

بررسی مقایسه‌ای اهداف، برنامه‌ها و چالش‌های تحول نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ترکیه و ایالات متحده

دکتر محمدجواد حق شناس^۱

چکیده

دستیابی به نظام سلامت کارآمد و اثربخش، علاوه بر طراحی برنامه‌های توسعه‌ای در این بخش مستلزم اجرای مناسب این برنامه‌ها است. در سال‌های اخیر کشورهای مختلفی، برنامه‌های توسعه‌ای در این بخش تعریف کرده‌اند که جمهوری اسلامی ایران در زمره آن‌ها است. شواهد نشان می‌دهد صرف تعریف برنامه‌های توسعه‌ای در بخش سلامت نمی‌تواند به نتایج مثبت در این بخش منجر شود و موفقیت در این زمینه به عوامل متعددی بستگی دارد. یکی از عوامل موفقیت طرح تحول نظام سلامت که چند سالی است در دستور کار دولتی قرار گرفته بررسی تجربیات سایر کشورها در این زمینه است. به این منظور در مقاله حاضر پس از معرفی ابعاد و چالش‌های مختلف پیش‌روی طرح تحول سلامت، برنامه تحول سلامت در ترکیه به عنوان نمونه موفق و طرح مراقبت بهداشتی اوپاما به عنوان نمونه‌ای ناموفق مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته‌اند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد علاوه بر عزم مدیریت کلان سیاسی، نحوه تأمین مالی طرح، تعریف مناسب کارکردها و ساختارها و داشتن چشم‌انداز و برنامه‌های یکپارچه نقش مؤثری در موفقیت طرح تحول سلامت دارد.

واژگان کلیدی: طرح تحول سلامت، جمهوری اسلامی ایران، ترکیه، ایالات متحده آمریکا

مقدمه

سلامت یکی از ضروری‌ترین نیازهای انسانی است و به این دلیل به یکی از حوزه‌های اصلی سیاست‌گذاری دولت‌ها در عصر حاضر تبدیل شده است. به دلیل اهمیت این حوزه، در انتخابات در کشورهای مردم‌سالار، سیاست‌گذاری سلامت در زمره برنامه‌های مهم نامزدهای ریاست‌جمهوری قرار دارد و دولت‌ها نیز سالانه مبالغ زیادی را برای حفظ یا بهبود سلامت شهروندان خود هزینه می‌کنند. درحالی‌که بخش سلامت ازجمله اولویت‌های اصلی دولت‌های توسعه‌یافته است، کشورهای درحال توسعه به دلایل مختلف ازجمله فقر منابع و عدم آگاهی لازم توجه کافی به این بخش را ندارند. این موضوع را می‌توان از میزان تخصیص بودجه بخش سلامت به بودجه در نظر گرفته شده برای سایر بخش‌ها در این دو دسته از کشورها مشاهده نمود.

در میان کشورهای صنعتی جهان، ایالات متحده آمریکا بالاترین سرانه سلامت را در جهان به خود اختصاص داده است و این در حالی است که به‌رغم تخصیص بودجه زیاد به سلامت در این کشور، جایگاه آن در میان سایر کشورهای صنعتی چندان مطلوب نیست. به همین دلیل در سال‌های اخیر طرح‌های مختلفی برای ارتقای نظام سلامت در این کشور به اجرا درآمد که آخرین آن‌ها طرح بیمه همگانی موسوم به اوباما کر بود که به دلایل مختلف سرانجام موفق نشد. این در حالی است که برخی از کشورهای درحال توسعه همچون ترکیه توانسته‌اند با ایجاد تحول در نظام سلامت خود به موفقیت‌های خوبی دست یابند. با توجه به اینکه ساختار نظام سلامت این کشور به‌عنوان یکی از همسایگان جمهوری اسلامی ایران با ساختار نظام سلامت ایران شباهت‌های زیادی دارد بررسی اقدامات این کشور در حوزه سیاست‌گذاری سلامت می‌تواند در اجرای موفق طرح تحول سلامت در کشور کمک نماید. از زمان قدرت‌گیری حزب عدالت و توسعه در ترکیه در اوایل قرن ۲۱، یکی از برنامه‌های مهم این حزب طرح اصلاح نظام سلامت این کشور بوده که به اذعان کارشناسان حوزه سلامت توانسته تغییر اساسی در وضعیت سلامت در این کشور ایجاد نماید.

نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران از گذشته با مشکلات عمده‌ای دست‌به‌گریبان بوده است. به دلایل مختلف در دوره‌های گذشته توجه لازم به بخش بهداشت و درمان صورت نگرفته و اعتبار مناسب به این بخش اختصاص نیافته است لیکن در سال‌های اخیر این موضوع مورد توجه دولتمردان قرار گرفته و از ابتدای دولت یازدهم طرح تحول نظام سلامت در زمره اولویت‌های اصلی دولت قرار گرفته است. این طرح که شامل اهداف و بسته‌های اجرایی مختلفی است توانسته تا حدود زیادی بخشی از مشکلات نظام سلامت

در کشورمان را برطرف نماید. با این حال به دلیل چالش‌های مختلف پیش‌روی این طرح تداوم آن در آینده منوط به بررسی دقیق و رفع این چالش‌ها است.

نظام سلامت ترکیه تا پیش از اجرای تحول نظام سلامت در این کشور با چالش‌ها و مسائل مشابهی نسبت به نظام سلامت در ایران مواجه بود که با اجرای طرح بسیاری از مشکلات آن رفع گردید. بالعکس اجرای طرح بیمه همگانی در آمریکا با مشکلات مختلفی مواجه شد و سرانجام با تغییر دولت در این کشور به ورطه سقوط کشیده شد.

با توجه به شباهت‌هایی که بین طرح تحول نظام سلامت در ایران با دو طرح مشابه در ترکیه و آمریکا وجود دارد در این پژوهش نگاهی داریم به اهداف و برنامه‌های عملیاتی که در سه کشور به این منظور طراحی و اجرا شده است. در بخش اول به بررسی اهداف و بسته‌های اجرایی طرح تحول سلامت در ایران پرداخته شده است. در بخش دوم اهداف و ابعاد مختلف طرح اصلاح نظام سلامت در ترکیه را مورد بررسی قرار داده‌ایم و در بخش سوم اهداف و ویژگی‌های طرح بیمه همگانی در ایالات متحده را بررسی کرده‌ایم. در پایان نیز به نتایج و پیامدهای این سه طرح پرداخته شده است.

۱- طرح تحول سلامت در ایران

الف- پیشینه طرح

نظام سلامت در ایران از گذشته با مشکلات و چالش‌های زیادی مواجه بوده است. هرچند اقدامات مختلفی در دولت‌های گذشته به منظور کاهش یا رفع این مشکلات انجام شد اما به دلیل عدم تداوم و جامعیت و نیز تغییر شرایط اقتصادی نتوانست نظام سلامت کشور را با تحول جدی مواجه کند. به عنوان نمونه در سال ۱۳۷۴ دولت وقت تصمیم گرفت قانون بیمه همگانی را با هدف کاهش هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های دولتی به زیر ۱۰ درصد اجرا نماید. اجرای این قانون هم‌زمان با طرح خودگردانی بیمارستان‌ها باعث ایجاد مشکل تأمین هزینه‌های درمان بیماران فاقد بیمه شد. لذا از سال ۱۳۷۶، اقداماتی برای پوشش افراد بیمه‌نشده انجام شد به عنوان مثال به روستاییان، کارت‌های بیمه درمان بستری با فرانشیز ۲۵ و سپس ۱۰ درصد اعطاء شد.

در سال ۱۳۸۰، این طرح به شهرها رسید و «برنامه پوشش بیمه‌ای خویش‌فرمایان شهری» با فرانشیز ۲۵٪ آغاز شد که در سال ۱۳۸۱، این مقدار به ۱۰٪ کاهش یافت و به این ترتیب ۹۸/۵٪ جمعیت کشور تحت پوشش

بیمه درمان بستری قرار گرفتند.

یکی از برنامه‌های مهم نظام سلامت کشور، طرح پزشک خانواده بود. این برنامه از سال ۱۳۸۴ با هدف تقویت نظام ارجاع، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری در کلیه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر اجرا شد اما اهداف آن محقق نشد. اجرای این طرح نتوانست مشکلات نظام ارجاع را حل کند، پرونده سلامت و ثبت خدمات تشخیصی و درمانی به طور مطلوب انجام نشد و پزشکان خانواده نیز همچنان از دستمزد و تسهیلات رفاهی، همکاری ناکافی سطوح بالاتر و عدم فرهنگ سازی در سطح جامعه ناراضی بودند (پورشیروانی، ۱۳۹۴).

طرح‌های مذکور به دلیل عدم یکپارچگی و مشکل تأمین مالی نتوانست نظام بهداشت و درمان کشور را با تحول اساسی مواجه کند. افزایش نرخ تورم و تحریم بخش دارو و درمان کشور، در اوایل دهه ۹۰، مشکلات را دوچندان کرد. افزایش تورم و کمبود اقلام دارویی و منابع مالی بخش بهداشت باعث شد هزینه‌های دارو و درمان افزایش بسیار زیادی پیدا کند به نحوی که هزینه‌های سلامت تبدیل به یکی از مهم‌ترین بخش‌های سبد هزینه‌های خانوار ایرانی شد. علاوه بر این افزایش هزینه‌های اقتصادی نارضایتی پزشکان از تعرفه‌های پزشکی را افزایش داد و متناسب نبودن نظام تعرفه‌ای با اقدامات تشخیصی و درمانی باعث شکل‌گیری پدیده زیرمیزی در بخش بهداشت و درمان شد. علاوه بر این به دلیل عدم سرمایه‌گذاری در بخش بیمارستانی کشور اغلب بیمارستان‌ها که محل اصلی ارائه و دریافت خدمات درمانی هستند فرسوده شده و نیاز به نوسازی داشتند. در موضوع زایمان به دلایل مختلفی همچون عدم ارائه خدمات مناسب و عدم رعایت شرایط و حریم مادران باردار تمایل به سزارین افزایش چشمگیری داشت به نحوی که ایران را در میان نخستین کشورهای با سزارین بالا در جهان قرار داده بود. این مسائل و برخی مشکلات دیگر وضعیت نظام بهداشت و درمان کشور را با چالش‌های جدی مواجه کرده بود که نارضایتی عمومی از وضعیت نظام سلامت در کشور را به همراه داشت (شیردل، ۱۳۹۵: ۳-۲).

در نتیجه با روی کار آمدن دولت یازدهم، وزارت بهداشت طرح تحول نظام سلامت را به منظور رفع مشکلات و نارسایی‌های بهداشت و درمان کشور در دستورکار خود قرارداد. این طرح در ابتدای سال ۱۳۹۳ و پس از ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت کلید خورد.

ب- اهداف و برنامه‌های طرح

هدف کلان طرح تحول سلامت برخورداری مردم ایران از خدمات شایسته در حوزه بهداشت و درمان تعریف شد و ذیل این هدف کلان، سه هدف اصلی تعریف شد:

- محافظت مالی مردم در قبال هزینه‌های سلامت
- ارتقای کیفیت خدمات درمانی
- افزایش دسترسی به خدمات درمانی (عدالت درمانی)

در هدف اول، دولت تلاش داشت با گسترش چتر بیمه و بهبود کیفیت بیمه‌های موجود هزینه‌های پرداختی از سوی بیماران را تا حدود زیادی کاهش دهد. در اغلب کشورها هزینه پرداخت شده از سوی مردم برای سلامت اندک بوده و دولت سهم قابل توجهی از این پرداخت‌ها را انجام می‌دهد. این در حالی است که در ایران که تا پیش از اجرای طرح تحول بخش قابل توجهی از هزینه‌های سلامت به عهده بیماران بود. لذا یکی از اهداف مهم طرح تحول سلامت افزایش سهم دولت از پرداخت‌ها و کاهش مبلغ پرداختی توسط بیماران بود.

با توجه به فرسودگی بسیاری از بیمارستان‌های دولتی در سطح کشور و کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌های دولتی هدف دوم تعریف شد. به دلیل عدم تخصیص بودجه مناسب به بخش بهداشت و درمان در سال‌های گذشته کیفیت خدمات ویزیت (استفاده از پزشکان متخصص و فوق تخصص) و هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی به شدت کاهش یافته بود. لذا دولت در پی آن بود که با تزریق بودجه تا حد ممکن کیفیت خدمات درمانی را افزایش دهد.

به علت انگیزه پایین کادر درمانی برای خدمت در مناطق محروم، همواره این مناطق از کمبود نیروی انسانی، بالأخص پزشکان متخصص رنج می‌برد؛ از این رو، یکی از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت، تأمین کادر درمانی این مناطق بوده است که در طرح تحول سلامت این موضوع به عنوان یکی از اهداف تعریف شد و برای آن بودجه مناسبی اختصاص داده شد.



نمودار ۱: استراتژی‌های طرح تحول سلامت

به منظور تحقق این اهداف ۸ استراتژی تعریف شد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۶):
 به منظور تحقق راهبردهای مذکور، هشت بسته اجرایی شامل این موارد در طرح تعریف شد (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶):

- بیمه نمودن افراد فاقد بیمه از طریق سازمان بیمه سلامت
- یکی از مهم‌ترین برنامه‌های طرح تحول سلامت، بیمه نمودن تمامی افراد فاقد بیمه در کشور بود که این کار از طریق سازمان بیمه سلامت و اختصاص بودجه انجام شد.
- کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی
- براین اساس تمامی بیماران دارای بیمه پایه سلامت ساکن در شهرها که در بیمارستان‌های دولتی بستری می‌شوند تنها ۱۰ درصد از کل صورتحساب بیمارستان را پرداخت می‌کنند و بیماران روستایی، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های دولتی مراجعه می‌کنند ۵ درصد هزینه‌های درمان را پرداخت می‌کنند.
- حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
- ماندگاری پزشکان در مناطق محروم با هدف رفع معضل کمبود پزشک در این مناطق یکی دیگر از بسته‌های طرح تحول نظام سلامت است اهداف دیگر این بسته، حذف زیرمیزی در مناطق محروم و افزایش دسترسی

مردم به خدمات تخصصی و عمومی از طریق افزایش میزان دریافتی پزشکان شاغل در این مناطق است تا بیماران مناطق محروم بتوانند کلیه خدمات درمانی مورد نیاز خود را از نزدیک‌ترین مکان محل سکونت خود دریافت کنند.

• حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی

یکی از مشکلات بیمارستان‌های دولتی عدم حضور تمام وقت پزشکان متخصص بود که با اجرای این بسته پزشک متخصص به صورت شبانه‌روزی در بیمارستان‌های دولتی حضور داشته و امکان دسترسی مردم به پزشک متخصص برای بیماران اورژانسی فراهم می‌شود. انجام به موقع معاینه و ویزیت بیماران، تعیین تکلیف بیماران اورژانسی در نخستین فرصت و پاسخگویی به موقع و به صورت ۲۴ ساعته در بیمارستان‌های دولتی، فعال بودن اتاق عمل در شیفت عصر و شب از ویژگی‌های این بسته حمایتی است.

• ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی

ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها از دیگر برنامه‌های طرح تحول سلامت است که بر پایه آن چهره فیزیکی بیمارستان‌های دولتی مانند وضعیت اتاق‌ها، سرویس‌های بهداشتی و تخت‌های آسیب‌دیده بهسازی و نوسازی می‌شود و خدمات هتلینگ و سرویس‌های تغذیه و پرستاری ارتقا می‌یابد.

• ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی

استانداردسازی خدمات ویزیت از طریق بهبود وضعیت کلینیکی و تجهیزات کلینیکی، استانداردسازی زمان ویزیت همکاران پزشک و توجه ویژه به معاینات بالینی از جمله استانداردهای این طرح است. اجتناب از انجام تست‌های پاراکلینیکی بی‌مورد، جلوگیری از تکرار ویزیت‌های بی‌مورد و افزایش دسترسی مردم به پزشکان متخصص از دستاوردهای این طرح است.

• برنامه ترویج زایمان طبیعی

بر اساس این برنامه، کلیه بیمارستان‌ها ملزم به کاهش میزان سزارین می‌باشند. به منظور تشویق مادران به انجام زایمان طبیعی و کاهش پرداخت از جیب ایشان، زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی رایگان انجام می‌شود و بیمار هیچ هزینه‌ای بابت زایمان طبیعی پرداخت نمی‌نماید. به علاوه، به منظور حفظ حریم مادر و خوشایندسازی فرایند زایمان طبیعی برای مادر، بهینه‌سازی فضای فیزیکی بخش‌های زایمان مدنظر قرار

گرفته است. تشویق مراکز دولتی و ارائه‌دهندگان خدمت به فراهم‌سازی روش‌های کاهش درد زایمان شامل روش‌های دارویی و غیردارویی از دیگر اقدامات انجام شده به شمار می‌رود.

- برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

در این برنامه بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج تحت عنوان مشترک بیماری‌های ویژه تحت پوشش معاونت درمان وزارت بهداشت قرار گرفته و هزینه‌های بالای تشخیصی و درمانی بیماری آن‌ها که مشمول بیمه می‌باشند طبق بسته خدمتی تعیین شده تحت حمایت قرار می‌گیرد.

- راه‌اندازی اورژانس هوایی

یکی دیگر از برنامه‌های طرح تحول راه‌اندازی اورژانس هوایی است که از نیمه مرداد اجرایی شد. در مرحله نخست ۱۴ پایگاه اورژانس هوایی با همکاری هوانیروز و ارتش جمهوری اسلامی راه‌اندازی شد و حدود یک سوم کشور تا شعاع ۱۵۰ کیلومتری تحت پوشش اورژانس هوایی قرار گرفت.

ج- چالش‌های طرح

با توجه اهداف و برنامه‌های گسترده‌ای که طرح تحول سلامت دیده شده است چالش‌های مختلفی پیش روی این طرح قرار دارد. برخی از این چالش‌ها به قبل از شروع مربوط است و برخی دیگر مرتبط با زمان حین یا بعد از اجرا می‌شود؛ عدم توجه به این چالش‌ها می‌تواند باعث عدم موفقیت و در نتیجه عدم تداوم این طرح شود. برخی از چالش‌های مهم طرح عبارت‌اند از:

- بی‌توجهی به بعد پیشگیری: محور اصلی طرح تحول، درمان است در حالی که، پیشرفت حقیقی در سلامت جامعه، مبتنی بر مراقبت‌های پیشگیرانه می‌باشد و بدون بسط نظام‌های مراقبت سلامت، مواجهه با چالش‌های نظام سلامت بسیار دشوار است؛ لذا قبل از تزریق منابع گسترده مالی به بخش درمان باید بخشی از منابع به سمت پیشگیری هدایت شود.

- تخصیص مستقیم منابع مالی: دیدگاه رایج در خصوص نحوه تأمین مالی نظام سلامت این است که متولی نظام سلامت باید نقش سیاست‌گذاری و نظارت را برعهده گیرد و از سازوکارهای تأمین مالی برای حرکت به سمت اهداف تعیین شده استفاده کند. این در حالی است که در طرح تحول سلامت، نقش بیمه به عنوان سازوکاری برای مدیریت منابع سلامت، کم‌رنگ شده و اکثر منابع مالی به صورت مستقیم تخصیص یافته

است که این امر، زمینه بروز فساد را فراهم می‌آورد.

• به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی: مأموریت اصلی وزارت بهداشت، ایجاد بستر برای تأمین سلامت کلیه افراد کشور است که این مهم، از طریق سیاست‌گذاری، تنظیم مقررات، نظارت و ارزیابی بخش‌های مختلف امکان‌پذیر است اما در طرح تحول سلامت مشاهده می‌شود که وزارت بهداشت، خود به بزرگ‌ترین ارائه‌کننده خدمات درمانی تبدیل شده که این امر انجام مؤثر وظایف حاکمیتی را با مشکل مواجه می‌کند؛ به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت، مسئول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تأمین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد (فرقانی، ۱۳۹۴).

بخش دیگری از چالش‌های این طرح به حوزه اجرا مرتبط است. یکی از مهم‌ترین مقوله‌هایی که در حوزه اجرا، استحکام و قوام لازم را نیافته و در آن کاستی‌هایی مشاهده می‌شود عدم کدگذاری صحیح جراحان شاغل در مراکز جراحی است. اگرچه در سیستم بیمه‌ای اسناد پزشکی پس از بازبینی‌های مکرر، کدهای اضافی کسر می‌گردد اما در خصوص فرانشیز پرداختی توسط بیمار و نیز اخذ یارانه سلامت هیچ اقدامی انجام نشده است.

چالش‌های طرح تحول سلامت را می‌توان از نظر زمانی نیز دسته‌بندی نمود. بر این اساس این چالش‌ها به سه دسته‌ی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت قابل تقسیم است. چالش‌های کوتاه‌مدت در این طرح مواردی از قبیل اولویت ندادن به بهداشت، افزایش تقاضاهای القایی پزشکان در خصوص خدمات پاراکلینیکی، دارو و تجهیزات تخصصی (افزایش آمار بیماران بستری به دلیل کاهش هزینه‌های بیمارستانی) و غیره را شامل می‌شود. برخی از چالش‌های میان‌مدت شامل ضعف همکاری بیمه‌های تکمیلی، افزایش حجم کاری و کمبود نیروی انسانی درمانی و اداری، عدم امکان نظارت دقیق بر قیمت‌های تجهیزات مصرفی پزشکی و اعلام شده در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی وزارتخانه^۱ و غیره است. چالش‌های بلندمدت نیز موضوعاتی همچون پیشروی کند سیاست نظام ارجاع با بسته‌های طرح تحول سلامت، مقبولیت برخی برندهای تجهیزات پزشکی تخصصی از سوی پزشکان و عدم وجود آن‌ها در شرکت‌های معرفی شده از طرف وزارتخانه و غیره را در برمی‌گیرد (مهدیان، ۱۳۹۴).

تداوم یا عدم تداوم طرح تحول سلامت یکی از موضوعات پرجالش است. با توجه به اینکه این طرح

اهداف مناسبی را مدنظر قرار داده به نظر می‌رسد تا ادامه اجرای آن بهتر از توقف آن باشد؛ باین حال باید مشکلات مذکور در حین اجرای طرح برطرف شوند. یکی از مهم‌ترین چالش‌های این طرح افزایش هزینه‌های دولت است. در واقع کاهش میزان پرداخت بیماران ناشی از تخصیص منابع مالی گسترده از سوی دولت به این طرح بوده است که این خود موجب افزایش هزینه‌های دولت شده است. افزایش منابع مالی مورد نیاز در جهت اصلاح تعرفه‌ها، تأمین منابع مالی سایر بخش‌های اقتصادی کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این اختلاف درآمدی بخش سلامت با سایر بخش‌های کشور می‌تواند مقدمه بروز آثار مخرب در نظام اقتصادی کشور در سال‌های آتی باشد.

برخی واحدهای درمانی در نقاط مختلف کشور به دلیل عدم تزریق منابع مالی به پزشکان شاغل در این واحدها با مشکل مواجه شده‌اند و کادر درمان در این واحدها از عدم تحقق وعده‌های داده شده و عدم پرداخت حق ماندگاری، کارانه و... معین شده انتقاد کرده‌اند؛ لذا ممکن است بعد از این مایل به خدمت در واحدهای عمومی نباشند و یا فقط بیماران اورژانسی را ویزیت نمایند.

در بیمارستان‌های دولتی مشکلاتی مانند تراکم بیش از حد بیماران در بخش‌ها، صف‌های طولانی انتظار، فقدان یا غیرقابل استفاده بودن وسایل درمانی و تشخیصی، تعداد اندک کادر درمانی نسبت به تعداد بیماران، روحیه نامطلوب کارکنان و تسهیلات نامناسب، سبب کم شدن کیفیت ارائه خدمات به بیماران گردیده است که باید برای آن راهکارهای مناسب اندیشیده شود.

۲- برنامه تحول سلامت ترکیه

بررسی برنامه تحول نظام سلامت ترکیه از آن‌رو درخور توجه است که سیستم سلامت این کشور در گذشته سیستمی کامل و بدون نقص نبوده است ولی بعد از اجرای برنامه تحول به طور قابل توجهی ارتقا یافته است. این برنامه یکی از برنامه‌های اصلی حزب عدالت و توسعه بود که با هدف بهبود وضعیت نظام سلامت این کشور در سال ۲۰۰۳ ارائه شد.

برنامه تحول سلامت (HTP) و پوشش همگانی سلامت (HCU) توسط وزارت بهداشت ترکیه طراحی و هدف کلان از ارائه آن، حق داشتن سطح مناسب سلامت معرفی شد. ترکیه در طول این سال‌ها (۲۰۱۷-۲۰۰۳) توانست اصلاحات گسترده‌ای را در سیستم سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت طراحی و اجرا کند که به طور چشمگیری ناعدالتی را در تأمین مالی سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و پیامدهای آن کاهش

داد (مسعودی اصل، ۱۳۹۵: ۱).

در برنامه تحول سلامت ترکیه، راهبردهای جامعی برای تقویت وظایف اصلی نظام سلامت شامل حاکمیت و تولید، تأمین مالی، منابع انسانی و ارائه خدمات طراحی شد.

در بخش حاکمیت نظام سلامت دو راهبرد اصلی تعریف شد که شامل تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت و تعریف حقوق سلامت شهروندان بود.

الف) تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت

پس از ابلاغ قانون سازمان‌دهی مجدد وزارت بهداشت و قانون خودگردانی بیمارستان‌ها، وزارت بهداشت ترکیه بر تدوین راهبردها و سیاست‌ها، ارزیابی عملکرد نظام سلامت، نظارت بر پاسخ‌گویی و هماهنگی‌های بین‌بخشی تمرکز نمود و مسئولیت‌های اجرایی مربوط به سلامت عمومی، انعقاد قراردادهای ارائه خدمات سلامت و ارزیابی فناوری سلامت به سازمان‌های نیمه‌دولتی مستقل تفویض شد.

ب- تعریف حقوق سلامت شهروندان و افزایش پاسخ‌گویی ارائه‌کنندگان

در سال ۲۰۰۳ بخشنامه حقوق بیماران ابلاغ و در سال ۲۰۰۵ به‌طور کارآمد به اجرا درآمد. 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 اسرار، 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 بخش تأمین مالی نظام سلامت چهار راهبرد شامل هزینه‌های سلامت، بیمه‌های سلامت، مدیریت منابع انسانی و ارائه خدمات به‌طور جامعی مورد بررسی و تعریف قرار گرفتند.

الف- هزینه‌های سلامت

در سال ۱۹۹۰ کل هزینه‌های سلامت در ترکیه ۲/۷ درصد از GDP بود در حالی که در سال ۲۰۰۸ مقدار آن به ۶/۱ درصد افزایش یافت که مشابه درصد کشورهای اروپایی (۵/۲ درصد) بود. در سال ۲۰۱۰ ترکیه بیشترین افزایش در هزینه‌های سلامت را در مقایسه با کشورهای اروپایی و برخی دیگر از کشورهای جهان داشت (۷۵ درصد).

ب- بیمه‌های سلامت

پیش از معرفی برنامه تحول سلامت 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 به‌طور جداگانه فعالیت می‌کردند و دارای سهم مشارکت متفاوت و بسته‌های خدمت با گستره و عمق متفاوت، امتیازات و قوانین دسترسی متفاوت بودند (مسعودی اصل، ۱۴: ۱۳۹۵-۱۱).

بخش سوم طرح به مدیریت منابع انسانی اختصاص یافت که برای غلبه بر مشکلات مربوط به کمبود نیروی انسانی در نظام سلامت، چهار برنامه کلیدی جدید تعریف شد.

برنامه اول شامل افزایش تعداد آموزشگاه‌ها و دانشکده‌های آموزش پزشکی، پرستاری، مامایی و سایر رشته‌های مرتبط بود. 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.

بخش چهارم طرح نیز به موضوع ارائه خدمات اختصاص یافت که شامل این بخش‌ها بود:

الف- خدمات مراقبت‌های اولیه

پیش از اجرای برنامه تحول سلامت، خدمات مراقبت‌های اولیه در ترکیه در سه سطح مطابق با قانون مصوب ۱۹۶۱ در خصوص اجتماعی سازی پزشکی ارائه می‌شد. سطح اول که به وسیله ماماها اداره می‌شد خانه بهداشت نام داشت. سطح دوم شامل مراکز مراقبت‌های اولیه بود و به وسیله تیم‌هایی که شامل یک پزشک، یک پرستار و یک ماما (همراه با یک تکنسین و یک مدیر در مراکز بزرگ‌تر) 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 مسئول را برعهده داشتند.

در سال ۲۰۰۵، برنامه تحول سلامت به معرفی يك مدل مراقبت‌های اولیه با محوریت پزشك خانواده و تأکید بر افزایش منابع در سه سطح نمود منابع فیزیکی، منابع انسانی و ظرفیت‌سازی برای منابع انسانی، بر اساس این مدل هر پزشك خانواده خدماتی بیشتر از آنچه در خانه‌های بهداشت یا مراکز بهداشتی سنتی ارائه می‌شد به جمعیتی متشکل از حداکثر ۴۰۰۰ نفر ارائه می‌داد. پس از سال ۲۰۰۵ در حدود ۲۰۰۰ تیم جدید پزشك خانواده ایجاد شد. زیرساخت‌های موجود ارتقا یافتند و اغلب خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت حفظ شدند یا اینکه با مراکز پزشك خانواده ادغام شدند.

ب- خدمات بیمارستانی و اورژانس برای پاسخ‌گویی به اورژانس‌های نوزادان و مادران

در طول اجرای برنامه تحول سلامت، تعداد و ظرفیت نیروی انسانی افزایش یافت و توزیع عادلانه‌تر کارکنان سلامت در کشور نسبت به گذشته برقرار شد. مراکز مراقبت‌های اولیه مبتنی بر پزشك خانواده در همه استان‌ها توسعه یافت. خدمات اورژانس شامل آمبولانس هوایی به‌ویژه برای موارد پیچیده ایجاد شد. این خدمات که رایگان هم می‌باشند برای موارد زایمان و مراقبت‌های نوزادان نیز ارائه می‌شد.

ج- توسعه خدمات و ظرفیت‌های بیمارستانی

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.

د- بهداشت عمومی

در راستای تحقق هدف UHC، برنامه تحول سلامت 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 جامعه‌محور معرفی شدند تا میزان افزایش بیماری‌های روانی و دیابت را در جامعه به‌وضوح نشان دهند. همچنین برنامه‌هایی برای توانمندسازی وزارت بهداشت به‌منظور مقابله با بلایای طبیعی و حوادث ناشی از خطای انسانی تدوین شد (همان، ۲۲-۱۲).

تشکیلات خدمات بهداشتی درمانی در ترکیه اساساً زیرمجموعه‌ای از وزارت سلامت (MOH) کشور است که توسط سازمان تأمین اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع، پزشکان خصوصی، دندان‌پزشکان و داروسازان

ارائه می‌شود. وزارت بهداشت نیز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی است و اگرچه بیمارستان‌های خصوصی نیز خدمات ارائه می‌دهند ولی ظرفیتشان کم است. در سطح مرکزی وزارت سلامت، سیاست‌گذار سلامت و ارائه خدمات بهداشتی است و در سطح استانی خدمات بهداشتی و درمانی از طریق هیأت مدیره‌های سلامت استانی که از نظر مسئولیت فرمانداران استانی هستند انجام می‌شود.

یکی از دلایل موفقیت ترکیه در اصلاح نظام بهداشت و درمان، هماهنگی و انسجام مجلس، دولت، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان و بخش‌های مالی بود. به طوری که تمام این بخش‌ها به طور واحد عمل کردند چون اکثریت مجلس در اختیار یک حزب است و دولت نیز برآمده از همان حزب. لذا تصمیم‌سازی‌ها بسیار آسان صورت می‌گیرد به طوری که بخش‌های سیاست‌گذاری موضع دیگری نسبت به آن تصمیمات ندارند (شیردل، پیشین: ۷۶-۷۵).

سیر تکوین نظام سلامت ترکیه

نظام بهداشتی-درمانی منسجم در ترکیه عمدتاً پس از تشکیل جمهوری ترکیه پدید آمد. سنگ بنای اصلاحات در نظام سلامت این کشور قانون ملی شدن خدمات سلامت بود که در دهه ۱۳۶۰ تصویب شد و هدف از آن تأسیس یک نظام سلامت مساوات‌طلبانه بود که تأمین مالی آن از طریق مالیات عمومی انجام می‌شد. در خلال سال‌های ۱۹۶۱ تا ۱۹۸۰ مقدمات بیمه سلامت عمومی پایه‌گذاری شد. با کودتای ۱۹۸۰ تغییراتی در سیاست‌های سلامت در ترکیه انجام شد؛ طبق ماده ۶۰ قانون اساسی مصوب ۱۹۸۲ برخورداری از تأمین اجتماعی حق شهروندان است و بر اساس این قانون وظیفه دولت از ارائه‌کننده خدمات به متولی و تنظیم‌کننده مقررات در حوزه سلامت تغییر کرد. در سال ۱۹۹۰ سازمان برنامه‌ریزی ترکیه نقشه‌ی راه بخش سلامت را تدوین نمود که مقدمه‌ی اصلاحات نظام سلامت این کشور شد. ارکان اصلی این طرح ایجاد بیمه همگانی سلامت از طریق گردهم‌آوری سازمان‌های تأمین اجتماعی ذیل چتر واحد، توسعه خدمات سلامت در چارچوب پزشکی خانواده، تمرکززدایی، خودگردانی بیمارستان‌ها، تفکیک متقاضی از عرضه‌کننده، توسعه نظام اطلاعات مدیریت و افزودن یک ساختار به ساختار نظام بهداشت و درمان جهت طراحی و نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی بود (یاسار، ۲۰۱۱).

در سال ۱۹۹۳ سند سیاست ملی سلامت تصویب شد که اهداف زیر را دنبال می‌نمود: تمرکززدایی از نظام

مدیریت سلامت، طرح پزشکی خانواده برای مراقبت‌های اولیه سلامت، سیاست پرداخت براساس عملکرد، نظام بیمه عمومی سلامت، عقد قرارداد و رقابت بین ارائه‌دهندگان. با این حال سند مذکور به دلایلی از جمله تغییر دولت از دستور کار خارج شد. ترکیه در حالی وارد قرن ۲۱ شد که در مورد لزوم تقویت نظام سلامت و همگانی کردن بیمه توافق گسترده‌ای وجود داشت. به این ترتیب در سال ۲۰۰۳ دولت برنامه تحول سلامت را با هدف تقویت نظام سلامت یعنی برنامه‌ریزی و حاکمیت وزارت بهداشت، تأمین مالی و نظام بیمه همگانی، سازمان‌دهی مجدد ارائه خدمات از طریق پزشکی خانواده تدوین نمود (آلان، ۲۰۱۳).

نظام سلامت ترکیه که تا آغاز قرن جدید با چالش‌های اساسی همچون تأمین مالی ناکافی، نظام بیمه‌ای ناعادلانه، کمبود زیرساخت‌های فیزیکی و منابع انسانی و توزیع ناکافی آن‌ها و بی‌عدالتی در ارائه خدمات بین مناطق مواجه بود به منظور بهبود اثربخشی نظام سلامت از طریق بهبود حاکمیت، کارایی و رضایت خدمت‌گیرندگان در دوره زمانی نسبتاً کوتاه با اجرای طرح تحول نظام سلامت موفق به پوشش همگانی خدمات سلامت شد (همان).

چالش‌های استقرار برنامه تحول سلامت، اهداف و برنامه‌های آن

به شرحی که گذشت؛ نظام سلامت ترکیه تا پیش از ارائه برنامه تحول سلامت، با مشکلات و چالش‌های مختلفی مواجه بود؛ علاوه بر موارد مذکور برخی دیگر از مهم‌ترین این چالش‌ها عبارت بودند از:

- عدم یکپارچگی خدمات ارائه شده در نظام سلامت
- تمایل بیشتر خدمت‌گیرندگان به مراجعه به بخش خصوصی به جای بخش دولتی
- تمایل پزشکان به اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی به نحوی که بسیاری از پزشکان شاغل در بخش دولتی به صورت پاره‌وقت در بخش خصوصی نیز فعالیت می‌کردند؛
- عدم وجود متولی واحد در بخش سلامت به نحوی که دو وزارتخانه بهداشت و کار متولی سیستم خدمات ملی سلامت، طرح بیمه سلامت اجتماعی و برنامه گرین کارت بودند.
- عدم پوشش بیمه‌ای تمامی کارکنان دولت
- کمبود تعداد پزشکان در بخش دولتی و توزیع نابرابر آن‌ها در نقاط مختلف کشور
- عدم کنترل قیمت‌ها در بخش دارو به طوری که نظام دارویی، بی‌نظم و مبنای قیمت‌گذاری داروها بر

اساس مدل چانه‌زنی بود.

با توجه به چالش‌های مذکور در برنامه تحول سلامت اهداف ذیل تعیین شدند:

- بهبود سلامت جامعه
 - پوشش بیمه‌ای همه شهروندان
 - ارتقای کیفیت خدمات
 - توسعه نظام بیمار محور
 - اصلاح نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی
- به منظور دستیابی به اهداف فوق، دولت ترکیه سیاست‌های مختلفی را به اجرا گذاشت که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از:

- ادغام سازمان‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی
- فراهم آوردن زمینه فعالیت بیمه‌های درمانی خصوصی
- فراهم آوردن زمینه استفاده از بیمارستان‌های دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های خصوصی از سوی منسوبین بیمه‌های کارگری و اصناف
- اجرای طرح بیمه درمانی همگانی برای نیازمندان
- حمایت از تأسیس بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی درمانی

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 مسئولیت‌های اجرایی به سازمان‌های جدید بود. با تصویب و ابلاغ قانون مدیریت عمومی کشور در طی سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ اجازه تغییرات بنیادین در ترتیبات حاکمیتی بخش سلامت صادر شد. طبق این قانون سازمان مرکزی وزارت بهداشت منحل و مسئولیت‌های اجرایی مربوط به سلامت عمومی، انعقاد قراردادهای ارائه خدمات سلامت و ارزیابی فناوری سلامت به سازمان‌های نیمه دولتی مستقل و شهرداری‌ها تفویض شد. وزارت بهداشت فعالیت‌های خود را بر تدوین راهبرد و سیاست، ارزیابی عملکرد نظام سلامت، نظارت بر پاسخ‌گویی

و هماهنگی بین بخشی و اجرای برنامه‌های ملی مانند واکسیناسیون، مبارزه با سل و مالاریا معطوف نمود (یاسار، ۲۰۱۱).

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 چندپاره و ناعادلانه‌ای بود که باعث پوشش ناکافی فقیرترین افراد جامعه و افزایش پرداخت از جیب و در نتیجه بروز هزینه‌های کمرشکن شده بود (آتون، ۲۰۱۳).

در سال ۲۰۰۵ برنامه تحول سلامت، الگوی مراقبت‌های اولیه با محوریت پزشک خانواده و تأکید بر افزایش منابع در سه سطح شامل خانه‌های بهداشت، مراکز مراقبت‌های اولیه و مراکز بهداشت استان‌ها را معرفی نمود. 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 قرار گرفت.

برنامه تحول سلامت برای رفع مشکلات مربوط به کمبود نیروی انسانی در نظام سلامت برنامه‌های جدیدی در حوزه منابع انسانی ارائه نمود: برنامه اول قانون خدمت اجباری بود که بر اساس آن فارغ‌التحصیلان جدید پزشکی و سایر متخصصان واجد شرایط باید به طور اجباری حدود ۳۰۰ تا ۶۰۰ روز را به خدمت در مناطق محروم ترکیه می‌پرداختند. برنامه دوم شامل افزایش دستمزدها و مشوق‌های مبتنی بر عملکرد برای بیمارستان‌ها و مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه و افزایش پیوسته حقوق کارکنان سلامت بود (همان). برنامه سوم شامل انعقاد قراردادهای جدید با کارکنان سلامت و خرید خدمت از بخش خصوصی بود و این اقدام بر اساس حکم صادر شده برای تسهیل جذب کارکنان در مناطقی که مشکل جذب نیرو داشتند در سال ۲۰۰۳ انجام شد. با معرفی استخدام قراردادی برای پرستاران و دیگر کادر بهداشتی-درمانی، توزیع نیروی انسانی در کشور عادلانه‌تر شد. برنامه چهارم قانون تمام‌وقتی بود که به دنبال تصویب قانون آن در سال ۲۰۱۰ پزشکیانی که تحت استخدام وزارت بهداشت بودند باید به طور تمام‌وقت در بیمارستان‌های دولتی خدمت می‌نمودند و مجاز به اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی نبودند (آران و راکس، ۲۰۱۴).

نتایج طرح تحول سلامت ترکیه

مقایسه شاخص های سلامت در ترکیه پیش و پس از آغاز برنامه تحول سلامت نشان می دهد که بهبود قابل ملاحظه ای در شاخص های اصلی مانند مرگ و میر مادران و نوزادان، دسترسی به خدمات و رضایت مندی بیماران به خصوص در مراقبت های اولیه به وجود آمده است. سهم پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت از ۲۷/۶ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۷/۴ درصد در سال ۲۰۰۸ رسید که این کاهش را می توان به بهبود پوشش سلامت جمعیت نسبت داد. مطالعات نشان می دهد که میزان کلی رضایت از خدمات سلامت از ۳۹/۵ درصد در سال ۲۰۰۳ به ۷۳ درصد در سال ۲۰۱۰ رسیده است. بین سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۱ میزان امید به زندگی در ترکیه از ۷۱ سال به ۷۴ سال رسید (آران، ۲۰۱۴).

سه دلیل عمده بهبود وضعیت نظام سلامت ترکیه را می توان 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 مشوق های مالی و غیرمالی به منظور افزایش رضایت مندی متخصصان و کارکنان بخش سلامت است (دشمنگیر و علیپوری، ۱۳۹۴).

در سال ۱۹۹۰ کل هزینه های سلامت در ترکیه ۲/۷٪ از تولید ناخالص داخلی بود که در سال ۲۰۱۰ این مقدار به ۶/۷۴٪ افزایش یافت. منابع تأمین مالی سلامت در سال ۲۰۰۸ به ترتیب ۴۳/۹٪ از تأمین اجتماعی، ۲۷/۶٪ از دیگر منابع دولتی و ۱۷/۴٪ از طریق پرداخت مستقیم از جیب تأمین می شد (منون، ۲۰۱۳). موفقیت ترکیه در کاهش پرداخت از جیب به دلیل کانالیزه نمودن آن ها در پیش پرداخت ها و یا از طریق منابع درآمد های دولتی بوده است. دولت ترکیه در این برهه سازوکار قیمت گذاری تأیید و توزیع دارو را نیز تغییر داد و بر کاهش بار مالی هزینه های دارویی تمرکز نمود.

در حیطه ی بیمه سلامت، طرح کارت سبز که یک برنامه ی بیمه سلامت غیرمشارکتی است و از طریق بودجه دولتی اداره می شود در سال ۱۹۹۲ آغاز شد و تعداد بیمه شدگان آن از ۲/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ به ۹/۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ رسید. درصد خانوارهایی که به دلیل هزینه های سلامت به ورطه فقر می افتند از ۰/۸ درصد در سال ۲۰۰۳ به ۰/۳ درصد در سال ۲۰۰۸ رسید.

تا پیش از معرفی برنامه تحول سلامت در سال ۲۰۰۳ 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. در سال ۲۰۰۳ تقریباً ۷۰ درصد جمعیت ترکیه تحت پوشش پنج طرح بیمه جداگانه شامل سازمان بیمه اجتماعی، صندوق بازنشستگی کارکنان دولت، صندوق بیمه دولتی کارکنان شاغل، سازمان بیمه‌گر بگ‌کور و طرح کارت سبز بودند. با تصویب مجلس ترکیه در سال ۲۰۰۶ سازمان بیمه اجتماعی، صندوق کارکنان بازنشسته دولت و بگ‌کور در یکدیگر ادغام و سازمان واحد تأمین اجتماعی تشکیل شد. در سال ۲۰۱۰ طرح بیمه سلامت کارکنان شاغل و در سال ۲۰۱۲ طرح کارت سبز نیز به سازمان تأمین اجتماعی پیوستند و به این ترتیب تمامی بیمه‌های مذکور در یک سازمان واحد تجمع شدند.

در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت دو برابر شد. در سال ۲۰۱۰ سازمان تأمین اجتماعی با ۴۲۱ بیمارستان خصوصی قرارداد منعقد کرد تا در ازای پرداخت فرانشیز توسط بیماران به آن‌ها خدمات تشخیصی و درمانی ارائه نماید. در فاصله سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۱ متوسط طول اقامت بیماران در بیمارستان‌ها در سه گروه بزرگ بیمارستانی کاهش یافت.

در سال ۲۰۰۵ به منظور یکسان‌سازی سازوکارهای مدیریت و پرداخت در کلیه بیمارستان‌های دولتی و هموار ساختن راه برای خودگردانی بیمارستان‌ها، بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی با بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت ادغام شدند.

در سال‌های اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل ۲۰۰۰ ترکیه کمترین تعداد پزشک، پرستار و همچنین کمترین نسبت پرستار به پزشک را در بین کشورهای اروپایی داشت. در سال ۱۹۹۰ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، ۰/۹ پزشک وجود داشت که این میزان در سال ۲۰۰۰ به ۱/۳ به ازای هر هزار نفر جمعیت افزایش یافت.

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 به طور رایگان در اختیار مردم قرار داده شد. همچنین میزان

استفاده از خدمات سلامت بین فقیرترین افراد جامعه و نیز ساکنان مناطق محروم شامل مناطق شرق و روستایی ترکیه افزایش یافت (مسعودی اصل، ۱۳۹۵).

۳- طرح مراقبت بهداشتی در ایالات متحده

تا زمان روی کار آمدن اوپاما در ایالات متحده آمریکا، این کشور تنها کشور توسعه یافته فاقد نظام درمانی فراگیر برای تمام شهروندان خود بود به طوری که بیش از ۴۰ میلیون نفر در آمریکا فاقد هر نوع پوشش بیمه ای بودند. کارایی پایین نظام بیمه در آمریکا، یکی از مهم ترین دلایل رشد کسری بودجه در این کشور محسوب می شد.

به رغم آنکه در آمریکا شرکت های بیمه خصوصی متنوعی وجود دارند که افراد را بر اساس شغل، بیمه می کنند مثل بیمه نظامیان، کشاورزان و... عدم وجود یک نظام بیمه واحد، باعث ایجاد شکاف های بسیار در پوشش بیمه ای شهروندان این کشور گردیده است. سیاستمداران و شرکت های بیمه در آمریکا مدت های مدید ادعا می کردند که ایالات متحده آمریکا دارای یکی از بهترین نظام های درمانی در سطح جهان است اما با مشخص شدن کاستی های این نظام، دیگر این ادعاها کسی را اغوا نکرده و در اوایل روی کار آمدن دولت اوپاما مردم خواهان تغییرات گسترده در نظام درمانی آمریکا بودند (پدرام، ۱۳۹۰). با توجه به این کاستی ها رئیس جمهور سابق این کشور در راستای وعده های انتخاباتی خود و به منظور بهبود وضعیت سلامت اقشار کم درآمد در این کشور لایحه حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه را که بعداً به اوپاما کر مشهور شد ارائه نمود.

الف- وضعیت نظام سلامت آمریکا

شاخص های جهانی نشان می دهد وضعیت نظام سلامت در آمریکا نسبت به سایر کشورهای توسعه یافته از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. بر اساس گزارش صندوق مشترک المنافع از وضعیت ۱۱ کشور صنعتی جهان در موضوع سلامت ایالات متحده آمریکا علاوه برداشتن گران ترین نظام سلامت از نظر کیفیت نیز بدترین نظام سلامت را در میان این ۱۱ کشور در اختیار دارد. این در حالی است که میزان هزینه های سلامت در آمریکا نسبت به تمامی کشورهای مذکور بیشتر است. طبق آمار، آمریکا در سال ۲۰۱۱ میلادی در زمینه ی خدمات سلامت به ازای هر نفر مبلغ ۸۵۰۸ دلار هزینه کرده در حالی که انگلیس با وجود کسب رتبه نخست در این رده بندی به ازای هر فرد مبلغ بسیار کمتری یعنی حدود ۳۴۰۶ دلار هزینه کرده است (ایسنا، ۱۳۹۳).

درصد هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی در این کشور در سال ۲۰۱۴ بالغ بر ۱۷ درصد بوده و هزینه

سرانه سلامت در این سال به حدود ۹۵۰۰ دلار افزایش پیدا کرده است. سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت در این سال به ۱۱ درصد رسیده است (مسعودی اصل و همکاران، ۱۳۹۵).

نظام مراقبت سلامت در ایالات متحده، یک نظام از هم گسیخته است چراکه برنامه‌های زیادی در حوزه بیمه خصوصی و دولتی در آن وجود دارد که مرتباً در حال تغییر هستند. این تغییرات مربوط به مواردی همچون هزینه، دسترسی و کیفیت است. به رغم این تغییرات، فراهم نمودن حداقل یک بسته مراقبت سلامت اولیه به قیمت مقرون به صرفه برای تمامی مردم آمریکا، یک هدف تحقق نیافته است. این موضوع برای بسیاری جای سؤال دارد که چرا آمریکا فاقد نظام مراقبت سلامت ملی است. پاسخ آن به فرهنگ آمریکایی برمی‌گردد که در آن به خوداتکایی، رویگردانی از مالیات‌های غیرمنطقی و ترجیح برای یک دولت محدود تأکید می‌شود. با این حال امروزه نظرات در خصوص مراقبت سلامت در این کشور، متناقض است (همان).

در ایالات متحده دولت مرکزی (وزارت بهداشت و نیروی انسانی) سیاست‌گذاری کلی، تعیین قوانین در سطح کشوری، کمک به نظام بهداشت و درمان عمومی، مسئولیت تأمین منابع و برنامه‌ریزی برای افرادی که بیمه نیستند (در قالب بیمه سلامت سالمندان (مدیکر) و بیمه سلامت مستمندان (مدیکید)) و انجام اصلاحات بهداشتی و درمانی را به عهده دارد. به دلیل برنامه‌ریزی غیرمتمرکز نقش دولت کم‌رنگ است ولی در برنامه‌ریزی کلان نظام بهداشت و درمان، مجلس سنا، نمایندگان و رئیس‌جمهور، نقش عمده‌ای دارند ضمن آنکه دولت مسئول ساماندهی و کنترل نحوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای آحاد جامعه است. در سطح ایالتی برنامه‌ریزی عملیاتی بخش بهداشت و درمان و توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود و در سطح بیمارستان‌ها هیأت‌مدیره مسئولیت تدوین برنامه‌های راهبردی با همکاری کمیته‌های بیمارستانی را بر عهده دارد (شیردل، ۷۱).

متأثر از نظام بهداشتی چندپاره در این کشور، نظام بیمه‌ای نیز نظامی چندپاره است. در این نظام بیمه سلامت سالمندان جمعیت سالمند و معلولان را تحت پوشش قرار می‌دهد؛ بیمه‌های خصوصی افراد تا سن ۶۵ سال را تحت پوشش دارند؛ بیمه سلامت مستمندان برای گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر پوشش بهداشتی و درمانی برقرار می‌کند و نظام‌های جداگانه‌ای نیز برای دو گروه سربازان بازنشسته و نیروهای نظامی شاغل برقرار

1 - Medicare

2 - Medicaid

است. در این وضعیت برای افراد کمتر از ۶۵ سال که تحت پوشش بیمه‌های خصوصی نیستند و سایر کسانی که به شرایط نظام بهداشتی و درمانی در بخش عمومی متکی هستند، پوشش تضمین شده بیمه‌ای وجود ندارد (انجمن تخصصی فناوری اطلاعات سلامت، ۱۳۹۰).

منابع تأمین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان عمدتاً از محل پرداخت مستقیم مصرف‌کنندگان، منابع بیمه‌های خصوصی و منابع بیمه‌های دولتی برای مدیکر، مدیکد و طرح بیمه سلامت کودکان است. بیمه‌های خصوصی اعم از مؤسسات بیمه درمانی و مؤسسات بیمه‌های تجاری، عموماً از محل حق بیمه‌های پرداختی مشترک توسط کارکنان و کارفرمایان و یا حق بیمه انفرادی منابع مالی مورد نیاز را فراهم می‌کنند.

نظام کارانه به ازای خدمت در بخش بهداشت و درمان آمریکا موجب درمان پرهزینه و غیرضروری شده است. نظام‌های مبتنی بر پیش‌پرداخت مانند نرخ سرانه موجب کاهش هزینه‌ها، بیش‌تر به دلیل درمان محدود یا ناقص^۱، جلوگیری از درمان بیماران با هزینه بالا و تمرکز روی پیشگیری می‌شود. نظام پرداخت حقوق هیچ انگیزه مالی برای پزشکان ایجاد نمی‌کند.

تجربه آمریکایی‌ها همچنین نشان داده است که بیمارستان‌ها به راحتی در مقابل کاهش درآمد خود واکنش نشان می‌دهند. از جمله اینکه بیمارستان‌ها به سادگی می‌توانند با جابه‌جایی حساب‌های خود، مانده سود خود را پایین نشان دهند؛ هزینه‌های خود را در مواردی که آسیبی به درآمدشان نمی‌رسد، مثلاً با مرخص نمودن سریع بیمار، کاهش می‌دهند؛ موارد درمان اورژانس خود را افزایش می‌دهند و نرخ مراجعات از درمان سرپایی به سمت درمان بستری را افزایش می‌دهند.

در نظام سلامت آمریکا پذیرفته شده که هیچ روش پرداختی را نمی‌توان مطلقاً صحیح دانست. نظام پرداخت باید در هر وضعیت ساختاری مطابق با واقعیات عرضه و تقاضا تنظیم شود. سیاست‌گذاران باید نگران اثرات یک نوع روش پرداخت بر سایر روش‌های پرداخت هم‌زمان در سایر ساختارهای موازی باشند. در پرداخت به ازای کارکرد تلاش می‌شود افزایش انگیزه در فراهم‌آوردندگان خدمات برای افزایش کمیت و کیفیت خدمات، کمی نمودن هدف‌ها و کارکردها برای ایجاد قابلیت مقایسه در آن‌ها و برقراری مبادله بین هزینه‌ها، کیفیت و دسترسی، امکان‌پذیر شود. نظام پرداخت‌ها در آمریکا تلاش بر توسعه‌ای مبتنی بر ترکیب

نظام پرداخت حقوق با شرایط لازم برای ایجاد انگیزه در پزشکان، ترکیب کارانه به ازای خدمت با ایجاد محدودیت برای افزایش هزینه توسط پزشکان و ترکیب نرخ سرانه با وضعیت مطلوب از نظر بیماران دارد.

نظام پرداخت به بیمارستان‌ها شامل مجموعه‌ای از پرداخت‌ها است که عبارت‌اند از: الف) بازپرداخت هزینه‌های انجام شده، ب) پرداخت‌های آینده‌نگر برای هر خدمت یا مورد، شامل کارانه به ازای خدمت، پرداخت به ازای روز بستری، پرداخت براساس پرونده بیمار در زمان پذیرش، و پرداخت از نوع دی‌آرجی، ج) پرداخت براساس اجزای هزینه‌ها شامل حقوق و دستمزد، مواد و لوازم مصرفی، هزینه دارو و سایر هزینه‌ها که به صورت کلی محاسبه و پرداخت می‌شود، و د) پرداخت با نرخ سرانه (همان).

به دلیل غلبه نقش بخش خصوصی در حوزه بهداشت و درمان در این کشور شاهد انواع گوناگونی از بیمارستان‌ها هستیم:

- بیمارستان‌های جامعه شامل بیمارستان‌های غیرفدرال عمومی و تخصصی با اقامت کوتاه مدت (کمتر از ۳۰ روز) است که برای عموم افراد قابل استفاده است. تخصص‌های مرتبط با بیمارستان‌های تخصصی در این گروه عبارت‌اند از: زنان و زایمان، کودکان، ارتوپدی و سایر خدمات تخصصی.

علاوه بر آن خدمات سالمندان و مراقبت در منزل با ارائه خدمات کمتر از ۳۰ روز در این دسته بیمارستان‌ها جای می‌گیرد ولی البته واحدهای درمانی برخی مؤسسات نظیر زندان‌ها و درمانگاه‌ها را شامل نمی‌شود.

- بیمارستان‌های فدرال شامل بیمارستان‌هایی است که مستقیماً توسط دولت فدرال اداره می‌شود. بیمارستان‌های انتفاعی با هدف سودآوری توسط افراد، با شراکت چند تن و یا توسط شرکت‌ها راه‌اندازی و اداره می‌شوند. این بیمارستان‌ها در یک فضای رقابتی فعالیت داشته و باید براساس کیفیت برتر و ارائه خدمات هزینه اثربخش رقابت نمایند.

- بیمارستان‌های عمومی کلیه خدمات تشخیصی، درمانی و جراحی ارائه می‌دهند. بیمارستان‌های روستایی و بیمارستان‌هایی که خدمات محدودی را ارائه می‌دهند در این دسته نمی‌گنجد.

- بیمارستان‌های غیرانتفاعی توسط سازمان‌های غیرانتفاعی مانند کلیساها، جوامع ائتلافی و دوستانه بدون در نظر گرفتن سود کنترل می‌شوند. برطبق قانون، این بیمارستان‌ها باید سود حاصل را در عملیات بیمارستانی باز سرمایه‌گذاری نموده و اجازه توزیع آن در بین افراد را ندارند (مسعودی اصل و همکاران، ۱۳۹۵).

ب- اهداف برنامه مراقبت بهداشتی

لایحه حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه در کنار قانون اصلاح آموزش و مراقبت بهداشتی^۱ مهم ترین مقررات پیاده شده در خصوص نظام بهداشتی آمریکا از زمان تصویب «مدیکر» و «مدیکید» در سال ۱۹۶۵ است.

هدف این لایحه افزایش کیفیت بیمه سلامت و مقرون به صرفه بودن آن، کاهش افراد فاقد بیمه از طریق توسعه پوشش بیمه و کاستن از هزینه های مراقبت سلامت بود. این قانون بیمه کنندگان را مجبور می کند همه متقاضیان و فهرست مشخصی از شرایط را بپذیرند و بی توجه به شرایط از پیش موجود یا جنسیت نرخ مشابهی را مطالبه کنند. اداره بودجه کنگره در سال ۲۰۱۱ پیش بینی کرد این لایحه کسری بودجه های آتی و هزینه کرد «مدیکر» را کاهش خواهد داد.

بیمه های بهداشتی که به وسیله شرکت های بزرگ ارائه می شوند، معمولاً فراگیر هستند. اما لایحه مراقبت بهداشتی ارزان قیمت برخی موارد ضروری برای پوشش بیمه بهداشتی را گسترش داد. بر اساس این قانون، بیمه کنندگان و کارفرمایان باید بدون گرفتن مبالغ بیشتر از مردم بسیاری از خدمات پیشگیری را تحت پوشش بیمه قرار دهند.

این خدمات ضروری که بدون پرداخت بیشتر پول از جیب مشتریان باید ارائه شوند، شامل چندین آزمایش و غربالگری از جمله انجام ماموگرافی و کولونوسکوپی می شود که «کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده» آن ها را توصیه کرده است؛ واکسیناسیون منظم که «کمیته مشورتی روال های ایمن سازی» وابسته به «سازمان فدرال مراقبت و پیشگیری بیماری ها» (CDC) از آن پشتیبانی می کند و طیفی از خدمات ویژه برای کودکان و زنان که «سازمان منابع و خدمات بهداشتی فدرال» آن ها را توصیه می کند.

لایحه بهداشتی اوپاما همچنین بیمه ها را ملزم می کند که همه روش های پیشگیری از بارداری را که به وسیله سازمان غذا و داروی آمریکا به تصویب رسیده است، بدون تحمیل هزینه اضافی بر بیمه شدگان پوشش دهند. تغییر در این بخش قانون احتمالاً بیش از همه بر زندگی روزمره مردم تأثیر خواهد گذاشت.

بنا بر قانون اوپاما کر، همه شهروندان ایالات متحده موظف اند تحت پوشش بیمه درمانی قرار بگیرند. این

پوشش درمانی می‌تواند توسط کارفرمایان یا به‌طور خصوصی از شرکت‌های بیمه خریداری شود و دولت به آن دسته از افرادی که تمکن پرداخت حق بیمه خود را ندارند کمک خواهد کرد.

شواهد نشان می‌دهد در ایالات متحده، شرکت‌های بیمه تبعیض‌هایی را میان افراد متقاضی پوشش بیمه‌ای قائل می‌شوند، به‌طوری‌که افراد براساس جنسیت یا سن خود باید حق بیمه‌های متفاوتی را بپردازند و برخی از افراد نیز تحت پوشش قرار نمی‌گیرند. به همین دلیل، در طرح اوباما کرپیشنهاد ایجاد یک مرکز ملی برای استقرار قواعد و استانداردهای شرکت‌های بیمه ارائه شده است. این مرکز بر پوشش‌های بیمه‌ای نظارت کرده و تضمین می‌نماید که حق بیمه‌های دریافتی منصفانه و باثبات باشند (پدرام، ۱۳۹۰).

ج- پیامدها و نتایج برنامه مراقبت بهداشتی

به‌رغم تأثیرات مثبتی که برنامه مراقبت بهداشتی بر روی گروه خاصی از جمعیت فاقد پوشش بیمه در ایالات متحده به همراه داشت به دلیل نقش سرمایه‌داران بزرگ که تولید اصلی را در این کشور به عهده دارند و مخالف افزایش مالیات‌ها بودند این طرح با روی کار آمدن دولت جدید در این کشور به شکست منتهی شد.

منابع مالی طرح پیشنهادی اوباما، به‌وسیله سازوکار کم‌هزینه نظام جدید درمانی و اخذ مالیات از اشخاصی که درآمد سالانه آن‌ها بیش از ۲۵۰ هزار دلار است، تأمین می‌شد. اما مخالفان معتقد بودند نباید افراد با درآمد بالا را به صرف تلاش در جهت افزایش درآمد تنبیه نمود، زیرا درآمد افراد، با ارزش فعالیت‌هایی که برای خود یا دیگران انجام می‌دهند، برابر است. همچنین باور داشتند که این طرح به دلیل افزایش مالیات‌ها باعث کاهش انگیزه برای سرمایه‌گذاری شده و در نتیجه موجب از بین رفتن مشاغل زیادی می‌شود که برای اقتصاد آمریکا چندان خوشایند نیست. به موجب این طرح طی ۱۰ سال باید مالیات‌ها نزدیک به پانصد میلیارد دلار افزایش یابد که افزایش مالیات به بنگاه‌های کوچک آسیب می‌رساند و سرمایه‌آنان را کاهش می‌دهد (همان).

مخالفان ضمن پذیرش اهداف طرح اوباما، روش‌های آن را کارآمد نمی‌دانند به‌عنوان نمونه پیشنهاد می‌کنند که به‌منظور کاهش نرخ‌های بیمه، نخست باید بر اصلاح بازار بیمه تمرکز کرد و بسترهای کافی برای افزایش رقابت در صنعت بیمه آمریکا را فراهم ساخت. بدین ترتیب دستی نامرئی بازار قیمت‌ها را تنظیم می‌کند و با کاهش قیمت‌ها، همگان می‌توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

اوباما با علم به این موضوع، پیشنهاد کرد که یک گزینه بیمه عمومی برای افرادی که توانایی مالی برای

خرید پوشش بیمه‌ای از شرکت‌های خصوصی ندارند، ایجاد شود. بدین ترتیب با توجه به تضمین بهره‌مندی شهروندان از حداقلی از خدمات بیمه‌ای، شرکت‌های بیمه خصوصی مجبورند کیفیت خدمات و قیمت‌های خود را به شکل محسوسی بهبود دهند تا شهروندان انگیزه کافی برای پرداخت پول به منظور بهره‌مندی از خدمات آن‌ها را داشته باشند و به این ترتیب قیمت‌های انواع بیمه، بدون دخالت مستقیم دولت در بازار و تعیین دستوری قیمت، کاهش می‌یابد (همان).

با وجود اینکه قبل از اوپاما، طرح تأمین اجتماعی یا بیمه افراد مسن یا کم‌درآمد وجود داشت، اما هیچ رئیس‌جمهوری نتوانست ایالات متحده را به داشتن بیمه همگانی متحد کند؛ تا اینکه اوپاما این طرح را تصویب و اجرای قانون «حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه» را به نام خود ثبت کرد.

اوپاما در سال ۲۰۱۰ میلادی تصویب شد و دیوان عالی آمریکا نیز کلیات آن را در تابستان ۲۰۱۲ میلادی بررسی و تأیید کرد که مغایرتی با قانون اساسی ایالات متحده ندارد. هدف اصلی اوپاما کرایه بود که شهروندان آمریکایی که مشمول هیچ‌گونه بیمه‌ای نیستند، به تدریج به خدمات بیمه دسترسی پیدا کنند و تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار گیرند. در واقع این طرح در پی گسترش بیمه همگانی، کاهش هزینه‌های درمانی و کاهش نابرابری‌های اجتماعی در آمریکا بود.

بر اساس اوپاما، شهروندان آمریکایی از یک نظام بیمه درمانی در دسترس و ارزان قیمت برخوردار می‌شدند و لذا بار مالی زیادی برای دولت در پی داشت. مهم‌ترین مشکل طرح نیز به روش تأمین مالی آن برمی‌گشت. منابع مالی طرح بیمه فراگیر پیشنهادی اوپاما به وسیله سازوکار کم‌هزینه نظام جدید درمانی و اخذ مالیات از اشخاصی که درآمد سالانه آن‌ها بیش از ۲۵۰ هزار دلار است، تأمین می‌شد. لذا اجرای اوپاما کسب افزایش مالیات‌ها و همچنین باعث ایجاد اختلال در نظام اقتصادی و نیز افزایش ناراضی‌ها در بخشی از جامعه آمریکا شد.

زمانی که طرح مراقبت مقرون به صرفه یا «اوپاما» در سال ۲۰۱۰ اجرایی شد، ۲۰ میلیون نفر در آمریکا تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفتند و طبقه متوسط و پائین در این کشور از این بیمه استفاده کردند. این طرح شامل حداقل‌های خدمات درمانی نظیر پوشش رایگان خدمات پیشگیرانه، اجبار کارفرمایان به بیمه کردن کارکنان و تخصیص یارانه برای خرید بیمه بود.

طرح مراقبت مقرون به صرفه همچنین شرکت‌های بیمه را ملزم به پذیرفتن درخواست‌کنندگان بدون معیار قرار

دادن سابقه پزشکی و درمانی آنان می‌کرد و اجازه می‌داد که فرزندان مدت بیشتری زیر پوشش بیمه والدین خود بمانند.

با این حال دولت جدید آمریکا به رهبری ترامپ با این طرح مخالف بود و سرانجام آن را کنار گذاشت و طرح جدیدی در این زمینه ارائه کرد. با تصویب و اجرایی شدن «ترامپ کر»، مالیات مقرر شده توسط دولت باراک اوباما حذف می‌شود، برای عدم تهیه بیمه درمانی مدیکید جریمه تعیین می‌گردد و یارانه کمک به خرید بیمه‌های درمانی تعدیل خواهد شد. همچنین برای پایین آوردن حق بیمه افراد، خدماتی چون اورژانس، زنان و زایمان و سلامت روان از پوشش بیمه آنان حذف می‌شود.

نتیجه بررسی

تجربه سه کشور ایران، ترکیه و ایالات متحده در ایجاد تغییرات در نظام سلامت با هدف بهبود شاخص‌های بهداشت و سلامت نشان می‌دهد نحوه تأمین مالی، تغییرات کارکردی و ساختاری، داشتن چشم‌انداز و برنامه‌های منسجم و رفع موانع فرهنگی - اجتماعی اهمیت بسیاری در دستیابی به اهداف ترسیم شده دارد.

پیش از ورود به سایر مباحث باید نحوه تأمین منابع مورد نیاز در ایجاد تحول در نظام بهداشت و درمان مشخص شود چراکه شواهد نشان می‌دهد یکی از دلایل شکست بسیاری از برنامه‌های تحول عدم بررسی دقیق این موضوع بوده است. هرچند تزریق منابع مالی به حوزه سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است اما به دلیل کمبود منابع و با توجه به اینکه سایر بخش‌های اقتصادی نیز نیاز به منابع مالی دارند، تخصیص منابع باید بر اساس اصول پذیرفته شده به‌ویژه در بخش پیشگیری که دارای حداکثر بازدهی است، صورت گیرد و از روش آزمون و خطا در تزریق منابع به‌طور جدی پرهیز شود.

علاوه بر تخصیص منابع، باید به ساختار و وظایف وزارت بهداشت و درمان نیز توجه نمود. در حالی که بر اساس قانون، وزارت بهداشت مکلف است با راهبری و هماهنگی سازمان‌ها و دستگاه‌های مختلف، سلامت جامعه را تأمین کند شاهد آن هستیم که در نظام سلامت فعلی، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بزرگ‌ترین ارائه‌کننده خدمت یاد می‌شود. نقش تصدی‌گری، می‌تواند بر وظایف اصلی این وزارتخانه که شامل سیاست‌گذاری، هماهنگی، ارزیابی و نظارت است، تأثیر سوء داشته باشد؛

ترکیه در بازه زمانی نسبتاً کوتاهی توانست در بهبود شاخص‌های نظام سلامت شامل سلامت جامعه،

پاسخ‌گویی به انتظارات و اثربخشی (یا همان هزینه‌کرد مناسب با توجه به خروجی)، موفقیت قابل توجهی کسب نماید. از جمله تحولات نظام سلامت ترکیه در دوران تحول می‌توان از ایجاد یک سازمان بیمه‌گر مستقل از وزارت بهداشت، از بین رفتن مشاغل چندگانه، بهبود دسترسی به پزشک، دارو، تخت‌های بیمارستانی، تکنولوژی و رضایت‌گیرندگان خدمت نام برد. در حال حاضر جمعیت بسیار کمی از پزشکان در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند و این در حالی است که قبل از دوران بازسازی درصد زیادی از پزشکان تمایل به کار در بخش خصوصی داشتند.

تجربه ترکیه سه درس مهم برای کشورهای با درآمد متوسط به بالا دارد. یکی از آموزه‌های مهم ضرورت سرمایه‌گذاری در بخش سلامت است. ترکیه با اختصاص ۷/۷ درصد از بودجه عمومی خود به بهداشت و درمان توانست تحول عمده‌ای در نحوه تخصیص منابع به بخش‌های مختلف ایجاد نماید که نتیجه آن توسعه و گسترش مراقبت‌های اولیه و پیشگیری در این کشور بود.

دومین آموزه مهم اهمیت ترغیب تقاضا برای خدمات اساسی سلامت از طریق کاهش موانع فرهنگی-اجتماعی و ارائه مشوق‌های مالی است. درس سوم اهمیت داشتن چشم‌انداز و مدیریت در تنظیم ارزش‌ها و اصول راهنما و نیز تصمیم‌گیری برای تعقیب آن‌ها از طریق اجرای سیاست‌ها است.

تجربه ایالات متحده نشان می‌دهد موضوع نحوه تأمین مالی بخش بهداشت از اهمیت بسیار برخوردار است و در صورتی که توجه لازم به این موضوع نشود تحولات در این حوزه کوتاه‌مدت خواهد بود و نتایج بلندمدت را به همراه نخواهد داشت.

فهرست منابع

۱- انجمن تخصصی فناوری اطلاعات سلامت و انفورماتیک پزشکی ایران (۱۳۹۰)، «سیستم بیمه‌ای آمریکا»، به نشانی اینترنتی:

<http://www.himt.ir/thread-258.html>

۲- پدرام، متین، «اوباما و تحول در نظام درمانی ایالات متحده آمریکا»، روزنامه دنیای اقتصاد، شماره ۲۴۳۳، ۲۴/۵/۱۳۹۰

۳- پورشیروانی، نصراله، «اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران: دستاوردها و چالش‌ها»، مقالات همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، اردیبهشت ۹۴، ص ۱۰

۴- خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، «نظام سلامت آمریکا برای پنجمین بار شکست خورد»، چهارشنبه ۲۸ خرداد ۱۳۹۳ به نشانی اینترنتی:

www.isna.ir/news/93032815747

۵- خدامرادی، عبدالواحد و همکاران، «پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت و سیاست‌های مقابله با آن»، فصلنامه بیمارستان، سال چهاردهم، شماره ۵۴، ۱۳۹۴.

۶- دشمنگیر، لیلا و مینو علی پوری (۱۳۹۴)، «ارزیابی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت»، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، دوره هجدهم شماره ۷۰.

۷- شیردل، رامین، «آسیب‌شناسی اجرای طرح تحول سلامت در ایران برای سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴»، سازمان بازرسی کل کشور، مرکز مطالعات و پژوهش‌های سلامت اداری و مبارزه با فساد، ۱۳۹۵

۸- فرقانی، احمد، «نقدی بر طرح تحول نظام سلامت»، جامعه خبری تحلیلی الف، ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۴، به نشانی اینترنتی:

<http://old.alef.ir/vdcdnf0xfyt0596.2a2y.html?271691>

۹- کریمی، ایرج و همکاران، «ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب»؛ ارائه الگو برای ایران، فصلنامه مدیریت سلامت، دوره ۸، شماره ۲۲، ۱۳۸۷

۱۰- مسعودی اصل، ایروان (۱۳۹۵)، «برنامه تحول سلامت: مطالعه موردی کشور ترکیه»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهش‌های فرهنگی-اجتماعی.

۱۱- مسعودی اصل، ایروان، آقابابا، سارا (۱۳۹۵)، «نظام سلامت در حال تغییر ایالات متحده آمریکا»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهش‌های فرهنگی-اجتماعی.

۱۲- موسسه ملی تحقیقات سلامت، «اهداف و اجزاء طرح تحول سلامت»، ۱۳۹۶، به نشانی اینترنتی:

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

۱۳- مهدیان، س. جهانگرد، م (۱۳۹۴)، «چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در سه بازه زمانی مختلف و ارائه راهکارهای رفع موانع موجود»، مجموعه مقالات همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت.

۱۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «تحول نظام سلامت»، ۱۳۹۶، به نشانی اینترنتی:

<http://tahavol.behdasht.gov.ir>

15- Aran M, Rokx C. Turkey on the Way of Universal Health Coverage through the Health Transformation Program (2003-13). 2014

16- Atun R, Aydin 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

17- Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. 2013

18- Izadkhan M. National health concerns, fears and hopes about the implementation of the healthcare reform mean? Monthly Trust, 43. 2014. [Persian]

19- Obama, Barack, United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps, JAMA. 2016;316(5).

20- World Health Organization, United States of America, available from:

<http://www.who.int/countries/usa/en/>

21 – Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health policy 2010; 94(1).

22 – Yasar GY. Health transformation program in Turkey: an assessment. The International Journal of Health Planning and Management 2011; 26(2).