



ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმები: თურქეთის მაგალითი

გიორგი მიქიაშვილი¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი; g_mikiashvili3@cu.edu.ge

² მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, tengiz.verulava@gmail.com.

აბსტრაქტი

2003 წლიდან თურქეთის ჯანდაცვის სისტემაში დაიწყო რადიკალური ცვლილებები. სახელმწიფოს მიზანს შეადგენდა სამედიცინო სერვისებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა, თითოეული მოქალაქისათვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების თანაბარი უზრუნველყოფა, ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა. შემუშავდა „ჯანდაცვის ტრანსფორმაციის პროგრამა“, რომელიც სამ ძირითად ასპექტზე იყო დაფუძნებული: ა) ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ცვლილება; ბ) ადამიანური რესურსების მართვის პოლიტიკის ცვლილება; გ) რეფორმების პოლიტიკური ეკონომიკა. 2012 წლის იანვარში ამოქმედდა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის მეშვეობით თურქეთის თითოეულ მოქალაქეს მიეცა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა. 2003 წლიდან 2013 წლამდე ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში სახელმწიფო დანახარჯების წილი გაიზარდა 72%-დან 77%-მდე, ხოლო ჯიბიდან გადახდები შემცირდა 18.5%-დან 15.4%-მდე. მიუხედავად არსებული მრავალი გამოწვევისა თუ პრობლემისა, თურქეთმა სწორი პოლიტიკით, მიდგომებით და ქმედებებით, წინასწარ დასახული პროგრამის გეგმაზომიერი შესრულებით, შეძლო შთამბეჭდავი შედეგების მიღწევა.

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, თურქეთის ჯანდაცვა.

ციტირება: გიორგი მიქიაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმები: თურქეთის მაგალითი. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; 6 (1)

Successful Health System Reforms: The Case of Turkey

Abstract

Since 2003, Turkey has implemented major health care reforms. The goal of the reforms was to provide the general population with high quality medical services, to increase financial and geographical access. A “Health Transformation Program” was developed, which was based on three main aspects: (a) change of the health financing system; B) change of human resources management policy; C) the political economy of reforms. A law on universal health insurance was enacted in January 2012, giving every Turkish citizen access to quality medical care. From 2003 to 2013 the share of government spending in total healthcare spending increased from 72% to 77%, while out-of-pocket payments decreased from 18.5% to 15.4%. Despite many challenges or problems, Turkey has been able to achieve impressive results.

Keywords: access to medical services, Turkish healthcare.

Citation: Giorgi Mikiashvili, Tengiz Verulava. Successful health System: The Case of Turkey. Health Policy, Economics and Sociology, 2020; 6 (1)

შესავალი

თანამედროვე მსოფლიოს ერთ-ერთი აქტუალური საკითხია სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომის თანასწორობა. სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა გულისხმობს, რომ საზოგადოების თითოეულ წევრს უნდა შეეძლოს დროულად მიიღოს ნებისმიერი საჭირო მომსახურება დაბრკოლებების გარეშე. არსებობს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ფინანსური და არაფინანსური ბარიერები. ფინანსური ბარიერი დაკავშირებულია სერვისების სიძვირის გამო ხელმიუწვდომლობას. არაფინანსური ბარიერებიდან აღსანიშნავია სხვადასხვა რეგიონებში სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული მიუწვდომლობა, მიმწოდებლების ნაკლებობა, მოცდის დიდი დროის პრობლემა. ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა შეუძლებელია სამართლიანად ჩაითვალოს, თუ სერვისების მიღება გაცილებით რთულია საზოგადოების ერთი ფენისთვის, ვიდრე დანარჩენებისთვის¹. ამასთან, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თანასწორობის გაზომვა საკმაოდ რთული საკითხია, რომელიც მოიცავს ბევრ თეორიულ თუ პრაქტიკულ ასპექტს.

ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემები განსაკუთრებით გამწვავდა მეოცე საუკუნის ბოლო პერიოდიდან, როდესაც ჯანდაცვის ხარჯები კატასტროფულად გაიზარდა და მათი შეკავება, ფაქტობრივად, შეუძლებელი გახდა. ამას თან დაერთო მსოფლიო ეკონომიკური კრიზისი, რომლის ფონზე კონკრეტული სფეროების დაფინანსების ზრდა უკანა პლანზე გადავიდა².

სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომის თანასწორობასთან დაკავშირებული პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთი საინტერესო მაგალითია თურქეთში გატარებული ეფექტური რეფორმები. 2003 წელს თურქეთში დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესი, შეიქმნა „ჯანდაცვის გარდაქმნის პროგრამა“ (Health Transformation Program, HTP). პროგრამის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის დაფინანსების ფრაგმენტული სისტემის ინტეგრაცია და ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთიანი სისტემის შექმნა. 2012 წლის იანვარში ამოქმედდა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის საფუძველზე თურქეთის თითოეულ მოქალაქეს გაუჩნდა ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა³.

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.

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.

ნაშრომის მიზანია ჯანდაცვის სფეროში თურქეთის წინაშე არსებულ გამოწვევათა დამლევის, გატარებული რეფორმების შესწავლა, რაც მნიშვნელოვანია საქართველოში მიმდინარე რეფორმების ეფექტურად განსახორციელებლად.

ჯანდაცვის ტრანსფორმაციის პროგრამა (Health Transformation Program, HTP)

ჯანმრთელობა არის ადამიანის უნივერსალური უფლება და ადამიანის ძირითადი მოთხოვნილება. ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემის უმთავრესი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და დაფინანსების სამართლიანობა (ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება). სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უთანასწორობის შესამცირებლად 2003 წლიდან თურქეთში ეტაპობრივად განხორციელდა ჯანდაცვის რეფორმები.

2003 წელს სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების სერვისები მთელი მოსახლეობისათვის უფასო გახდა. პაციენტებს აღარ უწევდათ საავადმყოფოებში იძულებით დაყოვნება მკურნალობის საფასურის გადაუხდელობის გამო.

2004 წლიდან მწვანე ბარათის დაზღვევით დაფარულია ამბულატორიული მომსახურებები და მედიკამენტები; ორსულებისა და ბავშვებისთვის უკიდურესად გაჭირვებული ოჯახებიდან (მოსახლეობის 6%) შემოღებულ იქნა სპეციალური პროგრამა. ფარმაცევტული სფეროს რეგულირების შედეგად შემცირდა მედიკამენტების ფასები. პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს ექიმი, რომელიც დასაქმებულია სახელმწიფო საავადმყოფოში და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი.

2005 წლიდან დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. საპილოტე რეგიონებში დაინერგა საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელი.

2006 წელს საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელი დანერგვა გაფართოვდა ქვეყნის სხვა რეგიონებში.

2007 წელს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაწევა უფასო გახდა ყველასთვის, მიუხედავად დაზღვევის სტატუსისა. საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელი დანერგვა გაფართოვდა ქვეყნის სხვა რეგიონებში.

2008 წელს გადაუდებელი და ინტენსიური თერაპიის სერვისები ხელმისაწვდომი გახდა ყველასთვის, როგორც კერძო, ასევე საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში; საჭიერო სასწრაფო დახმარება უფასო გახდა მთელი მოსახლეობისთვის.

2009 - 2010 წლისათვის საოჯახო მედიცინის მოდელი დანერგა მთელი ქვეყნის მასშტაბით⁴.

ჯანდაცვის რეფორმამდელი სისტემა

თურქეთის ჯანდაცვის სისტემის განვითარება იწყება 1923 წლიდან, თურქეთის რესპუბლიკის დაარსების დღიდან. თურქეთში ჯანდაცვის რეფორმამდელი სისტემის განვითარება შეიძლება დაიყოს სამ პერიოდად: 1) 1923-1960 წლებში სახელმწიფოს უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის ფინანსური და ადამიანური დეფიციტის გადალახვის გზების ძიება, გადამდები დაავადებების გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა; 2) 1960-1983 წლებში ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მომსახურების ფრაგმენტული სისტემა. მუშათა კლასისათვის შეიქმნა სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია (Sosyal Sigortalar Kurumu, SSK); ვაჭრებისთვის, ხელოსნებისთვის და თვითდასაქმებულებისთვის შეიქმნა სოციალური დაზღვევის სააგენტო (Bağ-Kur), ხოლო სამთავრობო ორგანიზაციებში დასაქმებულთათვის სახელმწიფო მოხელეთა საპენსიო ფონდი (Government Employees Retirement Fund, GERF); 3) 1983 წლის შემდეგ პერიოდში და განსაკუთრებით, 90-იან წლებში ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულმა ცვლილებებმა გამოიწვია ზოგადი სოციალური პარადიგმებიდან ახალ საჯარო მენეჯმენტზე გადასვლა.

ჯანდაცვის სამინისტრო იყო პირველადი, მეორეული და მესამეული სამედიცინო სერვისების მთავარი მიმწოდებელი სამედიცინო პუნქტების, ჯანმრთელობის ცენტრებისა და საავადმყოფოების ქსელის საშუალებით. თურქეთის ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2002 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ფლობდა საავადმყოფოების 64.3%-ს, ხოლო კერძო სექტორი 7,8%-ს.

სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია წარმოადგენდა მეორეული და მესამეული დონის სამედიცინო სერვისების მეორე უმსხვილეს მიმწოდებელს და გააჩნდა საკუთარი ჯანდაცვის ორგანიზაციები და პერსონალი. მიუხედავად იმისა, რომ კერძო სექტორი შეადგენდა სამედიცინო ბაზრის შედარებით მცირე წილს, იგი მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა საჯარო სექტორის ექიმების საქმიანობაში. ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილი სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციების პარალელურად დასაქმებულები იყვნენ კერძო სექტორში არასრულ განაკვეთზე.

არსებული ფრაგმენტული ორგანიზაციული მიწოდების სისტემის მიზეზს წარმოადგენდა ფრაგმენტული დაფინანსების სისტემა. დაფინანსების სამი ძირითადი წყარო არსებობდა:

- სახელმწიფო ბიუჯეტი, რომელიც გროვდება ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებით;

- სოციალური დაზღვევის სახსრები (სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია - SSK, სოციალური დაზღვევის სააგენტო - Bağ-Kur, სახელმწიფო მოხელეთა საპენსიო ფონდი - GERF);

- ჯიბიდან გადახდები.

ჯანდაცვა ძირითადად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ. ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 63%-ს შეადგენდა სახელმწიფო დანახარჯები (28% - სოციალური დაზღვევის სექტებიდან, 28% სახელმწიფოს სხვა წყაროებიდან). ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენდა 27.6%-ს, ხოლო კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები და კორპორაციები ასრულებდნენ მინიმალურ როლს ჯანმრთელობის დაფინანსებაში (შესაბამისად, 4.4% და 3,6%)⁵.

მოსახლეობა დაყოფილი იყო ხუთ ქვეჯგუფად: აქტიური საჯარო მოხელეები, პენსიონერი საჯარო მოხელეები (GERF), სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის ბენეფიციარები (SSK), სოციალური დაზღვევის სააგენტოს ბენეფიციარები (Bağ-Kur) და მწვანე ბარათის (ე.წ. Green Card) მფლობელები. დაფინანსების და მიწოდების ფრაგმენტული სისტემა ხელს უწყობდა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის არათანასწორობას.

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

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები (2003-2013)

2002 წელს ახლადარჩეული მთავრობის მიერ გამოქვეყნებულ „ჯანდაცვის გარდაქმნის პროგრამის“ უმთავრეს მიზნად განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის და თანასწორობის გაუმჯობესება. ძირითადი აქცენტი გაკეთდა პროფილაქტიკურ სერვისებზე, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებაზე, ავადობის შემცირებაზე და სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდაზე. მომსახურების მიწოდების მხრივ, 2005 წელს სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის (SSK) ობიექტები გადაეცა ჯანმრთელობის სამინისტროს, რითაც ერთმანეთისგან გაიყო მყიდველისა და პროვაიდერის ფუნქციები.

ახალი სისტემის თანახმად, ჯანდაცვის სამინისტრო გახდა ჯანდაცვის სერვისების მთავარი მიმწოდებელი, ხოლო სოციალური დაცვის ინსტიტუტი (SSI) გახდა ჯანმრთელობის დაცვის მთავარი შემსყიდველი როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.

2006 წელს შემოღებულ იქნა საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება გაწეული მომსახურებების მიხედვით.

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

თურქეთის ყველა მოქალაქეს, განურჩევლად სოციალური ფენისა, მათ შორის მწვანე ბარათის ბენეფიციარებს, ჰქონდა თანაბარი წვდომა სამედიცინო ორგანიზაციებზე. პროგრამაში მონაწილეობდნენ როგორც კერძო ასევე სახელმწიფო პროვაიდერები. 2008 წელს 18 წლამდე ასაკის მოსახლეობისთვის ყველა სამედიცინო მომსახურება უფასო გახდა, სოციალური დაცვის სტატუსის მიუხედავად⁶.

2012 წელს განხორციელდა ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურული რეფორმები. ჯანდაცვის სამინისტრო ჩამოყალიბდა როგორც „პოლიტიკის შემუშავების და ზედამხედველობის“ ორგანო. გაუქმდა ძველი სტრუქტურები და შეიქმნა ახალი ადმინისტრაციული ერთეულები. განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა საზოგადოებრივი ჰოსპიტლების ინსტიტუტსა და ფარმაცევტული და სამედიცინო მოწყობილობების სააგენტოზე. პირველი შეიქმნა

საზოგადოებრივი საავადმყოფოების ახალი რეორგანიზებული სტრუქტურისთვის. საჯარო საავადმყოფოების შესახებ კანონის ამოქმედდა 2013 წელს. კანონით საავადმყოფოებს მიენიჭათ ფინანსური და მენეჯერული ავტონომია. შეიქმნა ფარმაცევტული და სამედიცინო მოწყობილობების სააგენტო.

რეფორმები ადამიანური რესურსების მართვაში

თურქეთის ჯანდაცვის რეფორმების წარმატებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ადამიანური რესურსების პოლიტიკას, ჯანდაცვის პროფესიონალების დონის ამაღლებას და პერსონალის სწორ გადანაწილებას შორეულ რეგიონებში. რეფორმის შედეგად სამედიცინო პერსონალი თითქმის გაორმაგდა, რამაც შესაძლებელი გახდა ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობების გაფართოება. რეფორმის წარმატებას ხელი შეუწყო შემდეგმა ცვლილებებმა: (ა) ხელშეკრულებაზე დაფუძნებული დასაქმება, (ბ) სავალდებულო მომსახურების კანონი, (გ) შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება, (დ) სრული დღის კანონი და (ე) საოჯახო მედიცინის მოდელი. რეფორმის შედეგად გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობა. იმ რეგიონებში, სადაც აღინიშნებოდა სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი, სახელმწიფომ დააწესა გარკვეული პერიოდით სავალდებულო დასაქმება. განხორციელებულმა ადამიანური რესურსების პოლიტიკამ წარმოშვა კრიტიკა და უკმაყოფილება სამედიცინო პერსონალის მხრიდან.

ხელშეკრულებაზე დაფუძნებული დასაქმება

ჯანმრთელობის ტრანსფორმაციის პროგრამის ერთ-ერთი პრიორიტეტი იყო პერსონალის განაწილების რეგიონალური განსხვავებების შემცირება. გარკვეულ რეგიონებში კადრების დასაქმების წახალისების მიზნით 2003 წელს ძალაში შევიდა კანონი #4924, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საშუალებას აძლევდა დაექირავებინა სახელშეკრულებო ურთიერთობით სამედიცინო პერსონალი ისეთ რეგიონებში (განსაკუთრებით აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ რეგიონებში) დასაქმებისათვის, სადაც შეინიშნებოდა კადრების დეფიციტი და დაბალი იყო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონე. ამის გარდა, ჯანდაცვის სამინისტრომ ამოქმედდა „საჯარო მოსამსახურეთა შესახებ“ კანონის ერთ-ერთი მუხლი, რომელიც ეხებოდა პერსონალის განაწილებას ღარიბ რეგიონებში.

ექთნებისა და ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებისთვის ხელშეკრულებების მიხედვით დასაქმების დაწესებამ გარკვეულ რაიონებში ხელი შეუწყო ქვეყნის მასშტაბით ადამიანური რესურსების უფრო სამართლიანად გადანაწილებას. ხელშეკრულება მათ არ აძლევდა საშუალებას გადასულიყვნენ საკუთარი ნებით ერთი პოზიციიდან მეორეზე. აღსანიშნავია, რომ საკონტრაქტო ურთიერთობები იყო ნებაყოფლობითი და გაცილებით მაღალ ფინანსურ სარგებელს იღებდნენ მასში ჩართული პირები, ვიდრე იგივე პოზიციის სხვა პირები. ამ რეფორმის დახმარებით, სამინისტროს გამოეყო კვოტა 22000 სახელშეკრულებო პერსონალი, გარკვეულ ადგილებში გადასანაწილებლად (ამ კვოტიდან მაქსიმუმ 5% დაიშვებოდა ქალაქებში, აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ რეგიონებში). 65000 პერსონალის კონტრაქტირება განხორციელდა გარკვეულ რაიონებში, ხოლო 19755 კონტრაქტი გაფორმდა #4924 კანონის ფარგლებში. ისინი გაანაწილეს პრიორიტეტულ რეგიონებში, რომლებიც მიჩნეული იყო დაზარალებულ რეგიონებად. ჯანდაცვის ტრანსფორმაციის პროგრამის პირველ წლებში ნაწილობრივ მუშაობდა ღარიბ რეგიონებში სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის გაზრდის სახელშეკრულებო მეთოდი. პროგრამა წარმატებით დასრულდა ასეთ რეგიონებში მედდების და ბებიაქალის უფრო მაღალი დაქირავების კუთხით. თუმცა, აღნიშნული წარმატებული არ გამოდგა ზოგადი პრაქტიკოსების (ექიმების) და სპეციალისტების ჭრილში.

სავალდებულო მომსახურების კანონი

სავალდებულო მომსახურება თურქეთში მოქმედებდა 1981-1995 წლებში. რეფორმის პირველ წლებში (2003-დან 2005 წლამდე), რეგიონებში, სადაც არასაკმარისი სამედიცინო მომსახურება ტარდებოდა ან მცირე იყო სამედიცინო დაწესებულებების ოდენობა, სამედიცინო პერსონალისთვის სავალდებულო მომსახურება გაუქმდა და შეიცვალა ხელშეკრულებზე დაფუძნებულმა გადახდებმა. ამასთან, იმის გათვალისწინებით, რომ პოლიტიკა არ იყო წარმატებული აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთის რეგიონებში ზოგადი და სპეციალიზირებული ექიმების მოზიდვის კუთხით, სავალდებულო საჯარო მომსახურების კანონი ხელახლა განხორციელდა 2005 წელს. ახალი კანონი ითვალისწინებდა სავალდებულო საჯარო მომსახურებას საჯარო

სამედიცინო სკოლების ახალი კურსდამთავრებულებისთვის და სამედიცინო სპეციალობის განათლების მქონდე ახალ კურსდამთავრებულთათვის. სკოლის დამთავრებისთანავე და მათი დიპლომის მიღებამდე ყველა სამედიცინო, სტომატოლოგიური და ფარმაცევტული ფაკულტეტების კურსდამთავრებულს განესაზღვრებოდათ სავალდებულო მომსახურების ვადა და ადგილმდებარეობა. თურქეთის საჯარო სექტორის ყველა ექიმი ვალდებული იყო შეესრულებინა სავალდებულო მომსახურება საჯარო სექტორში. სავალდებულო მომსახურების ხანგრძლივობა შეიძლება ყოფილიყო ერთიდან ორ წლამდე, რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური დონის მიხედვით ან სპეციალობის მიხედვით. ექიმ სპეციალისტებისთვის (რომლებიც დამატებით ოთხიდან ექვს წლამდე სწავლობდნენ), სავალდებულო მომსახურების ხანგრძლივობა ორიდან ოთხ წლამდე მერყეობდა. თუ ექიმი არ ირჩევდა სავალდებულო მომსახურებას, მას უფლება არ აქვს მედიცინის სფეროში ემუშავა თურქეთში. დიპლომები გაიცემა მხოლოდ სავალდებულო მომსახურების პერიოდის დასრულების შემდეგ. კურსდამთავრებულები სხვადასხვა პროვინციაში ნაწილდებიან კადრების საჭიროებისა და ლატარიის სისტემის საფუძველზე. ლატარიჯ სისტემას ზედამხედველობას უწევს ნოტარიუსი. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროვინციაში დანიშნული ექიმის სავალდებულო მომსახურების პერიოდი შედარებით მოკლეა. თურქეთის 81 პროვინცია იყოფა ოთხი კატეგორიად, ხოლო სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით ექვს კატეგორიად. ეს ქსელი გამოიყენება ქულების განაწილებისთვის. ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებიც მუშაობენ დაბალი სიმჭიდროვის და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ადგილებში, უფრო მეტ ქულას ღებულობენ. დადგენილია სავალდებულო მომსახურების მინიმალური პერიოდები. ქულა გამოიყენება იმ შემთხვევაშიც, როდესაც კანდიდატი ეძებს თავის შემდგომ სამუშაო ადგილს: კანდიდატს, რომელსაც აქვს ყველაზე მეტი ქულა, განაწილდება ახალ თანამდებობაზე. ყველა ვაკანსია ცხადდება წელიწადში სამჯერ. ვაკანსიების გამოცხადებისთანავე, სამედიცინო სკოლის ბოლო კურსდამთავრებულები წარადგენენ თავიანთ ხუთ საუკეთესო უპირატესობას. მათი დანიშნულების ადგილები

განისაზღვრება ლატარიით, რომელიც ტარდება წელიწადში ექვსჯერ.

შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება

2003 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ დაწერა შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემა. იგი მიმართული იყო სერვისების გაზრდის მიზნით სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოტივაციისკენ. თანამშრომლებს მიეცათ დამატებითი ანაზღაურება საქმიანობის შესაბამისად. მოგვიანებით სისტემას დაემატა ინსტიტუციონალური შესრულების კომპონენტი. ამჟამად, კომპლექსური ფორმულა აერთიანებს მიწოდების პირად საქმიანობას და სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობას. ჯანდაცვის მუშაკისათვის ბონუსის სახით დამატებითი ანაზღაურება დაფუძნებულია ინსტიტუციური და ინდივიდუალური შესრულების კრიტერიუმების შესაბამისად. თუ რა თანხის ანაზღაურებას მიიღებს პერსონალი შესრულებაზე დაფუძნებული გადახდებით, ამას განსაზღვრავს შემდეგი ფაქტორები:

ინსტიტუციონალური რეიტინგი: ჯამური თანხა, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებები გამოყოფენ შესრულებაზე დაფუძნებულ გადახდაზე, მოიცავს ობიექტის მთლიანი შემოსავლის 40 პროცენტს. საავადმყოფოს მენეჯმენტი პასუხისმგებელია, გადაწყვიტოს, თუ რა თანხა გამოიყოფა შესრულებაზე დაფუძნებულ გადახდებზე, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი ლიმიტის ფარგლებში. ჯამური მოცულობის კორექტირება ხდება სამედიცინო ცენტრის ან საავადმყოფოს ინსტიტუციონალური შესრულების საფუძველზე. ინსტიტუციონალური შესრულებიდან გამომდინარე, ყველა სამედიცინო ცენტრი ან საავადმყოფო იღებს ქულას 0-დან 1-ს შორის, რაც მრავლდება შემოსავლის მთლიანი პროცენტზე, რომელიც ჰოსპიტალს შეუძლია გამოუყოს თანამშრომლების პრემიების სახით. ჯანდაცვის სამინისტრო იყენებს ინდიკატორების ხუთ კატეგორიას ინსტიტუციონალური წარმატების გასაზომად: (1) საგამოცდო დარბაზების ხელმისაწვდომობა, (2) საავადმყოფოს ინფრასტრუქტურას და პროცესები, (3) პაციენტისა და აღმზრდელის კმაყოფილება, (4) ინსტიტუციონალური პროდუქტიულობა და (5) ინსტიტუციური მომსახურების მიზნები.

ინდივიდუალური რეიტინგი: გარდა ინსტიტუციონალური ქულით გადახდილი პრემიებისა, პერსონალის თითოეულ წევრი ასევე იღებს ინდივიდუალურ ქულას, რაც

დამოკიდებულია პერსონალის მიერ შესრულებული პროცედურების რაოდენობასა და მის თანამდებობაზე. თითოეულ კლინიკურ პროცედურას შეესაბამება კონკრეტული პუნქტის შესაბამისი ქულა, რომელიც განსაზღვრულია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ. ექიმის ჯამური ქულა შემდეგ ზუსტდება სამუშაოს სახელწოდების შესაბამისი კოეფიციენტით. ქულა კორექტირდება წელიწადში ნამუშევარი დღეების მიხედვით, ასევე იმის გათვალისწინებით, სრული ან ნახევარ განაკვეთზე მუშაობდა იგი. სრული განაკვეთისთვის კოეფიციენტია 1.0, ნახევარი განაკვეთისთვის კი 0.4. ამან ხელი შეუწყო ექიმების სრულ განაკვეთზე მუშაობას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ობიექტებში.

გადახდის ასეთი სისტემა გააკრიტიკეს ორი მიზეზით: (1) ჯანმრთელობის არასაჭირო პროცედურებზე სტიმულირებისთვის და (2) ჯანმრთელობის სისტემის დაცულობის დონის და ჯანმრთელობის ცენტრებში ვიზიტების დროს პაციენტისთვის გამოყოფილი დროის შემცირების გამო.

სრული დღის კანონი

2010 წლამდე ექიმებს შეეძლოთ ნახევარ განაკვეთზე მუშაობა როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში, შესაბამისად ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილს ჰქონდათ ორმაგი პრაქტიკა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში შესრულებაზე დაფუძნებულმა ანაზღაურების სისტემის დანერგვამ გამოიწვია ორმაგი პრაქტიკის მქონე ექიმების რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება. ჯანდაცვის სამინისტროს პერსონალის გენერალური დირექტორატის მიერ გამოქვეყნებული მონაცემების თანახმად, ნახევარ განაკვეთზე პრაქტიკოსი ექიმების რაოდენობა 2002 წელს 89% 2010 წელს 8%-მდე შემცირდა.

სრული დღის კანონი 2010 წელს იქნა მიღებული, რომლის თანახმად საჯარო სექტორში მომუშავე პირები უნდა მუშაობდნენ სრულ განაკვეთზე. 2010 წლის ივლისის შემდეგ, ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებული სამედიცინო ორგანიზაციის პერსონალს ექსკლუზიურად მხოლოდ სახელმწიფო სექტორში უნდა ემუშავა, ხოლო საუნივერსიტეტო კლინიკების ექიმებს ისევ ჰქონდათ ორმაგი პრაქტიკის უფლება⁷.

საოჯახო მედიცინის მოდელი

პირველადი ჯანდაცვის გასაძლიერებლად 2004 წელს ამოქმედდა საოჯახო მედიცინის მოდელის პროგრამა. მოდელის თანახმად, პირველად ან

მეორეულ სამედიცინო სერვისებზე მომუშავე ექიმებს ტრენინგის გავლის შემდეგ საშუალება მიეცათ დაეტოვებინათ თავიანთი სამუშაო და გამხდარიყვნენ დამოუკიდებელი კონტრაქტორი ოჯახის ექიმები. ამ ექიმებს უფლება ჰქონდათ ნებისმიერ დროს დაბრუნებოდნენ საწყის საჯარო სექტორის სამუშაოებს. თურქეთში, ტრადიციულად, საოჯახო მედიცინის სწავლება ჩატარდა სპეციალობის სასწავლო პროგრამების მეშვეობით, ისევე, როგორც სხვა სამედიცინო სპეციალობებში. ამით შესაძლებელი გახდა ექიმთა გადამზადება პროგრამით და მათი ოჯახის ექიმებად ჩამოყალიბება.

ოჯახის ექიმის და პაციენტების თანაფარდობის მიზნობრივი მაჩვენებელი განისაზღვრა 1:3400. შემდეგ განისაზღვრა 20,000 ოჯახის ექიმის საჭიროება მთელი ქვეყნის მასშტაბით. 2010 წლისთვის, შეიქმნა თითქმის 20,000 საოჯახო მედიცინის გუნდი, რომლებმაც შეძლეს საოჯახო მედიცინაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის განვითარება თურქეთის ყველა 81 პროვინციაში⁸.

ადამიანური რესურსების რეფორმები წარმატებული აღმოჩნდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. პაციენტთა და მოსახლეობის კმაყოფილების დონე ჯანმრთელობის მომსახურებებთან და ჯანმრთელობის სისტემასთან მიმართებაში საგრძნობლად გაიზარდა. თუმცა, თავად ჯანდაცვის პერსონალი უკმაყოფილოა დასაქმების და სხვა პირობებისა ზოგიერთი ასპექტით.

სამედიცინო სკოლების კვოტები 2003 წელთან შედარებით გაორმაგდა. ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო სკოლები აგრძელებენ ყველაზე კონკურენტუნარიანი საუნივერსიტეტო გამოცდების ჩატარებას და აწესებენ საკმაოდ მაღალ გამსვლელ ქულებს. კოლეჯის აბიტურიენტების უმრავლესობა ამჯობინებს სამედიცინო სექტორის არჩევას. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ შრომის ბაზარი თანდათან სტაბილური გახდა.

რეფორმების პოლიტიკური ეკონომიკა

ჯანდაცვის რეფორმა რთული პროცესია, რომელზეც გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა: ისტორია, პოლიტიკა, ეკონომიკა. ეს ფაქტორები მნიშვნელოვანი იყო თურქეთში ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის და ხელს უწყობდნენ მის განხორციელებას.

რეფორმის სასურველი კონტექსტი

2002–2012 წლებში თურქეთში არსებული ისტორიული, პოლიტიკური და

დემოგრაფიული კონტექსტი ჯანმრთელობის რეფორმისთვის ხელსაყრელ გარემოს ქმნიდა.

• **ჯანდაცვის სფეროს რეფორმების 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 და სახელმწიფო დაგეგმვის ორგანიზაციამ შეიმუშავეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების მოდელი შემდეგი ასპექტების საფუძველზე: (1) მყიდველი-პროვაიდერის გაყოფა, (2) ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევა, (3) ადამიანური რესურსების რაციონალური პოლიტიკა და პერსონალის შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება და (4) ოჯახის ექიმის მოდელის შექმნა.

• **ძლიერი პოლიტიკური ვალდებულება და რეფორმების თანმიმდევრულობა:** 2002 წლის საპარლამენტო არჩევნებმა სამართლიანობისა და განვითარების (Adalet ve Kalkınma 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 2003-2013 წლამდე მჭიდროდ თანამშრომლობდა 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. ქვეყნის ეკონომიკური ზრდა ჯანმრთელობისთვის ფისკალური სივრცის

გაფართოების უზრუნველყოფის შესაძლებლობას იძლეოდა. ერთ სულ მოსახლეზე რეალური მშპ 70%-ით გაიზარდა, 2002 წლიდან 2011 წლამდე 5,952 აშშ დოლარიდან 8,493 აშშ დოლარამდე.

• 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 ძირითადი, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებები 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 პროცენტმა 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 ბადებს პერსპექტივას, რომ პროცესი წარმოქმნის გამარჯვებულებსა და დამარცხებულებს. როგორც წესი, ჯგუფები, რომლებიც რეფორმირებამდე კარგად არიან განწყობილნი, განიხილავენ პოლიტიკის ცვლილების შესახებ საკითხებს, როგორც მათი სარგებელის პოტენციური 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, რადგან რეფორმას ურბანული 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 (შესაბამად ნაკლები ოთახი გამოიყო სამედიცინო პერსონალის დასასვენებლად სარგებლობისთვის)

- გადაუდებელი სამედიცინო სატრანსპორტო სერვისები გაფართოვდა, სასწრაფო დახმარების მანქანების (მ.შ. თვითმფრინავით სასწრაფო დახმარების) რაოდენობა გაიზარდა.

ამ შედარებით 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 პროცენტთან 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 ინტერესების 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, არ შემცირდებოდა შეღავათები და უმეტეს შემთხვევაში სარგებელი გაიზრდებოდა კიდევ. ჯანდაცვის სამინისტრო აქცენტს აკეთებდა ჯანმრთელობის სამართლიანობასა და თანასწორობის პრინციპის დაცვაზე, როგორც რეფორმის უმთავრეს მიზანზე. რეფორმის გრძელვადიანი მიზანი იყო ყველა მოქალაქეს ჰქონოდა ისეთი 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 დასამლევად, 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. ჯანდაცვის მუშაკების მიერ უფრო მეტი მომსახურების მიწოდების სტიმულირების მიზნით, შემოღებულ იქნა შესრულებული სამუშაოთი ანაზღაურების მეოდი, რომელიც დაკავშირებული იყო ჩატარებული მომსახურების რაოდენობასთან და პაციენტის კმაყოფილებასთან. ამ სისტემამ მკვეთრად გაზარდა საჯარო სექტორში მომსახურე ექიმების ხელფასები.

გამოწვევა 3: სარგებლის სისტემების გაერთიანება და ღარიბების სადაზღვევო დაფარვა დამატებითი მიდგომებით

ბევრმა ქვეყანამ სცადა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის შექმნა, რომელიც ითვალისწინებდა დაბალშემოსავლიანი პირებისთვის პაკეტის გაფართოებას. მხოლოდ თურქეთმა მიაღწია 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: მწვანე ბარათის პროგრამის გაფართოება. რეფორმამდე მწვანე ბარათის პროგრამას მნიშვნელოვანი შეზღუდვები ჰქონდა. დაბალი შემოსავლის მქონე შინამეურნეობებისთვის იგი მხოლოდ საზოგადოებრივ სამედიცინო ორგანიზაციებში

გაწეული სტაციონარული ხარჯების დაფარვას ითვალისწინებდა და ითვლებოდა წარუმატებლად, როგორც კორუფციული გადახდის პროცედურების და შეზღუდული შეღავათების პაკეტის, ისე მომსახურების დაბალი ხარისხის გამო. პრობლემების მიუხედავად, მწვანე ბარათის პროგრამა აგრძელებდა მოქმედებას, თუმცა არასრულყოფილად. რეფორმის შედეგად ჯანდაცვის სამინისტრომ გაზარდა მოცული სერვისების გაფართოება.

ნახიჯი 2: მწვანე ბარათის პროგრამის შემოტანა ჯანდაცვის სამინისტროს ქვეშ. რეფორმების დაწყებამდე, მწვანე ბარათების პროგრამას მართავდა სოციალური სოლიდარობის ფონდი, რომელიც იყო პრემიერ მინისტრის კონტროლის ქვეშ. 2004 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ მოითხოვა მწვანე ბარათების პროგრამის პირდაპირი კონტროლი. მწვანე ბარათების პროგრამა სამართავად გადაეცა ჯანდაცვის სამინისტროს, რითაც მას მიეცა სარგებლების პაკეტის გაფართოების და პრობლემების მოგვარების შესაძლებლობა.

ჯანდაცვის სამინისტრომ გააფართოვა სარგებელი პაკეტი, 2004 წელს დაემატა ამბულატორიული მომსახურების დაფარვა, ხოლო 2005 წელს მედიკამენტების დაფარვა. ჯანდაცვის სამინისტრომ გაზარდა მწვანე ბარათების პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების 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 მიწოდების სისტემის გაუმჯობესება. აქცენტი გაკეთდა ქვეყნის იმ აგრარულ და ღარიბ რაიონებზე, სადაც ცხოვრობდნენ მწვანე ბარათის მფლობელი პირები. მწვანე ბარათების პროგრამის ბენეფიციართათვის ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის ამაღლებაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა საოჯახო მედიცინის პროგრამის დანერგვამ, სამედიცინო პერსონალის შესრულების სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის შემოღებამ და სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის (SSK) საავადმყოფოების ჯანდაცვის სისტემაში გაერთიანებამ.

2012 წლის იანვრისში განხორციელდა მწვანე ბარათის მფლობელთა ფაქტობრივი ინტეგრაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის ზოგადი სისტემაში. მწვანე ბარათის პროგრამა ოფიციალურად გაუქმდა.

ჯანდაცვის სამინისტროს მიდგომამ, გაერთიანებინა დაფარვებისა და სქემების ყველა სახე, საშუალება მისცა დამატებითი შეღავათები გაეცა დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებისთვის ისე, რომ არ გაეღვივებინა განსხვავებული ინტერესების მქონე პირების წინააღმდეგობა პროგრამის ფისკალური შედეგების შესახებ. რასაკვირველია, რეფორმამ ხელი შეუწყო თურქეთის ეკონომიკის ზრდას. რეფორმამ თანდათანობით აღმოფხვრა სარგებლების პაკეტებში განსხვავება და მაღალსარგებლიანი ჯგუფების რეფორმის მიმართ წინააღმდეგობა.

დასკვნა

ნაშრომში განვიხილეთ სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის თანასწორობაზე მოქმედი სამ ძირითადი ასპექტი: ჯანმრთელობის დაფინანსების სისტემის ცვლილება, ადამიანური რესურსების პოლიტიკის ცვლილება და რეფორმის პოლიტიკური ეკონომიკა. რეფორმის შედეგად თურქეთში გაუმჯობესდა სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნა და მიწოდება, რაც აისახა სერვისების უტილიზაციაში და ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებაში.

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. მიუხედავად ამისა, ერთ სულ მოსახლეზე საავადმყოფოების საწოლების რაოდენობა მაინც დაბალია. თურქეთის მთავრობა ამჟამად ეძებს ტექნოლოგიების უფრო ეფექტურად გამოყენების გზებს.

რეფორმის შეფასების ყველაზე მკაფიო ინდიკატორია ჯანდაცვის სერვისების 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.

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.

გამოყენებული ლიტერატურა

¹ Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. Health Policy Plan 2014;29(2):177–92.

² Balaban NB. Global economic crisis and Turkey. The Turkish Yearbook of Inter-national Relations 2009;40:123–8.

³ Bump J, Sparkes S, Tatar M, C, elik Y. Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program (2003-13). Health, nutrition, and population (HNP) discussion paper 93172. World Bank. Europe and Central Asia Region. Human Development Sector Unit; 2014.

⁴ Stokes, J., Gurol–Urganci, I., Hone, T., & Atun, R. (2015). Effect of health system reforms in Turkey on user satisfaction. Journal of Global Health.

⁵ Berman, P., & Tatar, M. (2003). National Health Accounts 1999-2000: Final Report. Ankara: Ministry of Health.

⁶ Social Security Institution. (2016). Retrieved from Social Security Institution Web Site: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/en/detail/universalsal_health_ins

⁷ Sparkes, Susan Powers. 2015. The Political Economy of Health Reform: Turkey's Health Transformation Program, 2003-2012. Doctoral dissertation, Harvard T.H. Chan School of Public Health.

⁸ Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., Yücel, U., & Özdemir, R. (2014). Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Family Practice.