

## თურქეთი ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმის მაგალითია

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვის პოლიტიკის უნსტიტუტის დირექტორი

გიორგი მიქიაშვილი - მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

საქართველოში ჯანდაცვის რეფორმები 1995 წლიდან დაიწყო. მთელი ამ 25 წლიანი პერმანენტული რეფორმების პერიოდში ჯანდაცვის 9 მინისტრი მოვიცვალეთ, მაგრამ დღემდე ვერ შევქმენით ვერც პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, ვერც ეფექტური ჰოსპიტალური სექტორი, ვერც მდგრადი საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა.

ამ მხრივ, საინტერესოა ჯანდაცვის სფეროში ჩვენი მეზობელი ქვეყნის, თურქეთის მიერ გატარებული რეფორმების გაცნობა.

თურქეთის ჯანდაცვის სისტემის უმთავრეს გამომწვევად მიიჩნეოდა ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მიწოდების ფრაგმენტული სისტემა. სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ახორციელებდნენ (1) ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო (ფლობდა კლინიკების 64.3%-ს); (2) სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია (ფლობდა კლინიკების 27.9%-ს) და (3) კერძო სექტორი (ფლობდა კლინიკების 7,8%-ს).

არსებული ფრაგმენტული მიწოდების სისტემის მიზეზს წარმოადგენდა ფრაგმენტული დაფინანსების სისტემა. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას ახორციელებენ (1) სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია (Sosyal Sigortalar Kurumu, SSK); (2) სახელმწიფო მოხელეთა საპენსიო ფონდი (Emekli-Sandigia); (3) სოციალური დაზღვევის სააგენტო ვაჭრებისთვის, ხელოსნებისთვის და თვითდასაქმებულებისთვის (Bağ-Kur); (4) მწვანე ბარათი ღარიბი და დაუზღვეველი მოსახლეობისათვის (Yesil Kart)

მოსახლეობა დაყოფილი იყო ხუთ ქვეჯგუფად: აქტიური საჯარო მოხელეები, პენსიონერი საჯარო მოხელეები (Emekli-Sandigia), სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის ბენეფიციარები (SSK), სოციალური დაზღვევის სააგენტოს ბენეფიციარები (Bağ-Kur) და მწვანე ბარათის (ე.წ. Green Card) მფლობელები.

ჯანდაცვა ძირითადად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ, კერძოდ, ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 63%-ს შეადგენდა სახელმწიფო დანახარჯები (28% - სოციალური დაზღვევის სქემებიდან, 28% სახელმწიფოს სხვა წყაროებიდან). ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენდა 27.6%-ს, ხოლო კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები ასრულებდნენ მინიმალურ როლს ჯანმრთელობის დაფინანსებაში (8%).

დაფინანსების და მიწოდების ფრაგმენტული სისტემა ხელს უწყობდა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის არათანასწორობას. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები

არადამაკმაყოფილებელი იყო. 2002 წელს ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე შეადგენდა 26,1-ს, ხოლო სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 71 წელს.

თურქეთში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესი დაიწყო 2003 წელს. ახლადარჩეულმა მთავრობამ წარმოადგინა „ჯანდაცვის გარდაქმნის პროგრამა“, რომლის უმთავრეს მიზნად განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის და თანასწორობის გაუმჯობესება. ძირითადი აქცენტი გაკეთდა პროფილაქტიკურ სერვისებზე.

რეფორმის შედეგად განხორციელდა დამფინანსებლისა და მიმწოდებლის ფუნქციების გაყოფა. ჯანდაცვის სამინისტრო გახდა ჯანდაცვის სერვისების მთავარი მიმწოდებელი, ხოლო სოციალური დაცვის ინსტიტუტი (SSI) გახდა ჯანმრთელობის დაცვის მთავარი შემსყიდველი როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.

თავიდანვე ხაზგასმით აღინიშნა პირველადი ჯანდაცვისა და პრევენციის მნიშვნელობა. შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროგრამა, რომლის მიზანს შეადგენდა ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, ჰოსპიტალური ვიზიტების შემცირება. 2006 წელს პირველადი ჯანდაცვის სერვისები უფასო გახდა მთელი მოსახლეობისათვის.

#### **ადამიანური რესურსების მართვის კუთხით განხორციელებული რეფორმები.**

თურქეთის ჯანდაცვის რეფორმების წარმატებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ადამიანური რესურსების პოლიტიკას, ჯანდაცვის პროფესიონალების დონის ამაღლებას და პერსონალის თანაბარ გადანაწილებას შორეულ რეგიონებში. რეფორმის წარმატებას ხელი შეუწყო შემდეგმა ცვლილებებმა: რეგიონებში სამედიცინო პერსონალის დეფიციტის აღმოფხვრა (სამედიცინო პერსონალი თითქმის გაორმაგდა), სავალდებულო მომსახურების კანონის შემოღება, სრულ განაკვეთზე დასაქმების შესახებ კანონის დანერგვა და საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარება. რეფორმის შედეგად გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობა. იმ რეგიონებში, სადაც აღინიშნებოდა სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი, სახელმწიფომ დააწესა გარკვეული პერიოდით სავალდებულო დასაქმება.

#### ***რეგიონებში სამედიცინო პერსონალის დეფიციტის აღმოფხვრა***

თურქეთის ჯანდაცვის ერთ-ერთ პრობლემას წარმოადგენდა ზოგ რეგიონში სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი. შესაბამისად, რეფორმის ერთ-ერთი პრიორიტეტად გამოცხადდა სამედიცინო პერსონალის განაწილების რეგიონალური განსხვავებების შემცირება. გარკვეულ რეგიონებში კადრების დასაქმების წახალისების მიზნით 2003 წელს ძალაში შევიდა კანონი, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საშუალებას აძლევდა ხელშეკრულებით დაექირავებინა სამედიცინო პერსონალი ისეთ რეგიონებში (განსაკუთრებით აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ რეგიონებში), სადაც შეინიშნებოდა კადრების დეფიციტი. გარდა ამისა, ჯანდაცვის სამინისტრომ აამოქმედა „საჯარო მოსამსახურეთა შესახებ“ კანონის ერთ-ერთი მუხლი, რომელიც ეხებოდა პერსონალის განაწილებას ღარიბ რეგიონებში.

ჯანდაცვის სამინისტროსა და სამედიცინო პერსონალს შორის საკონტრაქტო ურთიერთობები იყო ნებაყოფლობითი, გაცილებით მაღალი ფინანსური სარგებლით. აღნიშნულმა ხელი

შეუწყო ქვეყნის მასშტაბით ადამიანური რესურსების უფრო სამართლიანად გადანაწილებას. პროგრამა განსაკუთრებით წარმატებული აღმოჩნდა რეგიონებში ექთნების დეფიციტის აღმოსაფხვრელად.

კანონი სამედიცინო უნივერსიტეტების ახალ კურსდამთავრებულებს დიპლომის მიღებამდე ავალდებულებდა სამსახურის გავლას გარკვეულ დეფიციტურ რეგიონებში. სავალდებულო მომსახურების ხანგრძლივობა განისაზღვრა ერთიდან ორ წლამდე, რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური დონის მიხედვით ან სპეციალობის მიხედვით. მაგალითად, ექიმ სპეციალისტებისთვის სავალდებულო მომსახურების ხანგრძლივობა ორიდან ოთხ წლამდე მერყეობდა.

კურსდამთავრებულები სხვადასხვა რეგიონში ნაწილდებიან კადრების საჭიროებისა და ლატარიის სისტემის საფუძველზე. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების რეგიონში დანიშნული ექიმის სავალდებულო მომსახურების პერიოდი შედარებით მოკლეა. თურქეთის 81 პროვინცია სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით დაყოფილია ექვს კატეგორიად. ეს ქსელი გამოიყენება ქულების განაწილებისთვის. ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებიც მუშაობენ დაბალი სიმჭიდროვის და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ადგილებში, უფრო მეტ ქულებს ღებულობენ. დაგროვილი ქულები გამოიყენება სავალდებულო მომსახურების გავლის შემდეგ ახალი სამუშაო ადგილზე მისაღებად. კერძოდ, კანდიდატს, რომელსაც აქვს ყველაზე მეტი ქულა, ვაკანტურ სამუშაო ადგილზე დანიშვნის უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვს.

### ***სრულ განაკვეთზე დასაქმების შესახებ კანონის დანერგვა***

2010 წლამდე ექიმებს შეეძლოთ ნახევარ განაკვეთზე მუშაობა როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში, შესაბამისად ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილი ორ ადგილზე იყო დასაქმებული.

2010 წელს მიღებულ იქნა სრული დღის კანონი, რომლის თანახმად, ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებული სამედიცინო ორგანიზაციის პერსონალს ექსკლუზიურად მხოლოდ სახელმწიფო სექტორში უნდა ემუშავა, ხოლო საუნივერსიტეტო კლინიკების ექიმებს ისევ ჰქონდათ ორმაგი პრაქტიკის უფლება. გატარებული რეფორმის შედეგად, 2010 წელს 2002 წელთან შედარებით, ნახევარ განაკვეთზე მომუშავე ექიმების რაოდენობა 89%-დან 8%-მდე შემცირდა.

### **საოჯახო მედიცინის მოდელი**

პირველადი ჯანდაცვის გასაძლიერებლად 2004 წელს ამოქმედდა საოჯახო მედიცინის პროგრამა. პროგრამის თანახმად, ოჯახის ექიმებს უნდა გაეცლოთ სპეციალური საოჯახო მედიცინის ტრენინგი, რომლის შემდეგ გახდებოდნენ დამოუკიდებელი კონტრაქტორი ოჯახის ექიმები.

ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტების თანაფარდობის მიზნობრივი მაჩვენებელი განისაზღვრა 1:3400-თან, ანუ 1 ოჯახის ექიმზე საშუალოდ მოდიოდა 3400 ბენეფიციარი. ამ მაჩვენებელზე დაყრდნობით დადგინდა, რომ თურქეთს ესაჭიროებოდა 20,000 ოჯახის ექიმი. 2010 წლისთვის შეიქმნა 20,000 საოჯახო მედიცინის გუნდი, რომლებმაც

შეძლეს საოჯახო მედიცინაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის განვითარება თურქეთის ყველა 81 პროვინციაში.

ადამიანური რესურსების რეფორმები წარმატებული აღმოჩნდა. მოსახლეობის კმაყოფილების დონე ჯანმრთელობის სერვისებთან და ჯანმრთელობის სისტემასთან მიმართებაში საგრძნობლად გაიზარდა.

### **რეფორმების პოლიტიკური ეკონომიკა**

ჯანდაცვის რეფორმა რთული პროცესია, რომელზეც გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა: ისტორია, პოლიტიკა, ეკონომიკა.

### **რეფორმის სასურველი კონტექსტი**

2002–2012 წლებში თურქეთში არსებული ისტორიული, პოლიტიკური და დემოგრაფიული კონტექსტი ჯანმრთელობის რეფორმისთვის ხელსაყრელ გარემოს ქმნიდა.

**ჯანდაცვის სფეროს რეფორმირების არსებული გეგმები:** 2003 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ შეძლო სწრაფად დაეწყო რეფორმები, რადგან რეფორმების უმეტესი კომპონენტები უკვე შემუშავებული იყო. მმართველი პარტია სწრაფად მოქმედებდა ჯანდაცვის რეფორმის მიმართულებით, რათა გამოეყენებინა ის მხარდაჭერა, რომელიც მან 2002 წლის არჩევნების შემდეგ მიიღო. 1990 წლის ჯანმრთელობის სექტორის განვითარების გეგმის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების მოდელი შემდეგი ასპექტების საფუძველზე: (1) მყიდველი-პროვაიდერის გაყოფა, (2) ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევა, (3) ადამიანური რესურსების რაციონალური პოლიტიკა და (4) ოჯახის ექიმის მოდელის შექმნა.

**ძლიერი პოლიტიკური ვალდებულება და რეფორმების თანმიმდევრულობა:** 2002 წლის საპარლამენტო არჩევნებმა სამართლიანობისა და განვითარების (Adalet ve Kalkinma Partisi – AK) პარტიას საკანონმდებლო უმრავლესობა მიანიჭა. 2002 წლიდან 2007 წლამდე სამართლიანობისა და განვითარების პარტია აკონტროლებდა პარლამენტში ადგილების 66%-ს, რაც მათ ხმების უმრავლესობას აძლევდა საკანონმდებლო ორგანოში. ეს უმრავლესობა მნიშვნელოვანი იყო იმის გამო, რომ იგი ზღუდავდა ჯანდაცვის სფეროში სხვა მხარეთა ინტერესებს ან რეფორმირების პროცესის შენელებას და ხელსაყრელ გარემოს ქმნიდა ჯანმრთელობის რეფორმის თვალსაზრისით. რეფორმების ჯგუფი მჭიდროდ თანამშრომლობდა ჯანდაცვის მინისტრთან რეფორმის შემუშავების, მიღებისა და განხორციელების ყველა ასპექტზე. რეფორმების ჯგუფმა შეიმუშავა პოლიტიკურად სიცოცხლისუნარიანი კომუნიკაციების სტრატეგია, რათა ხელი შეეწყო რეფორმის განხორციელებისათვის.

**ეკონომიკური ზრდა და ფისკალური სივრცე ხელს უწყობდა ჯანდაცვის რეფორმების განხორციელებას:** ხელსაყრელმა ეკონომიკურმა პირობებმა მთავრობას საშუალება მისცა განეხორციელებინა ჯანდაცვის რეფორმით განსაზღვრული ცვლილებების დაფინანსება. 2002 წლიდან 2011 წლამდე ერთ სულ მოსახლეზე რეალური მშპ 70%-ით გაიზარდა (\$5,952-დან \$8,493-მდე).

**ახალგაზრდა მოსახლეობა და ჯანდაცვის ნაკლები საჭიროება:** თურქეთს ჰყავდა შედარებით ახალგაზრდა მოსახლეობა. ცხადია, რაც უფრო ახალგაზრდაა მოსახლეობა, მით ნაკლებია სამედიცინო მომსახურების საჭიროება. აღნიშნული ხელს უწყობდა რეფორმის მიმართ პოზიტიურ დამოკიდებულებას, ვიდრე ეს მოხდებოდა ასაკოვანი მოსახლეობის მაღალი წილის მქონე პოპულაციაში. თურქეთის ახალგაზრდა მოსახლეობას უფრო მეტად პირველადი ჯანდაცვის სერვისები სჭირდებოდა, ვიდრე ხანდაზმულ მოსახლეობას, რომელსაც ძვირი, ჰოსპიტალური მკურნალობა ესაჭიროებოდა. გარდა ამ ხელსაყრელი დემოგრაფიული მდგომარეობისა, წლების მანძილზე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ, თურქეთის მოქალაქეებს ახალი რეფორმის მიმართ დაბალი მოლოდინები ჰქონდათ. 2003 წელს მოსახლეობის მხოლოდ 39.5%-მა აღნიშნა, რომ ისინი კმაყოფილი იყვნენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხით. აღნიშნულმა გარემოებამ ქვეყანას შესაძლებლობა მისცა სისტემის შედარებით მცირე გაუმჯობესებითაც სწრაფად მიეღო პაციენტების კმაყოფილება.

### **პოლიტიკური ეკონომიკის გამოწვევები**

ჯანმრთელობის რეფორმა პოლიტიკურად დატვირთული პროცესია, რადგან იგი გულისხმობს რესურსების განაწილებაზე პოლიტიკურ პასუხისმგებლობებს. ჯანმრთელობის რეფორმა მტკივნეული პროცესია, რადგან მოითხოვს რესურსების ხელახალ გადანაწილებას, რაც წარმოქმნის გამარჯვებულებსა და დამარცხებულებს. როგორც წესი, ჯგუფები, რომლებიც რეფორმირებამდე სისტემის მიმართ კარგად არიან განწყობილნი, რეფორმას განიხილავენ როგორც მათი სარგებლების პოტენციურ საფრთხეს. ამ მხრივ გამოიყოფა პოლიტიკური ეკონომიკის სამი გამოწვევა.

### **გამოწვევა 1: მოსახლეობის ფართო ფენების ჩართვა რეფორმის წარმატებით განსახორციელებლად.**

მიუხედავად იმისა, რომ რეფორმის პოტენციური ბენეფიციარები გაცილებით მრავალრიცხოვანი არიან, მათ აქვთ მცირე ეკონომიკური ან პოლიტიკური რესურსი და სავარაუდოდ, ისინი ნაკლებად არიან ჩართული რეფორმების მხარდასაჭერაში. ამისგან განსხვავებით, რეფორმის მოწინააღმდეგეებს, როგორც მაღალი ეკონომიკური ან პოლიტიკური რესურსის მქონე კარგად ორგანიზებულ ჯგუფებს შეუძლიათ შეაფერხონ ან სხვაგვარი გავლენა მოახდინონ რეფორმირების პროცესზე მათ სასარგებლოდ.

ჯანდაცვის სამინისტროს სტრატეგიის მნიშვნელოვანი ასპექტი იყო ბენეფიციარებს შორის რეფორმის მხარდაჭერის სწრაფად ჩამოყალიბება, რადგან მათი დიდი რაოდენობა ქმნის ძლიერ პოლიტიკურ ძალას. დადგინდა, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის არ მქონე ან შეზღუდული წვდომის მქონე პირთა რაოდენობა დაახლოებით 24,8 მილიონი ადამიანი იყო, რაც 2003 წელს მოსახლეობის დაახლოებით 36%-ს წარმოადგენდა. მათი მხარდაჭერა კი მმართველი პარტიისთვის მნიშვნელოვანი და საჭირო იყო, რადგან რეფორმას ელიტები და ორგანიზებული ინტერესთა ჯგუფები დაუპირისპირდნენ.

ჯანდაცვის სამინისტრომ მოსახლეობის მხრიდან რეფორმის მხარდაჭერის ასამაღლებლად აქცენტი გააკეთა ჯანდაცვის სისტემის თვალსაჩინო ცვლილებებზე, პირველ რიგში იმ

ადგილებში, სადაც ყველაზე ნაკლებად იყო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა. ყურადღება გამახვილდა დაუყოვნებლივ და შესამჩნევ გაუმჯობესებებზე, რაც ემსახურებოდა მომსახურების მიწოდებისა და პაციენტების კმაყოფილების გაუმჯობესებას, ხოლო ამავდროულად ხელს უწყობდა რეფორმის პოლიტიკურ სიცოცხლისუნარიანობას. ამ მხრივ, რეფორმის შედეგად სისტემის პირველი ცვლილებები იყო შემდეგი:

- გაუქმდა არასურველი პრაქტიკა პაციენტების მიმართ, როდესაც კლინიკას შეეძლო მათი დაყოვნება იქამდე, სანამ ისინი არ გადაიხდიდნენ ხარჯებს;
- განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის რეორგანიზაცია ისე, რომ უფრო მეტი ოთახი იყო ხელმისაწვდომი პაციენტთა ზრუნვისთვის;
- გადაუდებელი სამედიცინო სატრანსპორტო სერვისები გაფართოვდა, სასწრაფო დახმარების მანქანების (მ.შ. თვითმფრინავით სასწრაფო დახმარების) რაოდენობა გაიზარდა.

ამ შედეგებით მარტივმა ცვლილებებმა გააუმჯობესა რეფორმისადმი საზოგადოების მხარდაჭერა და ხელი შეუწყო შემდგომ წლებში დაგეგმილ სისტემაში უფრო რთულ, მასშტაბურ ცვლილებებს. რეფორმის მოწინააღმდეგე ადამიანების რიცხვი 2003 წელს 59.59 პროცენტიდან 2005 წელს 29.30 პროცენტამდე შემცირდა. ამავე პერიოდში, რეფორმის პირველი ორი წლის განმავლობაში, მოქალაქეების კმაყოფილება ჯანმრთელობის მომსახურებით, 46,17%-დან 55,27%-მდე გაიზარდა.

## **გამოწვევა 2: საპირისპირო ინრეტსების მქონე ჯგუფების გავლენის მართვა**

რეფორმის საწყის ეტაპზე ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოავლინა რეფორმის მხარდაჭერისთვის მნიშვნელოვანი ჯგუფები და შეიმუშავა სტრატეგიები, რათა დაერწმუნებინათ საწინააღმდეგოდ მოაზროვნე ჯგუფები. იმის გათვალისწინებით, რომ მოწინააღმდეგეების პოზიციები გავლენას იქონიებდა მოსახლეობაზე, მთავრობამ შეიმუშავა პროცესების მართვის გეგმა.

გამოვლინდა სამი ძირითადი ჯგუფი, რომელიც პოტენციურად შეეწინააღმდეგებოდა რეფორმას:

**1) პროფკავშირები:** პროფკავშირები იყო ერთ-ერთი ყველაზე გავლენიანი ჯგუფი, რომელიც ეწინააღმდეგებოდა რეფორმებს. ჯანდაცვის სამინისტროს მაღალჩინოსნებმა შეხვედრების გრძელი სერია გამართეს პროფკავშირების წარმომადგენლებთან, რათა დაემტკიცებინათ თუ როგორ იმოქმედებს რეფორმები მათი წევრების კეთილდღეობაზე, კერძოდ, არ შემცირდებოდა შეღავათები და უმეტეს შემთხვევაში სარგებელი გაიზარდებოდა კიდევ. ჯანდაცვის სამინისტრო აქცენტს აკეთებდა ჯანმრთელობის სამართლიანობასა და თანასწორობის პრინციპის დაცვაზე, როგორც რეფორმის უმთავრეს მიზანზე. რეფორმის გრძელვადიანი მიზანი იყო ყველა მოქალაქეს ჰქონოდა ისეთივე შეღავათები, როგორც პენსიაზე მყოფ საჯარო მოხელეებს. ამ სტრატეგიამ უზრუნველყო ის, რომ ორგანიზებული ჯგუფების უმეტესობა აღარ ეწინააღმდეგებოდა რეფორმას.

2) **საჯარო მოხელეები (White Collar Civil Servants)** მეორე გავლენიანი ოპოზიციური ჯგუფი იყო, რომლებიც რეფორმას ეწინააღმდეგებოდნენ ორი მიზეზის გამო. პირველი, როგორც ყველაზე სრულყოფილი პაკეტის ბენეფიციარები, ისინი შიშობდნენ, რომ რეფორმა შეამცირებდა მათ სარგებლებს. მეორეც, ძველი დროის ამ საჯარო მოხელეების უმეტესი ნაწილი ნაკლებად იყო მმართველი პარტიის მომხრე. ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოიყენა დამაჯერებელი სტრატეგია, რათა დაერწმუნებინათ საჯარო მოხელეები, რომ მათი სარგებელი არ შემცირდებოდა. მათი წინააღმდეგობის დასაძლევად, ჯანდაცვის სამინისტრომ გადაწყვიტა, რომ არცერთ აქტიურ სახელმწიფო მოხელეს არ შეხებოდა ჯანმრთელობის შეღავათების ცვლილებები, და შეთანხმდნენ, რომ ახალ წესებს გამოიყენებენ მხოლოდ მომავალში დასაქმებულებზე.

3) **ჯანდაცვის მუშაკები:** ჯანდაცვის მუშაკების მონაწილეობას დაგეგმილ რეფორმებში არსებითი მნიშვნელობა ჰქონდა. მთავარ პრობლემას წარმოადგენდა დატრენინგებული პროფესიონალების დეფიციტი. პერსონალის ანაზღაურების მატებამ მკვეთრად გაზარდა ექიმების ხელფასები.

**გამოწვევა 3: ფრაგმენტული მიზნობრივი პროგრამების გაერთიანება და უნივერსალური ჯანდაცვის ფორმირება**

რეფორმის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის ფრაგმენტული მიზნობრივი პროგრამების გაერთიანება და უნივერსალური ჯანდაცვის ერთიანი სისტემის შექმნა. 2012 წლის იანვარში ამოქმედდა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის საფუძველზე თურქეთის თითოეულ მოქალაქეს გაუჩნდა ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა.

თურქეთმა მიაღწია ჯანდაცვის სხვადასხვა პროგრამების ერთიან სისტემაში წარმატებით ინტეგრირებას, რომელიც ყველა მოქალაქეს მოიცავს. ღარიბთა და საჯარო მოხელეების სარგებლების ერთ სისტემაში ინტეგრირება ძალიან რთულია, რადგან წარმოადგენს პოლიტიკური ეკონომიკის დიდ გამოწვევას. საჯარო მოხელეებს უფრო მეტი ეკონომიკური და პოლიტიკური ძალა აქვთ. რეფორმა საფრთხეს უქმნის მათ ინტერესებს, რადგან თანხების გადანაწილება, რომელიც საჭიროა დაბალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებისთვის, გულისხმობს საკუთარი შეღავათების შესაძლო შემცირებას და სხვებისთვის მათი გარკვეული წილის გადანაწილებას.

**ნაბიჯი 1: ღარიბთა სამედიცინო მომსახურების ე.წ. მწვანე ბარათის პროგრამის გაფართოება.** რეფორმამდე ღარიბთა სამედიცინო მომსახურების ე.წ. მწვანე ბარათის პროგრამას მნიშვნელოვანი შეზღუდვები ჰქონდა. ღარიბთათვის სახელმწიფო ახდენდა მხოლოდ სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებში გაწეული ჰოსპიტალური ხარჯების დაფარვას. პროგრამა ითვლებოდა წარუმატებლად, როგორც კორუფციული გადახდის პროცედურების და შეზღუდული სარგებლების პაკეტის და მომსახურების დაბალი ხარისხის გამო.

**ნაბიჯი 2: ღარიბთა სამედიცინო მომსახურების ე.წ. მწვანე ბარათის პროგრამა სამართავად გადაეცა ჯანდაცვის სამინისტროს.** რეფორმების დაწყებამდე, ღარიბთა სამედიცინო მომსახურების ე.წ. მწვანე ბარათების პროგრამას მართავდა სოციალური სოლიდარობის

ფონდი, რომელიც იყო პრემიერ მინისტრის კონტროლის ქვეშ. 2004 წელს პროგრამა სამართავად გადაეცა ჯანდაცვის სამინისტროს, რითაც მას მიეცა სარგებლების პაკეტის გაფართოების და არსებული პრობლემების მოგვარების შესაძლებლობა.

ჯანდაცვის სამინისტრომ გააფართოვა სარგებლის პაკეტი. 2004 წელს ჰოსპიტალურ სერვისებს დაემატა ამბულატორიული მომსახურების დაფარვა, ხოლო 2005 წელს მედიკამენტების დაფარვა. ჯანდაცვის სამინისტრომ გაზარდა მწვანე ბარათების პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების (დაბალშემოსავლიანი მოქალაქეები) რაოდენობა, რაც პოლიტიკურად მიზანშეწონილი იყო, რადგან იგი უფრო მეტ სარგებელს აძლევდა მოქალაქეებს. მწვანე ბარათების მფლობელთა რიცხვი გაიზარდა 2.5 მილიონიდან (2003 წ.) 9.1 მილიონამდე (2011 წ.). პროგრამის გადართობის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა სახელმწიფო ხარჯები: 3.8%-დან (2003) 8.4%-მდე (2009). მწვანე ბარათების პროგრამის ბენეფიციართა გაზრდასთან ერთად, ჯანდაცვის სამინისტრომ განიზრახა სამედიცინო სერვისების მიწოდების სისტემის გაუმჯობესება. აქცენტი გაკეთდა ქვეყნის იმ აგრარულ და ღარიბ რაიონებზე, სადაც ცხოვრობდნენ მწვანე ბარათის მფლობელი პირები. 2012 წლის იანვარში განხორციელდა მწვანე ბარათის მფლობელთა ფაქტობრივი ინტეგრაცია უნივერსალური, საყოველთაო ჯანმრთელობის სისტემაში. მწვანე ბარათის პროგრამა ოფიციალურად გაუქმდა.

## დასკვნა

რეფორმის შედეგად თურქეთში გაუმჯობესდა სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნა და მიწოდება, რაც აისახა ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებაში.

2003 წლიდან 2013 წლამდე ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში სახელმწიფო დანახარჯები გაიზარდა 72%-დან 77%-მდე, ჯიბიდან გადახდები კი შემცირდა 18.5%-დან 15.4%-მდე, თუმცა ერთ სულზე ჯიბიდან გადახდები \$87-დან \$172-მდე გაიზარდა.

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა ბოლო ათი წლის განმავლობაში გამოწვეული იყო სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გაზრდით. 2002-დან 2012 წლამდე პერიოდში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები გაიზარდა 36%-ით. უფრო მეტი ჯანდაცვის მუშაკის დატრენინგების და გადამზადების მიზნით, მთავრობამ სამედიცინო სკოლებში კვოტები გაზარდა 4,450 სტუდენტიდან 11,037 სტუდენტამდე. რეფორმის შედეგად გაიზარდა პირველადი ჯანდაცვის, საავადმყოფოების, საავადმყოფოების საწოლების, და ჯანმრთელობის სხვა ორგანიზაციების რაოდენობა.

რეფორმის შეფასების ყველაზე მკაფიო ინდიკატორია ჯანდაცვის სერვისების მოხმარების (უტილიზაციის) ზრდა. ბოლო ათწლეულში ერთ სულ მოსახლეზე ექიმზე მიმართვიანობა გაორმაგდა 3.2-დან (2002 წ.) 8.2-მდე (2012 წ.), რაც მეტყველებს, რომ თურქეთში ჯანდაცვის სისტემის როგორც ფიზიკური, ისე ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესდა.

რეფორმის წარმატებაზე მიუთითებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება. 2002 წლიდან 2011 წლამდე სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ გაიზარდა 71.0 წლიდან 74 წლამდე. ახალშობილთა სიკვდილიანობა 1000 სულზე შემცირდა 26.1-დან



(2002 წ.) 12,2-მდე (2012). შემცირების ეს მაჩვენებელი შთამბეჭდავია ყველა სხვა ქვეყანასთან შედარებით. 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 სულზე შემცირდა 31,5-დან 14,2-მდე.

რეფორმის შედეგად დაინერგა თანამედროვე დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიები, სხვადასხვა რეგიონში აშენდა სამედიცინო დაწესებულებები, განვითარდა სამედიცინო ტურიზმი. უცხოელმა პაციენტებმა დაიწყეს სამკურნალოდ თურქეთში ჩასვლა, მაშინ როცა წარსულში თურქეთის მოქალაქეები ევროპაში მიდიოდნენ სამკურნალოდ.

რეფორმების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის ზრდა, ადამიანური რესურსების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ზრდა დაკავშირებულია ჯანდაცვის სახელმწიფო ინვესტიციების ზრდასთან. მიღებული დადებითი შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ რეფორმით მიღებული სარგებლები დიდწილად ამართლებს სახელმწიფოს მიერ გაზრდილი ინვესტიციების განხორციელებას.

თენგიზ ვერულავა, გიორგი მიქიაშვილი (2020). თურქეთი ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმის მაგალითია. Forbes Georgia. [\[Link\]](#)