مقاله پژوهشی

ارزیابی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت

لیلا دشمنگیر[1و2]، مینو علی‌پوری سخا[3*]

1- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
2- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز 3- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* نویسنده مسؤول: گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: 09126202178
پست الکترونیک: m_alipourisakha@razi.tums.ac.ir

دریافت: 94/2/15 پذیرش: 94/5/10

چکیده

مقدمه: *نظام سلامت ترکیه که با چالش‌های اساسی تأمین مالی ناکافی، نظام بیمه‌ای ناعادلانه، کمبود شدید زیرساخت‌های فیزیکی و منابع انسانی و توزیع ناکافی آن‌ها و بی‌عدالتی در ارایه خدمات مواجه بود به منظور بهبود اثربخشی نظام سلامت از طریق بهبود حاکمیت، کارایی و رضایت خدمت‌گیرندگان، در دوره زمانی نسبتاً کوتاه با اجرای سیاستی بزرگ در نظام سلامت خود موفق به پوشش همگانی خدمات سلامت شد. نظام سلامت در ترکیه به سرعت شکاف‌های موجود در شاخص‌های سلامت، پاسخگویی و تأمین مالی عادلانه را پر کرده است. این مطالعه با هدف ارزیابی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت و درک سیر تحولات نظام سلامت و یادگیری از آموزه‌ها و تجارب به دست آمده از این کشور انجام شده است.*

روش کار: *داده‌های پژوهش از طریق مطالعه مستندات شامل مقالات، گزارش‌های رسمی انتشار یافته و اسلایدها با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای و نیز مستندات حاصل از بحث‌های دور میزی با حضور صاحب‌نظران حوزه سلامت کشور ترکیه و ایران و گزارش بازدیدهای دوره‌ای صاحب‌نظران نظام سلامت ایران از نظام سلامت ترکیه گردآوری گردید. ارزیابی علل موفقیت ترکیه در اجرای طرح بزرگ ملی سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن و پیامدهای به دست آمده از آن بر اساس کارکردهای نظام سلامت و اهداف نهایی عملکردی آن صورت گرفت.*

یافته‌ها: *سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و تحلیل‌گران سیاست نظام سلامت ترکیه با درک شرایط و چالش‌های این نظام، تحول در نظام سلامت کشور خود را از طریق تعهد سیاسی، تغییر و باز تعریف مؤلفه‌های جدید رهبری، سیاست‌گذاری و حاکمیتی وزارت بهداشت، تأمین منابع مالی و نظام بیمه دولتی سلامت و سازمان‌دهی مجدد ارایه خدمات سلامت به اجرا درآوردند.*

نتیجه‌گیری: *از جمله دلایل موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را می‌توان ثبات سیاسی و اقتصادی، پایداری و ثبات تیم تحول و رهبری، برنامه جامع نظام سلامت، اتخاذ رویکردی انعطاف‌پذیر در استقرار و توسعه سلامت ملی، تحولات بنیادی طرف عرضه، حذف کار دوگانه ارایه‌دهندگان خدمات، یکپارچگی صندوق‌های بیمه، ارتقای کیفیت و رضایت‌مندی، نظارت و اجرای صحیح قانون و استفاده از توان بخش خصوصی بر شمرد.*

گل‌واژگان: *پوشش همگانی سلامت، نظام سلامت، سیاست، اصلاح در نظام سلامت*

مقدمه

بیشتر مردم جهان خواهان دسترسی به خدمات اولیه و اساسی سلامت بدون تحمل بار مالی و دریافت خدمات سلامت با کیفیت می‌باشند. این تقاضا به ویژه در سال‌های اخیر در جهان رو به افزایش بوده و منجر به ایجاد جنبش جهانی پوشش همگانی سلامت شده است (1). در سال 2005 سازمان جهانی بهداشت با تصویب قطعنامه‌ای کشورها را به توسعه نظام‌های

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

سلامت خود در جهت رسیدن و یا حفظ پوشش همگانی سلامت تشویق نمود (2). در دسامبر سال 2012 نیز سازمان ملل با تصویب قطعنامه‌ای کشورها را موظف به فراهم آوردن خدمات سلامت قابل تهیه برای همگان و افزایش پاسخگویی دولت‌ها برای تعقیب هدف پوشش همگانی نمود (3). سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: "دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند" (4). بنابراین، بر اساس آن چه که در تعریف فوق آمده است، هدف نهایی پوشش همگانی سلامت، تضمین بهره‌مندی همگان از خدمات سلامت اولیه و اساسی بدون تحمل بار مالی و یا به ورطه فقر افتادن در نتیجه پرداخت هزینه‌های سلامت است (5). بدین منظور و جهت توسعه خدمات اساسی سلامت به اکثریت مردم و کاهش پرداخت از جیب، کشورها با چالش انتخاب بین گزینه‌های الف) اولویت توسعه خدمات سلامت؛ ب) اولویت پوشش افراد؛ و ج) نحوه تغییر از پرداخت از جیب به سوی پیش‌پرداخت مواجه هستند. با توجه به تفاوت‌های موجود در بافتار کشورها، محدودیت‌های اجرایی و ارزش‌های متنوع حاکم بر انتخاب گزینه‌های سیاستی، کشورهای مختلف روش‌های متفاوتی را در جهت ایجاد و توسعه پوشش همگانی انتخاب کرده‌اند (6).

در حال حاضر، حدود 30 کشور با درآمد متوسط در جهان در حال اجرای برنامه‌هایی با هدف دستیابی به پوشش همگانی هستند و بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط پایین نیز برنامه‌های مشابهی را در نظر گرفته‌اند. بدیهی است که راه‌های مختلفی در جهت دستیابی به پوشش همگانی وجود دارد و ترتیبات مالی یا سازمانی خاصی برای رسیدن به آن متصور نیست (7). عوامل مختلفی موفقیت در دستیابی به پوشش همگانی را تسهیل می‌کنند از جمله تعهد به تخصیص کافی منابع به مراقبت‌های سلامت، در نظر داشتن تأمین مالی بخش خصوصی و مشارکت‌ها و تمرکز بر مراقبت‌های اولیه سلامت (8). با توجه به این که روند دستیابی به پوشش همگانی، وابسته به عوامل گوناگون اجتماعی- اقتصادی و سیاسی بوده و این عوامل در کشورهای مختلف متفاوت است، بررسی الگوهای مختلف دستیابی به پوشش همگانی و بررسی عوامل اقتصادی و سیاسی آن‌ها می‌تواند مفید واقع شود. امروزه درس‌های بسیاری از تجربه کشورها در تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت حاصل شده است. تجربه کشور ترکیه، به عنوان کشوری که به سمت نگاهداشت و پایداری پوشش همگانی حرکت می‌کند در این زمینه مفید است. نظام سلامت ترکیه کمتر از یک دهه پیش به عنوان یک نظام کمتر توسعه یافته هم در بین کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه و هم در بین سایر کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا بود. اختلاف بسیاری بین اهداف و آمالی که در قانون اساسی این کشور آمده بود و آنچه در واقعیت قابل لمس بود وجود داشت (9).

نظام سلامت ترکیه تا اوایل دهه 2000 با سه چالش اساسی تأمین مالی ناکافی و نظام بیمه‌ای ناعادلانه و از هم گسیخته، کمبود شدید زیرساخت‌های فیزیکی و منابع انسانی سلامت و توزیع ناکافی آن‌ها، و بی‌عدالتی در ارایه خدمات بین مناطق جغرافیایی و گروه‌های جمعیتی مواجه بود (10). دغدغه اصلی نظام سلامت ترکیه، بهبود وضعیت سلامت، پوشش کافی و افزایش کیفیت و بهبود حاکمیت و اثربخشی خدمات سلامت بود (11). این کشور در یک دوره زمانی نسبتاً کوتاه، موفق به پوشش همگانی بیمه سلامت شد و به سطوح بالایی از محافظت مالی و عدالت و رضایت بیماران دست یافت. راهبرد پوشش همگانی سلامت، درون طرح بزرگ تحول در نظام سلامت این کشور گنجانده شد و این طرح از سال 2003 به منظور بهبود اثربخشی نظام سلامت از طریق بهبود حاکمیت، کارایی و رضایت بیماران و خدمت‌گیرندگان آغاز گردید (12). اکنون نظام سلامت در ترکیه نه تنها به نقطه مطلوبی در مقایسه با دیگر کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه[1] و اتحادیه اروپا رسیده بلکه با سرعت شکاف‌های موجود در شاخص‌های سلامت، پاسخگویی و تأمین مالی عادلانه را نیز پر کرده است (9).

هدف این مطالعه، درک سیر تحولات نظام سلامت و علل و چگونگی استقرار طرح تحول سلامت و ارزیابی چگونگی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت می‌باشد. یادگیری از آموزه‌ها و تجارب به دست آمده از کشور ترکیه و بهره‌گیری از این آموزه‌ها می‌تواند در طی مسیر اجرای اصلاحات نظام سلامت ایران و سایر کشورها به سمت پوشش همگانی مفید باشد.

روش کار

داده‌های این پژوهش از طریق مطالعه مستندات شامل مقالات، گزارش‌های رسمی انتشار یافته و اسلایدها با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای خارجی از جمله PubMed, Scopus, Web of Science، وب‌سایت بانک جهانی و سازمان جهانی

[1] OECD

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

بهداشت به دست آمد. بخشی از داده‌های مطالعه از مستندات حاصل از بحث‌های دور میزی[2] (دو بحث صورت گرفته یکی در ایران و دیگری در کشور ترکیه) با حضور خبرگان حوزه سلامت کشور ترکیه (به ترتیب هفت و سه نفر) و ایران (12 و 14 نفر) و نیز گزارش بازدیدهای دوره‌ای از نظام سلامت ترکیه توسط صاحب‌نظران نظام سلامت کشور گردآوری گردید. ارزیابی علل موفقیت ترکیه در اجرای طرح تحول سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن بر اساس چارچوب سازمان جهانی بهداشت (2000) کارکردهای نظام سلامت شامل تولیت، تأمین مالی، ارایه خدمات سلامت و منابع انسانی و تجهیزاتی و آموزشی و اهداف نهایی عملکردی آن صورت گرفت (13). برای ارایه یافته‌های مطالعه، ابتدا مروری بر بافتار سیاسی، اقتصادی و سیر تکاملی سیاست‌های سلامت و اصلاحات اخیر انجام شده در کشور ترکیه خواهیم داشت. سپس تجربیات به دست آمده از ترکیه را در حیطه‌های مختلف کارکرد نظام سلامت مرور خواهیم نمود.

بافتار سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ترکیه: ترکیه کشوری است با جمعیتی بالغ بر 74/5 میلیون نفر که بیش از دو سوم آن در گروه سنی فعال قرار داشته و گروه‌های سنی غیرمولد کمتر از 15 سال و بالای 65 سال به ترتیب 25/3% و 7/3% می‌باشد (14). این کشور در دسته کشورهای با درآمد متوسط به بالا است که در دهه گذشته شاهد رشد اقتصادی و توسعه چشمگیری بوده است. بر اساس اعلام بانک جهانی و سازمان توسعه همکاری‌های اقتصادی اروپا، ترکیه در سال 2011 میلادی با داشتن درآمد ناخالص داخلی بیش از 775 میلیارد دلار و سرانه درآمد ناخالص ملی 16940 دلار، هفدهمین اقتصاد بزرگ دنیا به شمار رفت (12 و 15). در طول دهه گذشته، ترکیه یکی از نمونه‌های موفق اقتصاد جهانی بوده است. درآمد سرانه این کشور سه برابر، تولید ناخالص داخلی دو برابر و میزان صادرات آن چهار برابر شده است و رشد اقتصادی معادل 5% در سال را تجربه کرده است. از سال 1995 هزینه‌های عمومی سلامت از 1/8% به 5/1% تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است (8). رشد درآمد در ترکیه به همراه تغییر مالیات‌ها از مستقیم به غیرمستقیم، کاهش بخش اشتغال غیررسمی، افزایش مشارکت‌های عمومی و کاهش پرداخت‌های بهره، فضا را برای افزایش هزینه‌های اجتماعی دولت بهبود داد و هزینه‌های سلامت و بازنشستگی در مخارج دولت تفوق یافت که این خود بهبود پیامدهای اجتماعی در دوران اخیر را توضیح می‌دهد. شاخص‌های اجتماعی در نتیجه رشد اقتصادی بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته و هزینه‌های دولت در بخش ارایه خدمات عمومی افزایش یافته است. مرگ و میر نوزادان کاهش چشمگیری داشته و امید به زندگی از 65 سال به 75 سال رسیده است. دسترسی به خدمات سلامت در نتیجه اجرای طرح تحول سلامت نیز افزایش یافته است. سیاست‌های مالی و پولی جزو اصلی برنامه تحول بوده که عامل این موفقیت‌ها به شمار می‌رود. سیاست‌های مالی احتیاطی[3] نیز فضای مالی را برای تلطیف عوارض بحران جهانی سال‌های 2008 و 2009 ایجاد کرد (15).

سیر تکاملی سیاست‌های سلامت در ترکیه: اصلاحات سلامت فرآیندی پیچیده است که تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای تاریخی، سیاسی، اقتصادی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌باشد. این عوامل در پیش بردن اصلاحات سلامت به سوی قرار گرفتن در دستورکار سیاست‌گذاری ترکیه و پایداری آن در طول پذیرش و اجرا کمک شایانی نمودند (16). سیاست‌های سلامت ترکیه در فاصله سال‌های 1960 تا 1980 دستخوش تحولات مهمی شد. سنگ‌بنای اصلاحات ترکیه، قانون ملی شدن خدمات سلامت بود که در سال 1961 تصویب شد و زاده بلندپروازی جهت تأسیس یک نظام سلامت مساوات‌طلبانه بود که از طریق مالیات عمومی تأمین مالی شود. در این فاصله، مقدمات بیمه سلامت عمومی پایه‌ریزی شد. پس از کودتای سال 80 میلادی، اولین تغییرات در سیاست‌های سلامت، تغییرات در وظایف و مسؤولیت‌های دولت در خدمات سلامت بود. ماده 60 قانون اساسی سال 1982 برخورداری از تأمین اجتماعی را حق شهروندان اعلام کرد و بدین ترتیب وظیفه دولت از ارایه‌کننده خدمت به متولی و تنظیم‌کننده مقررات تغییر کرد. "قانون پایه‌ای مراقبت‌های سلامت" برای اصلاح نظام بهداشت و درمان در سال 1987 تصویب شد. در سال 1990 سازمان برنامه‌ریزی ترکیه، نقشه راه بخش سلامت را تدوین نمود که سرآغاز اصلاحات نظام سلامت ترکیه بود. اجزای اصلی این اصلاحات، ایجاد بیمه همگانی سلامت از طریق گردهم‌آوردن سازمان‌های تأمین اجتماعی زیر یک چتر، توسعه خدمات اولیه سلامت در چارچوب پزشک خانواده، تمرکززدایی، خودگردانی بیمارستان‌ها، جدایی خریدار از ارایه‌دهنده، توسعه نظام‌های اطلاعات مدیریت و افزودن یک ساختار به ساختار نظام بهداشت و درمان جهت طراحی و نظارت بر مراقبت‌های پیشگیری بود (11 و 17). در سال 1993 سند "سیاست ملی سلامت" تصویب شد که اهداف زیر را دنبال می‌نمود: نظام مدیریت سلامت غیرمتمرکز، طرح

[2] Round table discussion

[3] Prudent

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

پزشک خانواده برای مراقبت‌های اولیه سلامت، سیاست مدلل نیروی انسانی و پرداخت بر اساس عملکرد، نظام بیمه عمومی سلامت، عقد قرارداد و رقابت بین ارایه‌دهندگان. به دلیل مخالفت‌های سازمان نظام پزشکی و تغییر دولت در آن سال، این سند از دستور کار خارج شد. برنامه‌های توسعه ششم، هفتم و هشتم توسعه نیز برخی از اجزای این سند از جمله برقراری نظام ارجاع مؤثر، متنوع نمودن منابع تأمین مالی و تخصیص یارانه به بخش خصوصی، سازمان‌دهی مجدد وزارت بهداشت را انعکاس داده بودند (11). ترکیه در حالی وارد قرن 21 شد که توافق گسترده‌ای در مورد لزوم تقویت تولیت نظام سلامت و معرفی پوشش همگانی و توسعه ارایه خدمات در ترکیه حاصل شده بود (9). در سال 2003، دولت "برنامه تحول سلامت[4]" را به منظور تقویت عملکردهای اصلی نظام سلامت شامل نقش جدید برنامه‌ریزی و حاکمیت برای وزارت بهداشت، تأمین مالی و نظام بیمه عمومی سلامت، سازماندهی مجدد ارایه خدمات از طریق برنامه پزشک خانواده تدوین نمود (10 و 11). فلسفه برنامه تحول سلامت، بر حقوق مردم استوار بود و اقداماتی را برای بهبود سلامت مردم، افزایش دسترسی به بیمه سلامت برای همه شهروندان، تضمین ارایه خدمات با کیفیت مناسب و ایجاد نظام سلامت بیمارمحور به منظور کاهش نابرابری دسترسی به خدمات و پیامدهای سلامت به ویژه برای زنان و کودکان برنامه‌ریزی نمود. تعامل عوامل متعددی از جمله محیط سیاسی نابسامان کشور، بی‌ثباتی اقتصاد و عملکرد ضعیف بخش سلامت باعث گسترش انتظارات برای ایجاد تغییرات اساسی در نظام سلامت و ایجاد بافتار پذیرا گردید. به دنبال به قدرت رسیدن حزب عدالت و توسعه و ثبات سیاسی، دولت جدید در سال 2003 سلامت را یک اولویت قرار داد و وزارت بهداشت برنامه تحول سلامت را طراحی نمود (10).

دولت جدید به درستی شرایط اضطراری لزوم تحول نظام سلامت و اهمیت کاستن از بی‌عدالتی بین مناطق در دسترسی به خدمات سلامت و اجتماعی را درک کرد و متوجه بود که در صورت عدم اجرایی نمودن وعده‌های انتخاباتی خود مبنی بر خدمت‌گزاری دولت به شهروندان که تحول عظیمی در فرهنگ سیاسی ترکیه بود -محبوبیت عمومی خود و ثبات و آرامش اجتماعی را از دست خواهد داد. مثال بارز تعهد سیاسی، حمایت نخست وزیر برای تغییر و افزایش بودجه عمومی اختصاص داده شده به سلامت از 11/5% در سال 2000 به 16/5% در سال 2008 است (9). تعامل عوامل زمینه‌ای تاریخی، سیاسی و جمعیت‌شناختی بین سال‌های 2002 تا 2012 باعث ایجاد شرایط مناسب برای اصلاحات گردید؛ از جمله موجود بودن برنامه‌های اصلاح بخش سلامت، تعهد سیاسی قوی و ثابت بودن تیم تحول، جمعیت جوان و داشتن نیازهای کم هزینه‌تر از نظام سلامت (16).

برنامه‌ریزی، اجرا و پایش این برنامه به مدت ده سال بر عهده یک تیم رهبری تغییر، متشکل از وزیر بهداشت، معاونین و مدیران اجرایی بخش‌ها بود که از حمایت گسترده نخست وزیر و کابینه برخوردار بود. هم‌چنین جلب موافقت استانداران و مسؤولان محلی سلامت و ذی‌نفعان، ایجاد کانال‌های ارتباطی مستقیم بین مسؤولان استانی و تیم تغییر و ارایه بازخورد به استان‌ها باعث ایجاد فضای اعتماد دو طرفه و ترغیب طرفین به در اختیار قرار دادن اطلاعات و در نتیجه افزایش فرآیند یادگیری و بهبود مداوم و اجرای سریع برنامه تحول سلامت می‌شد (10). از سوی دیگر پذیرش خدمات از سوی مردم باعث مشارکت آن‌ها در فرآیند ارایه خدمت شده و توسعه سیاست‌های سلامت با جلب رضایت آن‌ها و توجه به ارزشیابی آن‌ها صورت می‌گرفت بانک جهانی نیز در سال 2004 با اعطای وام به ترکیه از طرح تحول سلامت پشتیبانی نمود (11).

تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت: طرح تحول سلامت یک طرح با رویکرد مردم محور، ائتلافی، تمرکززدایانه و رقابتی بود. ساختاربندی مجدد اصولی مانند تعریف مجدد نقش و مسؤولیت‌های وزارت بهداشت از پیش‌شرط‌های دست یازیدن به این اهداف بود (9). هدف اصلی برنامه تحول سلامت، تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت، تقویت نقش تولیتی و سیاست‌گذاری آن، راهبری فعالیت‌ها به منظور استفاده بهینه از منابع مالی سلامت و واگذاری مسؤولیت‌های اجرایی (عملیاتی) به سازمان‌های جدید بود (11). در فاصله سال‌های 1987 تا 2002 تلاش‌هایی در جهت بازنگری نقش وزارت بهداشت صورت گرفت و اقدامات اولیه‌ای نیز در سال 1954 به عمل آمد و در مراحل اولیه اجرای برنامه، چارچوبی برای سازماندهی مجدد وزارت بهداشت در مجلس اعلای ملی به تصویب رسید ولی به علت مخالفت رئیس‌جمهور این چارچوب اجرایی نشد (10). با تصویب و ابلاغ قانون مدیریت عمومی کشور[5] در طی سال‌های 6-2005 اجازه تغییرات بنیادی در ترتیبات حاکمیتی بخش سلامت صادر شد. طبق این قانون، سازمان مرکزی وزارت بهداشت برچیده شد و مسؤولیت‌های اجرایی مربوط به سلامت عمومی، انعقاد قراردادها، ارایه خدمات سلامت و ارزیابی فن‌آوری

[4] Health Transformation Programme

[5] Public Administration Framework Law

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

سلامت به سازمان‌های نیمه‌دولتی مستقل و شهرداری‌ها تفویض شد. وزارت بهداشت فعالیت‌های خود را بر تدوین راهبرد و سیاست، ارزیابی عملکرد نظام سلامت، نظارت بر پاسخگویی و هماهنگی‌های بین‌بخشی و اجرای برنامه‌های ملی مانند واکسیناسیون، مبارزه با سل و مالاریا معطوف نمود (11). در سال 2012، ساختار وزارت بهداشت به منظور تطابق با تغییرات مدیریتی و اجرایی نظام جدید مراقبت سلامت تغییر کرد. در ساختار جدید، واحدهای اجرایی نظام قدیم مانند برنامه‌های عمودی[6] گذشته حذف و هیأت مدیره ستادی جدید تأسیس شدند. دو ستاد مدیریتی خودگردان، انستیتوی بیمارستان‌های دولتی[7] و دفتر تجهیزات پزشکی و دارویی ترکیه[8] مورد توجه ویژه قرار گرفتند. اولی برای ساختار بازسازی شده بیمارستان‌های دولتی تأسیس شد و اجرای قانون انجمن بیمارستان‌های دولتی در سال 2013 شروع شد. طبق این قانون به بیمارستان‌های دولتی ترکیه، در ازای پاسخگویی مالی، خودگردانی مالی و مدیریتی اعطا می‌شد. دفتر تجهیزات پزشکی و دارویی از سوی دیگر برای تنظیم این بازار تأسیس شد (16).

نظام تأمین مالی: یکی از اهداف اصلی اجرای برنامه تحول سلامت ترکیه، یافتن راهکاری برای چالش‌های مالی نظام سلامت این کشور بود. چالش اول مربوط به سهم پایین هزینه‌ها در بخش سلامت بود و مشکل دوم مربوط به نظام بیمه سلامت چندپارچه و ناعادلانه‌ای بود که باعث پوشش ناکافی فقیرترین افراد جامعه و افزایش پرداخت از جیب و در نتیجه بروز هزینه‌های کمرشکن شده بود (10). در فاصله سال‌های 2008-2003 همزمان با معرفی برنامه تحول سلامت، رشد اقتصادی پایدار و ایجاد فضای مناسب برای سرمایه‌گذاری در بخش دولتی، هزینه‌های سلامت نیز افزایش یافت. در سال 1990 کل هزینه‌های سلامت در ترکیه 2/7% از تولید ناخالص داخلی بود و در سال 2010 مقدار آن به 6/74% افزایش یافت (10 و 12). منابع تأمین مالی سلامت در سال 2008 به ترتیب 43/9% از تأمین اجتماعی، 27/6% از دیگر منابع دولتی و 17/4% از طریق پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌شد (18). در سال 2011 سهم هزینه‌های بخش خصوصی از کل هزینه‌های سلامت 25/1% بود که از این مقدار 64/4% از محل پرداخت از جیب بود. موفقیت ترکیه در کاهش پرداخت از جیب به دلیل کانالیزه نمودن آن‌ها در پیش‌پرداخت‌ها و یا از طریق منابع درآمدهای دولتی بوده است. دولت ترکیه در این برهه، سازوکار قیمت‌گذاری تأیید و توزیع دارو را نیز تغییر داد و بر کاهش بار مالی هزینه‌های دارویی تمرکز نمود. این کشور سیاست‌های مختلفی مانند قیمت‌گذاری مرجع داخلی و خارجی، تخفیفات عمومی، بودجه گلوبال و ارزیابی فن‌آوری سلامت را برای کاهش سهم هزینه‌های دارویی از کل هزینه‌های سلامت به مورد اجرا گذاشت. نتیجه اعمال این سیاست‌ها، تحت کنترل در آوردن هزینه‌های دارویی بود (16).

در حیطه بیمه سلامت، طرح کارت سبز که یک برنامه بیمه سلامت غیرمشارکتی است و از طریق بودجه دولتی اداره می‌شود در سال 1992 آغاز شد و تعداد بیمه‌شدگان آن از 2/5 میلیون نفر در سال 2003 به 9/1 میلیون نفر در سال 2011 رسید (18). در ژانویه سال 2012 برنامه کارت سبز در بیمه فراگیر سلامت[9] ادغام شد و تغییراتی در جریان منابع مالی به وجود آمد و منابع این طرح از وزارت دارایی به بیمه تأمین اجتماعی[10] انتقال یافت. شناسایی، صدور کارت و پایش بیمه‌شدگان کارت سبز تحت قوانین بیمه همگانی سلامت است. شناسایی افراد فقیر برای پوشش توسط بودجه عمومی، توسط سیستم خدمات مددکاری اجتماعی یکپارچه[11] وزارت سیاست‌های اجتماعی و امور خانواده[12] انجام می‌شود (12).

نظام پرداخت: در حال حاضر پرداخت از جیب بابت دریافت خدمات سلامت ترکیه پایین است و حالت پیشرونده دارد. خانوارهای واقع در بالاترین دهک در سال 2008 به ترتیب 1/97 و 2/37 درصد از کل مخارج و هزینه‌های غذایی خود را صرف سلامت کرده‌اند که در مقایسه با 1/43 و 2/37 درصد در پایین‌ترین دهک نشان‌دهنده سیستم پیشرونده است. همچنین درصد خانوارهایی که به دلیل هزینه‌های سلامت به ورطه فقر می‌افتند از 0/8% در سال 2003 به 0/3% در سال 2008 رسیده است. میزان فرانشیز برای دارو 20% است؛ به جز بازنشستگان که برای آن‌ها 10% است (19). به بیمارستان‌های خصوصی اجازه دریافت تا 70% بیش از تعرفه‌های بیمارستان‌های تأمین اجتماعی به منظور جبران یارانه‌های سمت عرضه بیمارستان‌های دولتی داده شده است. در سال 2010 سیستم طبقه‌بندی جدیدی برای بیمارستان‌های خصوصی اجرا شد که این بیمارستان‌ها به

[6] برنامه‌های عمودی: این برنامه‌ها که به عنوان برنامه‌های مستقل، مدیریت بیماری‌ها و یا برنامه‌های کنترل بیماری‌ها نیز شناخته می‌شوند به مداخلاتی گفته می‌شود که بودجه و ستاد اجرایی جداگانه‌ای داشته و ساختار، تأمین مالی و فرآیند متفاوت اما منضم به نظام سلامت دارند.

[7] Public Hospitals Institution

[8] Turkish Pharmaceutical and Medical Device Agency

[9] Universal Health Insurance

[10] SSI

[11] Integrated Social Aid Services System

[12] Ministry of Family Affairs and Social Policies

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

پنج دسته تقسیم شدند (کلاس A-E). بیمارستان‌ها بر اساس طبقه خود مجاز به دریافت تا بیش از 30 تا 70 درصد تعرفه‌ها شدند (12).

توسعه بیمه سلامت و یکپارچگی سازمان‌های بیمه: تا پیش از معرفی برنامه تحول سلامت در سال 2003، نظام سلامت ترکیه به عنوان بیمه اجتماعی سلامت شناخته می‌شد که توسط صندوق‌های بیمه غیرانتفاعی سازماندهی شده و از طریق مشارکت‌های بیمه اجتماعی تأمین مالی می‌شد (20). در سال 2003 تقریباً 70% جمعیت ترکیه تحت پوشش پنج طرح بیمه جداگانه بودند. سازمان بیمه اجتماعی (SSO)[13]، حق بیمه را براساس حقوق و دستمزد جمع‌آوری می‌کرد و بیش از 30 میلیون نفر را تحت پوشش داشت. این سازمان، بیمه اجتماعی را به کارکنان بخش خصوصی و کارکنان یقه آبی بخش دولتی ارایه می‌داد. دومین برنامه، صندوق بازنشستگان مأمورین دولتی[14] بود که برای مستخدمین شهری بازنشسته فعالیت می‌کرد و تأمین مالی آن با مشارکت مستخدمین شهری شاغل انجام می‌شد. این بیمه خدمات را از مراکز دولتی، دانشگاه‌ها و بخش خصوصی خریداری می‌کرد. سومین برنامه، کارمندان شاغل را پوشش می‌داد که هزینه‌های سلامت آنان از طریق تخصیص بودجه دولتی تأمین مالی می‌شد. سازمان بیمه‌گر بگ‌کور[15] که ارایه دهنده یک طرح بیمه‌ای برای خویش‌فرمایان است، برای اصناف و مشاغل آزاد پوشش بیمه‌ای خاصی را ارایه می‌کرد. این مؤسسه، خدمات بیمه‌ای را برای آن گروه از افرادی که هیچ گونه قرارداد استخدامی با کارفرما نداشتند و در گروه کارکنان و کارگران دولتی قرار نمی‌گرفتند، ارایه می‌داد. طرح پنجم، طرح کارت سبز است که گروه‌های جمعیتی که زیر یک میزان مشخص درآمد دارند را با بودجه دولتی پوشش می‌داد (21). طرح کارت سبز، بیشتر یک طرح حمایتی بود تا بیمه‌ای و خدمات ناکافی آن و عدم اطلاع‌رسانی صحیح در مورد آن مانع پیوستن مردم به این طرح شد و میزان بهره‌مندی شهروندان از آن پایین بود. از سال 2004، برنامه تحول سلامت، سازوکارهایی را برای شناسایی شهروندان نیازمند و گسترش خدمات طرح کارت سبز ایجاد نمود. در سال 2004، مزایای کارت سبز توسعه یافت و دسترسی به خدمات سرپایی و دارویی فراهم شد و با مزایای دیگر برنامه‌های بیمه سلامت هم‌تراز شد و پوشش جمعیت فقیر فاقد بیمه نیز به سرعت گسترش یافت (10). مجلس ترکیه در سال 2006 قانون بیمه عمومی سلامت و بیمه اجتماعی را با هدف تأمین مالی خدمات پیشگیرانه و درمانی با کیفیت بالا برای همه تصویب کرد (22). به دنبال تصویب قانون 5502 توسط مجلس عالی ملی ترکیه مقرر گردید سه طرح بیمه (Ba˘g-Kur ,SSO ,GERF)، در بیمه سلامت عمومی ادغام شده و تحت نظارت سازمان تأمین اجتماعی قرار گیرند (21). از زمان ارایه پیش‌نویس این قانون در سال 2003، بسیاری از اتحادیه‌های بازرگانی عموم مردم و دانشگاهیان با تأکید بر این که این قانون، حقوق تأمین اجتماعی و همبستگی در جامعه را تضعیف می‌کند با آن به مخالفت پرداختند. متعاقب این اعتراضات، دادگاه قانون اساسی بخش‌هایی از قانون را حذف و مورد بررسی مجدد قرار داد. این قانون در سال 2008 جنبه اجرایی به خود گرفت. هدف این قانون، ادغام سازمان بیمه اجتماعی[16]، صندوق کارکنان بازنشسته دولت[17]، باگ کور[18] و تأسیس یک سازمان تأمین اجتماعی واحد بود. در سال 2006، سازمان واحد تأمین اجتماعی بنابر قانون پیشگفت در سازمان تأمین اجتماعی[19] تشکیل شد. پیش از تشکیل زیرساختارهای قانونی و سازمانی بیمه عمومی سلامت[20] تلاش‌هایی در جهت هماهنگی سازمان‌های موجود تأمین اجتماعی صورت گرفت. یک کمیته بازپرداخت توسط وزارت دارایی تشکیل شد. در همان سال دارندگان کارت سبز تحت پوشش خدمات سرپایی قرار گرفتند و بیمارستان‌های تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت واگذار شد و داروخانه‌های تأمین اجتماعی بسته شد و یک گام ضروری برای اجرای اصلاحات ساختاری یعنی جدا کردن پرداخت‌کننده از ارایه‌کننده برداشته شد و وظایف تأمین مالی از سازمان تأمین اجتماعی منفک گردید. بیمه‌شدگان این سازمان اختیار یافتند تا به مراکز خصوصی مانند دیگر بیمه‌شدگان بگ کور و صندوق کارکنان بازنشسته دولت دسترسی داشته باشند (22). در ژانویه سال 2010، طرح بیمه سلامت کارکنان شاغل و در سال 2012 طرح کارت سبز نیز به سازمان تأمین اجتماعی پیوستند و بدین ترتیب طرح یکپارچه بیمه سلامت عمومی اجرا شد. منابع لازم جهت افزایش مزایای کارت سبز، پوشش حق بیمه افراد و نیز افزایش تعداد ارایه‌کنندگان خصوصی و دولتی از محل درآمدهای دولت تأمین شد. علی‌رغم مخالفت‌های شدید سازمان تأمین اجتماعی

[13] Social Security Organization
[14] Government Employ ees Retirement Fund (GERF)
[15] Bag-Kur
[16] SII
[17] Government Employee's Retirement Fund (GERF)
[18] SII for the self-employed (Bag-Kur)
[19] Social Security Institution (SSI)
[20] GHI

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

و اتحادیه‌های کارگری با این تغییر بنیادی، تأیید برنامه تحول از سوی اکثریت مردم باعث افزایش مشروعیت این برنامه و نیز افزایش حمایت نخست‌وزیر و کابینه دولت از برنامه و همچنین افزایش قدرت چانه‌زنی وزیر بهداشت در دولت شد. ایجاد سازمان تأمین اجتماعی باعث شفافیت روابط خریدار و ارایه‌کننده شد. یکپارچه‌سازی پنج طرح بیمه باعث به‌وجود آمدن یک منبع مشترک برای کاهش خطر مالی، تسهیم کارآمد منابع بین همه گروه‌های درآمدی، جلوگیری از هزینه‌های کمرشکن و ارایه بسته جامعی از خدمات شد (10).

شیوه و سطح ارایه خدمات سلامت

توسعه بسته خدمات اولیه سلامت: در سال 1998 بیمه‌های مختلف، بسته‌های خدمات متفاوتی را ارایه می‌دادند و علی‌رغم سطح پوشش معقول، بیشتر مردم به منظور دریافت خدمات با کیفیت و پاسخگویی بیشتر به بخش خصوصی تمایل داشتند. اغلب پزشکان حقوق بگیر بودند اما دستمزد پایین خود را با زیرمیزی در بخش دولتی و کار نیمه‌وقت در بخش خصوصی جبران می‌کردند. غیبت‌های فراوان و بهره‌وری و کارایی فنی پایین به خصوص در بخش مراقبت‌های اولیه و ارجاعات غیرضروری به خدمات تخصصی سرپایی شایع بود (9).

پیش از اجرای برنامه تحول سلامت، خدمات مراقبت‌های اولیه در ترکیه در سه سطح مطابق با قانون ملی شدن مراقبت‌های سلامت مصوب سال 1961 ارایه می‌شد. سطح اول که به وسیله ماماها اداره می‌شد خانه بهداشت نام داشت. سطح دوم شامل مراکز مراقبت‌های اولیه بود و به وسیله تیمی متشکل از یک پزشک، یک پرستار و یک ماما اداره می‌شد. سطح سوم در استان‌ها شامل مراکز بهداشتی بود که خدماتی برای سلامت مادران و کودکان و خدمات تنظیم خانواده و ارایه دارو برای بیماران مسلول را بر عهده داشت. با وجود این، کمبود محسوسی در زیرساخت‌ها و کارکنان سلامت و مهارت‌های مورد نیاز مشاهده می‌شد. در سال 2005، برنامه تحول سلامت، الگوی مراقبت‌های اولیه با محوریت پزشک خانواده و تأکید بر افزایش منابع در سه سطح معرفی نمود -مراکز مراقبت‌های اولیه مبتنی بر پزشک خانواده در همه استان‌ها توسعه یافت (10). در حال حاضر، بسته خدمات طی دو مرحله تدوین می‌شود: قانون 5510 محتوای کلی بسته که باید تحت نظام بیمه‌ای پوشش داده شود را به طور عمومی تعیین می‌کند و در مرحله بعد سازمان تأمین اجتماعی[21] تعیین می‌کند که کدام یک از تجهیزات تشخیصی، درمان‌ها و داروهای موجود پوشش داده شوند و همچنین کدام رویه‌های درمانی و روش‌های تشخیصی جدید به بسته خدماتی که تأمین مالی دولتی می‌شوند وارد گردد. جدول قیمت[22] کلیه خدمات تحت پوشش بیمه عمومی توسط کمیسیون قیمت‌گذاری خدمات سلامت تعیین می‌شود که توسط سازمان تأمین اجتماعی پایه‌ریزی شده است. این کمیسیون متشکل از نمایندگان وزارت کار و تأمین اجتماعی، وزارت اقتصاد، خزانه‌داری، وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌ریزی دولتی و مدیر کل بیمه عمومی سلامت سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد و هیچ نماینده‌ای از صنف متخصصان پزشکی یا دیگر حرف وابسته به سلامت در آن حضور ندارند اما قبل از تصمیم‌گیری نهایی ممکن است با برخی متخصصان رایزنی‌هایی صورت بگیرد. سازمان تأمین اجتماعی، مسؤولیت تعیین نرخ مشارکت[23] برای دارو و تجهیزات پزشکی را بین 10 الی 20% از کل مبلغ و نیز تعیین میزان مشارکت و پرداختی‌های مازاد را در چارچوب قانون و تصمیمات شورای وزیران بر عهده دارد (20). جدول 1، بسته خدمات برای کلیه دهک‌های درآمدی را نشان می‌دهد.

اجرای برنامه پزشک خانواده: برنامه پزشک خانواده با تصویب قانون ملی شدن مراقبت‌های سلامت تأسیس شد لیکن به دلیل عدم حصول اهداف مورد نظر در این قانون، اجرای آن به صورت پایلوت و با انعقاد قرارداد و پرداخت به صورت سرانه مورد پذیرش واقع شد. تا سال 2009 این طرح در 33 استان از 81 استان ترکیه عملیاتی شد (17). در الگوی پزشک خانواده ترکیه، به پزشکان عمومی که در سطح اول یا دوم ارایه خدمات شاغل هستند اجازه ترک خدمت بخش دولتی و اشتغال به عنوان یک پزشک خانواده مستقل با حقوق سرانه داده می‌شود (22). همچنین پرداخت‌های مازاد برای هزینه‌های جاری مراکز ارایه خدمات، بر اساس وضعیت اقتصادی- اجتماعی شهرهای محل خدمت، برخی معیارهای عملکرد و نیز ارایه خدمات پیشگیری محاسبه شده و در نظر گرفته می‌شود. هر چند به دلیل این که مفاد قرارداد از طریق چانه‌زنی‌های جمعی تعیین نشده است، پزشکان عمومی نیز مجموعاً در قبال هزینه‌ها پاسخگو نیستند (20). طبق گزارش وزارت بهداشت (2008)، میزان خدمات سطح اولیه از 40 به 51 درصد و میزان رضایت‌مندی از خدمات ارایه شده توسط پزشک خانواده از 75 به 86 درصد افزایش یافته است (22).

[21] Sosyal Güvenlik Kurumu

[22] Fee schedule

[23] Co payment

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول 1- بسته خدمات برای کلیه دهک‌های درآمدی (12)

ردیف	بسته خدمات برای کلیه گروه‌های درآمدی
1	مراقبت‌های بهداشتی پیشگیری فردی شامل مراقبت‌های پیشگیری برای مواد اعتیادآور مضر برای سلامت
2	خدمات بستری و سرپایی شامل معاینات پزشکی، تست‌های تشخیصی، درمان، دندان کشیدن، دندان مصنوعی و عینک
3	مراقبت‌های بارداری سرپایی و بستری (کلیه خدمات دوران بارداری، تولد نوزاد، معاینات و تست‌های تشخیصی و سایر فرایندها)
4	بستری در بیمارستان برای موارد اورژانس و درمان
5	خدمات باروری IVF تا دوبار درمان
6	فراورده‌های خونی، مغز استخوان، واکسیناسیون، لوازم مصرفی پزشکی، تجهیزات پزشکی درمان در خارج از کشور
7	خدمات بهداشتی رایگان برای افراد کمتر از 18 سال بدون توجه به وضعیت پوشش بیمه‌ای آن‌ها
8	تجهیزات دارویی و پزشکی

منابع تجهیزاتی، انسانی وآموزشی

توسعه خدمات و ظرفیت‌های بیمارستانی: در فاصله سال‌های 1990 تا 2011 تعداد تخت به ازای هزار نفر جمعیت دو برابر شد. استراتژی اصلی برنامه تحول سلامت، بهره‌مندی از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی و هدف آن استفاده کارا از ظرفیت‌های موجود کشور بود. در سال 2010 سازمان تأمین اجتماعی با 421 بیمارستان خصوصی قرارداد منعقد کرد تا در ازای پرداخت فرانشیز توسط بیماران به آن‌ها خدمات تشخیصی و درمانی ارایه نمایند. بخش خصوصی همگام با تدوین قوانین بیشتر توسط دولت توسعه یافت. بدین ترتیب که وزارت دارایی و اقتصاد، نظارت و کنترل دقیقی بر بیمارستان‌های خصوصی و به ویژه مالیات آن‌ها اعمال نمود و وزارت بهداشت نیز مقررات جدیدی برای اعتباربخشی و برنامه‌ریزی نیروی انسانی و استانداردهای کیفیت اعلام نمود. علاوه بر این هر دو وزارتخانه رضایت‌مندی و شکایت‌های کاربران بخش خصوصی را پایش می‌نمودند و در صورت لزوم مداخله لازم انجام می‌گرفت. بیش از 90% بیمارستان‌های خصوصی با سازمان تأمین اجتماعی قراردادهایی منعقد نمودند و سازمان تأمین اجتماعی به عنوان خریدار بر حجم خدمات و صحت مطالبات این بیمارستان‌ها نظارت می‌نمود و در صورت تخطی برای آن‌ها جریمه‌هایی مشخص می‌نمود یا این که قسمتی از مبلغ درخواستی بیمارستان‌ها را به حساب کسورات می‌برد. پس از افزایش نظارت‌های وزارت بهداشت، وزارت دارایی و سازمان تأمین اجتماعی، ابلاغ حکم‌های جدید از سوی دولت برای مدیریت بخش خصوصی نیز تسهیل شد. در سال 2008 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 سالانه تخت‌ها، خدمات ارایه شده و تعداد نیروی انسانی مورد نیاز این بخش را مشخص نمودند. در فاصله سال‌های 2002 تا 2011 متوسط طول اقامت بیماران در بیمارستان‌ها در سه گروه بزرگ بیمارستانی کاهش یافت. البته تأثیر این افزایش کارایی بر روی کیفیت خدمات مورد سنجش قرار نگرفت (10).

خودگردانی بیمارستان‌ها: در سال 2005 به منظور یکسان‌سازی سازوکارهای مدیریت و پرداخت در کلیه بیمارستان‌های دولتی و هموار ساختن راه برای خودگردانی بیمارستان‌ها، بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی (146 بیمارستان) با بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت ترکیب شدند. تعداد کلی بیمارستان‌های تحت مدیریت وزارت بهداشت در سال 2011 به 840 مورد رسید (10 و 11). در سال 2007 پیش‌نویس قانون خودگردانی بیمارستان‌ها به مجلس ارایه شد؛ لیکن به دلیل تأخیر در اجرای خودگردانی بیمارستان‌ها، برخی اصلاحات انتخابی با هدف اعطای خودگردانی و افزایش انعطاف‌پذیری در ارایه خدمات در چارچوبی با پاسخگویی بالا و با تأکید بر کیفیت، کارآمدی و اثربخشی به مورد اجرا گذاشته شد (22).

مدیریت منابع انسانی: در دهه 90 میلادی، نیروی انسانی بخش سلامت ترکیه با مشکلات عدیده‌ای مواجه بود (11). در سال‌های اواخر دهه 1990 و اوایل 2000، ترکیه کمترین تعداد پزشک، پرستار و همچنین کمترین نسبت پرستار به پزشک را در بین کشورهای اروپایی داشت. در سال 1990 به ازای هر هزار نفر جمعیت، 0/9 پزشک وجود داشت که این میزان در سال2000 به 1/3 به ازای هر هزار نفر جمعیت افزایش یافت. کمبود منابع انسانی باعث بروز نابرابری‌هایی در ارایه و دسترسی به خدمات در مناطق جغرافیایی مختلف و بین گروه‌های درآمدی مختلف شده بود. کمبود شدید نیروی انسانی، دستمزدهای ناکافی و مدیریت اجرایی ناکارآمد باعث پایین آمدن بهره‌وری شده بود. اشتغال همزمان متخصصان در دو بخش خصوصی و دولتی در سال 2002 نیز باعث اشتغال 89% آن‌ها در بیمارستان‌های خصوصی شده بود. برنامه تحول سلامت برای تأکید بر مشکلات مربوط به کمبود نیروی انسانی در نظام سلامت، به معرفی برنامه‌های جدیدی در حوزه منابع انسانی پرداخت (10). برنامه اول، قانون خدمت اجباری بود. فارغ‌التحصیلان جدید پزشکی و سایر متخصصان واجد شرایط باید به طور اجباری حدود 600-300 روز را به خدمت در مناطق

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

محروم به ویژه مناطق شرقی و جنوب شرقی ترکیه می‌پرداختند. کلیه فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های دولتی موظف به گذراندن دوره طرح اجباری شدند. متخصصان نیز باید بین 2-4 سال خدمت اجباری را بگذارنند در غیر این صورت اجازه طبابت در ترکیه را نخواهند داشت (16). برنامه دوم، شامل افزایش دستمزدها و مشوق‌های مبتنی بر عملکرد برای بیمارستان‌ها و مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه و افزایش پیوسته حقوق کارکنان سلامت بود (10). در طرح تحول سلامت، چارچوبی برای تعیین این مشوق‌ها از 150 تا 800% حقوق کارکنان سلامت، بسته به تخصص‌های مختلف و عملکرد کارکنان محاسبه شد. این فرمول در کلیه بیمارستان‌های وزارت بهداشت اجرایی شد و تعداد کارکنان سلامت شاغل در وزارت بهداشت به 100 هزار نفر افزایش یافت. علاوه بر این برنامه‌های آموزشی مجازی مدیریت بهبود عملکرد نظام سلامت و اجرای اصلاحات سلامت برای متخصصان و مدیران بیمارستان‌ها به اجرا در آمد (11). برنامه سوم، شامل انعقاد قراردادهای جدید با کارکنان سلامت و خرید خدمت از بخش خصوصی بود و این اقدام بر اساس حکم صادرشده برای تسهیل جذب کارکنان در مناطقی که مشکل جذب نیرو داشتند در سال2003 انجام شد. با معرفی استخدام قراردادی برای پرستاران و دیگر کادر بهداشتی درمانی، توزیع نیروی انسانی در کشور عادلانه‌تر شد (16).

برنامه چهارم، قانون تمام وقتی بود که به دنبال تصویب قانون آن در سال 2010 پزشکانی که تحت استخدام وزارت بهداشت بودند باید به طور تمام‌وقت در بیمارستان‌های دولتی خدمت می‌نمودند و مجاز به اشتغال همزمان در بخش خصوصی نبودند. این قانون جدید با مقاومت تعدادی از کارکنان 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 به ویژه استانبول و آنکارا از کار خود استعفا دادند (10 و 16).

بحث

نظام سلامت ترکیه از اوایل دهه 90 میلادی تغییرات شگرفی را تجربه کرده است. انگیزه‌های بازار در کنار اصلاحات مدیریتی منجر به بازتعریف نقش دولت و بازار در مراقبت سلامت شد (20). "سلامت برای همه" دیگر در ترکیه یک آرزو نیست. مقایسه شاخص‌های سلامت پیش و پس از آغاز برنامه تحول سلامت نشان می‌دهد که بهبود قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های اصلی مانند مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، دسترسی به و بهره‌مندی از خدمات و رضایت‌مندی بیماران به‌خصوص در مراقبت‌های اولیه به وجود آمده است. سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت از 27/6% در سال 2000 به 17/4% در سال 2008 رسید که این کاهش را می‌توان به بهبود پوشش سلامت جمعیت نسبت داد (9 و 14). در حال حاضر هزینه‌های کمرشکن سلامت فقط 0/4% از جمعیت ترکیه را به زیر خط فقر می‌برد (9). مطالعات نشان می‌دهد که میزان کلی رضایت شهروندان از خدمات سلامت از 39/5% در سال 2003 به 73/04% در سال 2010 رسیده است (14). بین سال‌های 2002 تا 2011 میزان امید به زندگی در ترکیه از 71 سال به 74 سال رسید (16).

سه دلیل عمده بهبود وضعیت نظام سلامت ترکیه را می‌توان چنین برشمرد: اول، تعهد سیاسی در بالاترین سطوح و قرار گرفتن سلامت در دستور کار سیاسی بدون هیچ گونه تغییری در طول دوران ثبات سیاسی و رشد اقتصادی پایدار؛ دوم، تغییر نقش وزارت بهداشت از یک وزارتخانه ضعیف به یک متولی و رهبر قاطع در عرصه سلامت؛ و سوم، درک این که بهبود عملکرد نیازمند طراحی مناسب مشوق‌های مالی و غیر مالی به منظور افزایش رضایت‌مندی متخصصان و کارکنان بخش سلامت است (9). البته هنوز پس از اصلاحات، قدرت مدیریت، کنترل و تنظیم بودجه مانند قبل در دست دولت باقی‌مانده و بازیگران سازمانی، مشارکت بسیار محدودی دارند. این گروه از ذی‌نفعان تقریباً هیچ تأثیری در شکل دادن به اصلاحات نداشته‌اند زیرا دولت ترکیه آن‌ها را از فرآیند سیاست‌گذاری کنار گذاشته است و عوامل خودتنظیمی را در روش‌های جدید حاکمیتی وارد نکرده است. خودرهبری[24] حرفه‌ای محدود به صدور پروانه، مدرک و پایش رفتار حرفه‌ای بوده و تأثیر کمی بر تنظیم بسته خدمات، تأمین مالی و یا روش‌های بازپرداخت داشته است. به علاوه صندوق واحد[25] در ظاهر خودتنظیم‌کننده[26] است چرا که مدیران آن‌ها توسط مقامات سیاسی مرکزی منصوب می‌شوند و نقش نقش‌آفرینان سازمانی در مدیریت بسیار محدود است (20). در سمت عرضه مراقبت‌های سلامت، نیروی کار ترکیه بین سال‌های 2002 تا 2012 نزدیک به 36% رشد داشته است. علی‌رغم موفقیت اصلاحات نیروی انسانی در بازسازی تعداد،

[24] Self-governance
[25] Single payer
[26] Self-regulatory

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

توزیع و فراهمی نیروی متخصص، یکی از نگرانی‌های اصلاحات سلامت ترکیه، واکنش کارکنان سلامت به تغییرات در سیاست‌های نیروی انسانی است. نارضایتی کارکنان ممکن است تعهد و انگیزه آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار داده و عملکرد و پایداری اصلاحات را تحت تأثیر قرار دهد. نتایج یک مطالعه کیفی که با هدف تعیین نقطه‌نظرات کارکنان در مورد طرح تحول سلامت ترکیه انجام شده است نشان می‌دهد که آن‌ها نگرانی‌هایی را در زمینه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد -که هدفش افزایش تعداد ویزیت‌های روزانه متخصصان است اما در میان مدت ممکن است کیفیت و ایمنی خدمات سلامت ارایه شده را تنزل دهد- دارند. موارد دیگر نگرانی در مطالعه ذکر شده عبارت بودند از سازوکار ثبت شکایات در پی اجرای برنامه تحول سلامت و قانون کژکاری حرفه‌ای بر علیه متخصصان که انگیزه آن‌ها را در انجام جراحی‌های پر خطر ضروری کاهش می‌دهد (16).

ترکیه هنوز در زمینه ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مقایسه با سایر کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه فاصله زیادی دارد. عدم تمرکز بر شاخص‌های پیامدی کیفیت، یکی از چالش‌های نظام سلامت ترکیه در راستای ارتقای کیفیت خدمات بوده است. با وجود برخی راهکارهای ارایه شده از جمله ارایه بازخورد به سیاست‌گذاران، تشویق فعالیت‌های بهبود، درگیر نمودن تمامی ذی‌نفعان در فرایند تعریف استانداردهای کیفیت، تشویق به استفاده از روش‌های خودارزیابی و توسعه راهنماهای بالینی و پروتکل‌ها و علی‌رغم استقرار نظام اطلاعات سلامت در بیشتر بیمارستان‌های ترکیه به دلیل تغییر ماهیت بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن، دغدغه کیفیت خدمات هم چنان وجود دارد (23). تجربه کشور ترکیه سه درس مهم برای کشورهای با درآمد متوسط به بالا دارد. یکی از آموزه‌های مهم، ضرورت سرمایه‌گذاری در بخش سلامت است. ترکیه 7/7% از بودجه عمومی خود را صرف بهداشت و درمان نمود. همچنین بودجه اختصاص داده شده برای توسعه و گسترش مراقبت‌های اولیه و پیشگیری در مناطق محروم 58% افزایش یافت. 111000 نفر نیروی کار آموزش داده شدند و نیروی انسانی در مناطق جغرافیایی عادلانه‌تر توزیع شدند. دومین آموزه مهم، اهمیت ترغیب تقاضا برای خدمات اساسی سلامت از طریق کاهش موانع فرهنگی اجتماعی و ارایه مشوق‌های مالی است. به زنان باردار ساکن مناطق دورافتاده، تا یک ماه پیش از زایمان، محل اسکان رایگان در شهرها در اختیار گذاشته شد تا از خدمات مراقبت‌های دوران بارداری بهره‌مند شوند. در سال 2004 طرح پرداخت مشروط وجه نقد[27] به مادران به مورد اجرا گذاشته شد تا زنان باردار، مادران و کودکان آن‌ها را تشویق به مراجعه منظم به مراکز تسهیلات سلامت بنماید. در نتیجه میزان زایمان‌های انجام شده در حضور فرد دوره دیده از 83% به 91/3% در سال 2008 رسید. درس سوم، اهمیت داشتن دورنما[28] و رهبری در تنظیم ارزش‌ها و اصول راهنما و نیز تصمیم جدی برای تعقیب آن‌ها از طریق اجرای سیاست‌ها است. تغییر دیدگاه‌ها منجر به قرار گرفتن شهروندان در مرکز اهداف سیاستی و ارزیابی عملکرد شد. پایش مداوم و ارزیابی پاسخگویی به نیازهای بیماران و ترجیحات آن‌ها در اغلب اسناد سیاستی، گزارش‌ها و سخنرانی‌های عمومی برجسته است. در قالب پیمایش‌های انجام شده رضایت‌مندی بیماران سنجیده می‌شود. در حال حاضر میزان رضایت‌مندی و بهره‌مندی از خدمات به سطح بالایی رسیده است. در نهایت این که سرمایه‌گذاری قابل ملاحظه‌ای روی بهبود کیفیت، به هنگام بودن و فراهمی داده‌ها از طریق انجام پیمایش خانوارها صورت گرفته است (9).

توجه به تجربیات این کشور در مسیر دستیابی به پوشش همگانی، حاکی از این است که اصلاحات و تغییر در نظام سلامت برای نیل به هدف نهایی نظام سلامت که همانا نگاهداشت و ارتقای سلامت آحاد جامعه می‌باشد باید جامع بوده و در تمامی ابعاد صورت گیرد و تلاش‌های پراکنده و بدون برنامه، مثمرثمر نبوده و یا تنها به پیشرفت‌های مقطعی منجر خواهد شد.

نتیجه‌گیری

از جمله عوامل موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را می‌توان تعهد سیاسی حاکمیت به بهداشت و درمان، تقویت ساختار مرکزی وزارت بهداشت با استفاده از افزایش تعداد و توان فنی نیروی انسانی، برقراری نظام ثبت اطلاعات الکترونیکی، جلب مشارکت همگانی برای اجرای برنامه و برقراری مشوق‌های مناسب در جهت کاهش مقاومت در برابر تغییرات برشمرد. شواهد بیانگر این است که اصلاحات نظام سلامت ترکیه باعث شده است عملکرد این نظام از نظر محافظت مالی بهتر شود. سهم منابع بخش عمومی در کل منابع سلامت افزایش یافته است و پرداخت مستقیم از جیب نسبتاً پایین و پیشرونده شده است. کشور ترکیه توانست تعداد زیادی از بیمارستان‌های تأمین اجتماعی را در وزارت بهداشت ادغام کند.

[27] Conditional cash transfer
[28] Vision

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

یکی از دلایل موفقیت نظام بهداشت و درمان ترکیه، هماهنگی و انسجام مجلس، دولت، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان و بخش‌های مالی بوده است. به این معنا که تمام این بخش‌ها به طور واحد عمل کرده‌اند و به دلیل این که اکثریت مجلس در اختیار یک حزب است و دولت نیز برآمده از همان حزب می‌باشد، تصمیم‌سازی‌ها بسیار آسان صورت می‌گیرد و سیاست‌گذاران مواضع متفاوتی نسبت به تصمیمات ندارند.

در مجموع، نظام بهداشت و درمان ترکیه علی‌رغم تحول خوبی که داشته هنوز با چالش‌هایی مواجه است. چالش کنونی این نظام، راهبری نظام پیچیده در مسیر درست و تطبیق آن با نیازهای در حال تغییر و ترجیحات رو به تزاید شهروندان و ایجاد ساختار حاکمیتی ائتلافی و تکثرگرا است. به طور مثال در نظام سلامت کشور ترکیه، پزشک خانواده تعریف شده اما نظام ارجاع وجود ندارد؛ همچنین ترکیه تاکنون موفقیت زیادی در زمینه کنترل هزینه‌ها نداشته است. اگرچه طرح تحول توانسته است طرح‌های بیمه‌ای مختلف را زیر چتر یک سازمان متحد کند هنوز در تجمیع افراد غیرشاغل و افراد شاغل در بخش غیررسمی موفق نبوده است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

تجربیات و شواهد جهانی نشان می‌دهد که کشورها جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت مسیرهای متفاوتی را پیموده‌اند لیکن برای انتخاب مناسب‌ترین اقدامات، علاوه بر توجه به بافتار اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کشور، بهره‌گیری از درس‌های آموخته شده از تجارب کشورهای موفق در زمینه زیر ساختارها و الزامات دستیابی، استقرار و نگهداشت پوشش همگانی سلامت می‌تواند راه‌گشای این مسیر پر فراز و نشیب باشد. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت کار و رفاه و امور اجتماعی به عنوان دست‌اندرکاران و متولیان سیاست‌گذاری، تأمین منابع مالی و ارایه خدمات در حوزه سلامت می‌توانند با رصد اقدامات و مراحل شکل‌گیری و استقرار پوشش همگانی در کشور ترکیه بستر لازم را برای تسریع روند دستیابی به هدف پوشش همگانی فراهم آورند.

References

1- Ramana GN, Chepkoech R, Walelign N. Improving Universal Primary Health Care by Kenya: A Case Study of the Health Sector Services Fund. 2013.
2- Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(11):857-63.
3- Alkenbrack S, Jacobs B, Lindelow M. Achieving universal health coverage through voluntary insurance: what can we learn from the experience of Lao PDR? BMC Health Services Research 2013;13(1):521.
4- World Health Organization. The world Health Report 2010—Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: 2010.
5- Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Bull World Health Organ 2010;88(6):402.
6- Voorhoeve A, Ottersen T, Norheim OF. Making fair choices on the path to universal health coverage: a prècis. Health Economics, Policy and Law 2015:1-10.
7- Giuffrida A, Jakab M, Dale EM. Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. 2013.
8- Hunter R. Turkey's Health Care Reform: The 2023 Challenge. 2013;12(2):91-100.
9- Çiçeklioglu M, Öcek ZA, Turk M, Taner S. The influence of a market-oriented primary care reform on family physicians' working conditions: A qualitative study in Turkey. European Journal of General Practice 2014 (0):1-6.
10- 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):65-99.
11- Yasar GY. Health transformation program in Turkey: an assessment. The International Journal of Health Planning and Management 2011;26(2):110-33.
12- Aran M, Ozceli EA. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Turkey. 2014.
13- World Health Organization. Health systems: Improving performance. Geneva: 2000.
14- Jadoo SAA, Aljunid SM, Sulku SN, Nur AM. Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. BMC Health Services Research 2014;14(1):30.
15- World Bank. Turkey in Transition: Time for a Fiscal Policy Pivot? Europe and Central Asia Region: WB, 2014.
16- Aran M, Rokx C. Turkey on the Way of Universal Health Coverage through the Health Transformation Program (2003-13). 2014.
17- Akdag R. 2009. Progress Report Health Transformation Program. Ministry of Health of Turkey: Ankara
18- Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. 2013.
19- Aran MA, Hentschel J. Protection in good and bad times? The Turkish green card health program. The Turkish Green Card Health Program (August 1, 2012) World Bank Policy Research Working Paper. 2012 (6178).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

20- Wendt C, Agartan TI, Kaminska ME. Social health insurance without corporate actors: Changes in self-regulation in Germany, Poland and Turkey. Social Science & Medicine 2013;86:88-95.
21- Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health policy 2010;94(1):26-33.
22- OECD-WB. OECD Reviews of Health Systems: Turkey. OECD Publishing: Paris: OECD-WB, 2008.
23- Iran National Institute of Health Research. Universal Health Coverage in Iran. Parsian Teb Co: Tehran 1394. [in Persian]

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Assessment of Turkey's Achievements in Universal Health Coverage

Doshmangir L[1, 2] (MSc, PhD), Alipouri Sakha M[3*] (MSc, PhD Student)

[1] *Department of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[2] *Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[3] *Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Original Article
Received: 5 May 2015, Accepted: 1 Aug 2015

Abstract

Introduction: Turkey's health system has long faced many fundamental challenges including insufficient financing, unequal insurance system, severe deficits and inadequate distribution of physical infrastructures and human resources and injustice service delivery. In a relatively short period of time, Turkey succeeded to implement a major health system transformation policy and achieved universal health coverage in order to promote health system effectiveness through improving governance, efficiency and consumers' satisfaction, the gaps in health indicators, responsiveness and fair health financing have been filled fast. The aim of this study was to assess how Turkey could achieve the universal health coverage successfully and to review lessons learned from its experiences.

Methods: Health system functions framework was used to analyze successes of health transformation program in Turkey. Documents including officially published and unpublished reports, journal articles, slides from the websites of the World Bank and World Health Organization, and also reports on periodic visits of Iranian health system experts from Turkey's health system were studied. Data of the related discussions were also included.

Results: Through understanding the challenges of health system, health policy makers implemented health transformation program through political commitment, redefining new components of leadership and stewardship of ministry of health, health financing, governmental health insurance and reorganization of service delivery

Conclusion: Turkey's political and economic stability, sustainability of the change team, comprehensiveness of the health sector plan, flexible approaches toward development of national health program, supply side fundamental changes, omitting dual practices, integration of funds, quality and satisfaction promotion, proper implementation and enforcement of rules and collaboration of private sector made it possible to achieve the UHC.

Key words: Universal Health Coverage, Health Transform Plan, Turkey

Please cite this article as follows:

Doshmangir L, Alipouri Sakha M. Assessment of Turkey's Achievements in Universal Health Coverage. Hakim Health Sys Res 2015; 18(3): 233- 245.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina Ave, Tehran 1417613191, Islamic Republic of Iran. Tel: +98-912- 6202178 E-mail: m_alipourisakha@razi.tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]