اطلاعات شفاف در اختیار عموم مردم باعث توانمندسازی شهروندان و افزایش پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت خواهد شد. وزارت بهداشت از سال ۲۰۱۲ به ارائه برنامه‌های ابتکاری برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی به‌ویژه برای بیماری‌های مزمن اقدام کرده است.

۴. **تقویت بهداشت عمومی و نظام سلامت برای مدیریت بیماری‌های مزمن:** ترکیه به موفقیت‌های اساسی در زمینه سلامت کودک و مادر و بیماری‌های مسری دست یافته است، ولی تحلیل بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰ بیانگر آن است که این کشور با بار نو ظهوری از بیماری‌های مزمن مواجه است به گونه‌ای که شاخص سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی (DALY)^۱، از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ حدود ۵۰ درصد افزایش یافته است. حمله‌های ایسکمیک قلبی، بیماری‌های مغزی، ریوی، افسردگی ماژور و سرطان جزو ده بیماری اول هستند که باعث افزایش شاخص DALY شده‌اند. بار سرطان‌ها، بیماری‌های روانی، دیابت و بیماری‌های ماهیچه‌ای عضلانی به سرعت در حال افزایش می‌باشد. ریسک فاکتورهای رژیم، مصرف دخانیات، شاخص بالای حجم بدن، فشار خون بالا، عدم تحرک فیزیکی، افزایش گلوکز پلاسما، افزایش آلودگی‌ها، افزایش بیماری‌های قلبی و ... ریسک فاکتورهای اصلی هستند که منجر به افزایش بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰ شده‌اند. تعامل این ریسک فاکتورها و بیماری‌های مزمن باعث به‌وجود آمدن بیماری‌های چند علیتی شده اند که نیازمند به‌کارگیری روش‌های جدیدی برای شناسایی، تسکین و مراقبت‌های اولیه طولانی‌مدت، پیشگیری، درمان و مراقبت هستند. با توجه به گذار اپیدمیولوژیک^۲ بیماری‌ها در ترکیه، این کشور نیازمند یک نظام سلامت کارآمد برای کنترل بار فزاینده بیماری‌های مزمن و ریسک فاکتورهای بیماری‌ها می‌باشد. برای مدیریت کارآمد ریسک فاکتورهای جدید، باید بر نظام مراقبت‌های اولیه در ترکیه متمرکز شد. برای افزایش تعداد پزشکان خانواده، پرستاران، افزایش مهارت کارکنان سلامت، افزایش منابع فنی و فیزیکی و ایجاد یک نظام جامع برای ارائه خدمات با کیفیت باید سرمایه‌گذاری در بخش سلامت افزایش یابد. برای پایش عوامل نوظهور بیماری‌های غیرمسمری، ترکیه نیازمند سرمایه‌گذاری بر

1. Disability Adjusted Life Years

2. Epidemiological Transition

نظام‌های اطلاعات جمعیت می‌باشد. علاوه بر تهیه فهرستی از خطرات بیولوژیکی، ترکیه باید نظام‌هایی را برای سنجش و مدیریت بهتر خطرات فیزیکی و محیطی که باعث پیشرفت بیماری‌های مزمن می‌شوند نیز ایجاد کند. وجود تلفن، موبایل و فناوری اینترنت در کشور فرصت مناسبی را برای اطلاع‌رسانی در خصوص پیشگیری، کاهش خطرات و مدیریت فردی بیماری‌های مزمن فراهم کرده است.

۵. **توسعه فضای مالی برای تداوم سرمایه‌گذاری در سلامت:** با توجه به ثبات رشد اقتصادی ترکیه از سال ۲۰۰۲ و احتمال تداوم این رشد به نظر می‌رسد فضای مالی مناسبی برای افزایش هزینه‌های سلامت در کشور وجود دارد. به طوری که سهم بخش سلامت از GDP به سرعت از ۵/۴ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶/۷ درصد در سال ۲۰۰۹ رسید و در سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ این مقدار ثابت بوده است. با وجود این، بی‌ثباتی اقتصادی کشورهای همسایه تا حدودی نگران کننده می‌باشد. سرمایه‌گذاری بی‌ثبات در بخش سلامت نیازمند حفظ مالیات‌ها و منابع درآمدی می‌باشد. افزایش‌های آتی مالیات دخانیات و محصولات الکلی می‌تواند درآمدهای اضافه برای افزایش سرمایه‌گذاری در بخش سلامت ایجاد نماید.

۶. **مدیریت انتظارات عمومی:** تغییر نظام سلامت و بهبود حقوق شهروندان باعث افزایش انتظارات عمومی شده است و با توجه به افزایش سواد سلامتی مردم و در دسترس بودن اطلاعات، انتظارات آنها در آینده نیز افزایش خواهد یافت. علاوه بر این تدوین قوانینی در خصوص تضمین ایمنی و کیفیت خدمات باعث خواهد شد مردم نسبت به شفافیت و پاسخگو بودن دولت، وزارت بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی و سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی حساس‌تر شوند. بهبود پاسخگویی به عنوان وظیفه اصلی دولت باید از اولویت‌های وزارت بهداشت باشد و شاید لازم باشد سازمان جدیدی بر اساس الگوهای کارآمد جدید برای آن ایجاد کند.

۷. **پرورش نیروی کار:** HTP از طریق انعقاد قراردادهای جدید، شرایط استخدامی جدید و تأمین نیرو از بخش خصوصی باعث افزایش سریع تعداد نیروی انسانی در بخش سلامت شد. قانون کار تمام‌وقت باعث حذف اشتغال همزمان در بخش خصوصی و دولتی شد، اما در عین حال فشار کاری بر روی کارکنان سلامت در بیمارستان‌ها نیز افزایش یافت. هم‌اکنون برای افزایش فرصت‌هایی به منظور تخصصی‌تر کردن نیروی انسانی و توسعه پژوهش به سرمایه‌گذاری بیشتری نیاز است تا از این طریق نیروی انسانی متعهد و بسیار ماهر به‌ویژه برای بخش دولتی که ۸۳ درصد از خدمات سلامت را در کشور ارائه می‌دهد تأمین شود. اگر چه اغلب سازمان‌های تأمین‌کننده نیروی انسانی از اجرای HTP راضی هستند، ولی انجمن نظام پزشکی ترکیه با بسیاری از تغییرات مخالفت کرده است. اگرچه انجمن نظام پزشکی برای مدتی طولانی مخالف فعالیت بخش خصوصی در نظام سلامت بود، ولی در عین حال با قانون مربوط به ممنوعیت اشتغال همزمان نیز مخالفت می‌کند. انجمن نظام پزشکی خواستار اعمال



تغییراتی در برخی از قوانین اعلام شده به وسیله HTP شده است. برای مثال با پرداخت دستمزدهای هنگفت ثابت به پزشکان استخدامی وزارت بهداشت بدون توجه به عملکرد آنها یا ارائه خدمات بهداشتی و درمانی رایگان مخالفت کرده است. وزارت بهداشت همواره سعی کرده است اعضای انجمن نظام پزشکی را در مباحث سیاسی و نیز جلسات ذینفعان مشارکت دهد، البته مخالفت اعضای این انجمن هیچوقت مانع اجرای تغییرات نشده است.

درس‌هایی که می‌توان آموخت

چندین درس از تجربه ترکیه در انجام اصلاحات سلامت قابل اقتباس است. این درس‌ها هم برای ترکیه به منظور اجرای مرحله بعدی اصلاحات و پایداری و حفظ UHC و همچنین سایر کشورهای که قصد حرکت به سمت UHC را دارند می‌تواند مفید باشد. این درس‌ها عبارتند از:

- **ایجاد بستر پذیرا:** در ترکیه تعامل چندین عامل زمینه‌ای شامل عوامل جمعیتی، اقتصادی، سیاسی، اجتماعی فرهنگی، و تکنولوژیکی یک محیط مناسب را فراهم کرد که در آن ابتکارات سیاستگذاری و ارائه خدمات که از طریق برنامه تحول سلامت معرفی شد از نظر مردم مشروع و قانونی جلوه نمودند که می‌توانست حلال مشکلات نظام سلامت ترکیه باشد.

- **سلامت به‌عنوان حق بنیادی:** اصل مرکزی برنامه تحول سلامت که بر حقوق بشر و به‌طور خاص بر حق سلامت شهروندان تأکید می‌کرد به خوبی به اطلاع عموم مردم که خواستار بهبود در حقوق خود یعنی دموکراسی، آموزش و سلامت بودند رسانده شد. تأکید بر حقوق بشر احتمالاً به مشروعیت برنامه تحول سلامت کمک کرد و حمایت گسترده مردم را به همراه داشت.

- **تیم تحول:** علت اصلی موفقیت HTP و UHC به‌خاطر تیم تحول بود، یک تیم خیلی متعهد که برای ده سال از ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۳ با هم بودند. تیم تحول نقش فعالی در درک، طراحی، اجرا و پایش HTP داشتند و جهت‌گیری استراتژیک، پیوستگی و حافظه سازمانی را برای تحول فراهم می‌کردند. تیم با آژانس‌ها و کارشناسان بین‌المللی فعالیت کرد و ارتباط بین مراحل استراتژیک و عملیاتی اجرا را فراهم کرد. دیدارهای منظم از وضعیت میدانی، کانال‌های ارتباطی قوی بین رهبری استانی، تیم‌های اجرایی محلی و وزارت بهداشت ایجاد کرد.

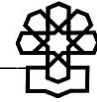
- **رهبری پایدار:** یافته‌ها نشان می‌دهد که رهبری پایدار و حمایت بالای نخست وزیر، هیئت وزیران و وزیر بهداشت برای موفقیت HTP و UHC بسیار مهم بود. اگرچه اختلافات وزرا در طول طراحی و اجرای HTP به وجود آمد، اما این اختلافات با موفقیت برنامه کاهش یافت و حمایت‌ها تقویت شد.

– رویکرد اجرای منعطف همراه با یادگیری مستمر: رویکرد اجرای منعطف دولت، اقدامات استراتژیک و تاکتیکی برای راه‌اندازی سیاست‌های به‌هنگام، وجود پنجره‌های فرصت را با هم ترکیب کرد. مدل هماهنگ‌کننده محیطی و گروه‌های متمرکز منظم و پیمایش‌ها باعث شناسایی به موقع چالش‌های اجرا شد. بسیاری از جلسات مباحثه در سطح مرکزی و محلی، یادگیری و بهبود مداوم را ترویج داد. این محیط یادگیری و اجرای منعطف به رهبری تحول کمک کرد تا به‌طور مداوم حیطة، سرعت و تسلسل تحول را با حفظ چارچوب استراتژیک HTP تعدیل نماید.

– سرعت اجرا: یک عامل موفقیت دیگر در اجرای HTP سرعت اجرای سیاست‌ها بود. به محض اینکه تصمیمی اتخاذ می‌شد یا قانونی وضع می‌شد بر اساس جدول زمانی که تیم تحول هفته‌ای پایش می‌کردند سریعاً اجرا می‌شد. هر وقت که تاخیری صورت می‌گرفت، استراتژی‌های اجرا تغییر می‌کردند و گروه‌های محلی یا تیم‌های ویژه وزارت بهداشت موظف می‌شدند تا تنگناها را شناسایی کنند. اجرای سریع از تشکیل مخالفت‌های سازمان یافته نسبت به تغییرات جلوگیری می‌کرد و به غلبه بر مقاومت بوروکراتیک کمک می‌کرد. سرعت اجرا با بیان سریع منافع برای استفاده‌کنندگان و عموم، مشروعیت داده می‌شد.

– ثبات سیاسی: ثبات سیاسی که توسط دولت ترکیه به دست آمد و از حضور اکثریت مجمع عالی ملی برخوردار بود عامل مهمی در اجرای تحول و اصلاح سلامت بود. مجمع عالی ملی توانست برخلاف سال‌های زیادی از دولت‌های ائتلافی ضعیفی که ناتوان در اجرای سیاست‌ها بودند، قوانین زیادی که توسط دولت تهیه شده بود را تصویب کند. یک تیم تحول متعهد در وزارت بهداشت، حمایت جدی نخست‌وزیر برای تحول، و رهبری و تداوم وزیر بهداشت و مدیریت عالی، شرایط لازم را برای اجرای قوانینی که توسط مجمع عالی ملی تصویب شده بود فراهم کرد.

– رشد و ثبات اقتصادی: ثبات اقتصادی و رشد سریع GDP که در سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۲ به دست آمد فضای مالی لازم را فراهم کرد تا دولت در بخش‌های اجتماعی سرمایه‌گذاری کند. همزمان با رشد اقتصادی، دولت توانست هزینه‌های سلامت را افزایش دهد و در بخش سلامت سرمایه‌گذاری کند و از طرف دیگر هم سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در سلامت در حال افزایش بود. در کنار رشد پایدار در GDP، قوانین و روش‌های جدید برای بهبود جمع‌آوری مالیات، سیاست‌های اقتصادی متعادل باعث افزایش در اخذ مالیات، کاهش تورم و کاهش بیکاری شد. افزایش درآمدهای مالیاتی دولت، پروسیجرهای خصوصی‌سازی و سرمایه‌گذاری خارجی این امکان را فراهم آورد که دولت از درآمدهای بودجه عمومی پوشش کارت سبز را توسعه دهد و طرح بیمه یکپارچه سلامت عمومی را ایجاد کند.



– ترکیب جامع تغییرات طرف تقاضا همراه با تحول طرف عرضه : یک درس مهم از تجربه UHC در ترکیه این است که تغییرات جامع سیستم سلامت در طرف تقاضا (بیمه سلامت) و طرف عرضه (منابع انسانی و ارائه خدمات) برای توسعه پوشش بیمه‌ای و ترجمه UHC به توسعه دسترسی خدمت، به خصوص برای بخش‌های غیر برخوردار جمعیت ضروری است. شواهد نشان می‌دهد که هرچند که پوشش بیمه بهتر دسترسی را افزایش می‌دهد، بسته خدمات در حضور مداخلات طرف عرضه تحقق پیدا خواهد کرد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که ترکیب تغییرات طرف عرضه و تقاضا و رای دیگر تعیین‌کننده‌ها در بهبود دسترسی خدمات و کاهش نرخ مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال تأثیرگذار بوده است.

منابع و مأخذ

۱. ایروان، مسعودی اصل و علی، اخوان بهبهانی. نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی، سازمان بیمه سلامت ایران، چاپ اول، ۱۳۹۴.
2. Regional Health Systems Observatory- EMRO. Health Systems Profile. 2006.
3. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013;382(9886).
4. Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. 2013.
5. Patient Choice Nurse Prescribing In: McDaid D, Editor. Eurohealth. London: - London School of Economics Political Science; 2006.
6. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A. Health Systems in Transition, Turkey Health System Review. World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
7. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Financial Protection in health in Turkey: the Effects of the Health Transformation Programme. *Health Policy and Planning*. 2013:czt002.
8. Yereli Ab. Healthcare Financing Reform: The Case in Turkey
9. Zaim O, Diler M. The Impacts of Health Sector Reform on the Efficiency and Productivity of Public and Private Hospitals in Turkey. Ankara Department of Economics, Bilkent University, Bilkent, Turkey.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۵۳۰۴

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: برنامه تحول سلامت: مطالعه موردی کشور ترکیه

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: ایروان مسعودی اصل

همکار: محمد بختیاری علی آباد

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____

واژه‌های کلیدی: _____



تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۱۱/۲۷