

Реферат обзора

Турция

Основные положения

Введение

Турция – государство в северном полушарии, расположенное между Европой и Азией и граничащее с Грецией, Болгарией, Грузией, Арменией, Ираном (Исламская Республика), Сирийской Арабской Республикой и Ираком. Численность населения страны составляет 73 млн человек, из которых в 2010 году 26% приходилось на население в возрасте до 14 лет. Турция – парламентская республика с четким разделением исполнительной, законодательной и судебной власти. Конституция (1982) устанавливает, что Турция является демократическим, светским и социальным государством, основанным на норме права. Великое Национальное Собрание Турции (Türkiye Büyük Millet Meclisi), или парламент, представляет собой законодательный орган, выступающий от имени народа. Президент, избираемый народом, равно как и Совет Министров (Кабинет), возглавляемый премьер-министром, осуществляют исполнительную власть. Независимые суды осуществляют судебную власть. Административно-территориальное деление Турции представлено 81 провинцией, возглавляемыми губернаторами, назначаемыми центральным правительством. Губернаторы провинций являются представителями всех министров на уровне провинций. Все министерства, включая Министерство здравоохранения, имеют собственные организации на местах (в провинциях), а главы этих организаций несут ответственность перед губернаторам провинций.

За последние 30 лет в Турции были достигнуты значительные улучшения показателей состояния здоровья населения,

в особенности после внедрения в 2003 году Программы преобразования системы здравоохранения (Sağlıkta Dönüşüm Programı). Основные показатели состояния здоровья населения, такие как младенческая смертность, продолжительность жизни и материнская смертность, значительно улучшились. В 2010 году средняя продолжительность жизни для мужчин составила 71,8 лет, для женщин – 76,8 лет, при этом улучшение линейных показателей в период 2003–2010 годов было самым быстрым среди стран Европейского региона ВОЗ и способствовало сокращению существующего ранее разрыва. Показатель младенческой смертности значительно снизился с 117,5 смертей на 1000 живорожденных в 1980 году до 10,1 смертей на 1000 живорожденных в 2010 году, а показатель материнской смертности резко снизился (на 5,5% ежегодно) за последние 10 лет. Несмотря на данные достижения, все еще отмечается расхождение показателя младенческой смертности в сельских районах и городах, а также по территориальному признаку, хотя в данном случае за последние годы отмечалось сокращение разрыва. Более высокий показатель младенческой смертности в сельских районах объясняется неблагоприятными социально-экономическими условиями, низким уровнем образования женщин и распространенностью инфекционных болезней. К основным причинам смерти относятся болезни системы кровообращения, на втором месте – злокачественные новообразования.

Организационная структура

С 2003 года система здравоохранения Турции претерпела продолжающиеся

долгосрочные реформы; кардинальные изменения произошли как в предоставлении, так и в финансировании медицинских услуг. Финансирование медицинских услуг организовано через Общую схему медицинского страхования (Genel Sağlık Sigortası), охватывающую большую часть населения, а сами услуги предоставляются как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Институт социального страхования (Sosyal Güvenlik Kurumu), финансируемый на взносы работающего населения и работодателей, а также на ассигнования со стороны правительства в случае дефицита бюджета, выполняет монопольные функции по закупке медицинских услуг. Министерство здравоохранения является главным поставщиком медицинских услуг и предоставляет ПМСП, специализированную и высокоспециализированную помощь в принадлежащих ему медицинских учреждениях по стране. Еще одним крупным поставщиком высокоспециализированной помощи выступают университеты. За последние годы частный сектор значительно укрепился, особенно после того, как был принят ряд постановлений, позволяющий Институту социального страхования воспользоваться услугами частных поставщиков.

Финансирование

Общие расходы на здравоохранение выросли с 2,4% от ВВП в 1980 году до 6,1% от ВВП в 2008 году. Доля расходов на здравоохранение из государственных источников в общих расходах на здравоохранение составила 73% в 2008 году. Расходы на здравоохранение в период 2000–2004 годов выросли в основном благодаря реформам, в результате проведения которых доступ к медицинской помощи был улучшен, а также произошли изменения в системе оплаты поставщиков медицинских услуг. Данная тенденция продолжилась и характеризовалась ростом доли государственных расходов на здравоохранение с 2,9% от ВВП в 1999 году до 4,4% от ВВП в 2008 году. Данный рост является преимущественно результатом достижений в государственном секторе предоставления

медицинских услуг и финансировании медицинской помощи, что привело к снижению личных платежей граждан.

В Турции финансирование сектора здравоохранения происходит из множественных источников. Основным источником являются взносы на социальное медицинское страхование, на втором месте – государственные источники финансирования, далее – личные платежи граждан и другие частные источники. Согласно самым последним данным Национальных счетов здравоохранения в 2008 году на долю взносов на социальное медицинское страхование пришлось 43,9% средств, на государственные источники финансирования – 29,1%, на личные платежи граждан – 17,4% и на другие частные источники – 9,6%.

Данные о структуре расходов на здравоохранение по видам расходов доступны из исследования Национальных систем здравоохранения за 2000 год. Данные за последние годы отсутствуют. С одной стороны, в 2000 году стационарная помощь и службы общественного здравоохранения финансировались преимущественно из государственных источников. С другой стороны, частные источники (частное страхование, личные платежи граждан и другие частные источники) и государственные источники (центральное правительство, органы местного самоуправления) и фонды социального страхования) в более или менее равной степени использовались для финансирования амбулаторно-поликлинического сектора. Согласно данным за 2000 год 83,1% всех текущих расходов на здравоохранение приходилось на индивидуальные медицинские услуги и товары, включая услуги стационарного и амбулаторно-поликлинического сектора, а также лекарственные средства и другие товары медицинского назначения. Порядка 60% данных расходов финансировалось из государственных источников, наибольшую долю из которых составили средства социального страхования.

В 2008 году доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение составила

17,4%, снизившись с 27,6% в 2000 году. Данное понижение можно в целом объяснить реформами, благодаря которым удалось расширить всеобщий охват населения. Личные платежи граждан представлены в виде прямых платежей или софинансирования, которое в Турции может быть как прямым, так и косвенным. Прямое софинансирование используется в случае рецептурных лекарственных средств, изделий медицинского назначения и амбулаторной помощи. С 2003 года в стране были введены такие методы косвенного софинансирования, как дополнительные счета и базовая цена. Исключения из программ софинансирования составляют: скорая медицинская помощь, интенсивная терапия, а также медицинская помощь людям с такими хроническими состояниями, как сахарный диабет и онкологические заболевания.

На ДМС приходится относительно небольшая доля расходов на здравоохранение. В 2000 году доля ДМС в общих расходах на здравоохранение составила 3,7%. В настоящее время в стране отсутствуют схемы дополнительного частного медицинского страхования. Отдельные лица или компании заключают договоры с частными страховыми компаниями на обслуживание себя или своих сотрудников по собственному усмотрению. ДМС обеспечивают только коммерческие компании, и на сегодня некоммерческие организации не функционируют в данном секторе. Размеры страхового взноса, период действия страхового договора, права и обязанности сторон изложены в каждом страховом договоре, приобретенном застрахованным лицом.

Предоставление медицинских услуг

Проведенный сравнительно-сопоставительный анализ Турции с другими странами Европы явно указывает на нехватку медицинского персонала в отношении к численности населения. Тем не менее, несмотря на то, что с начала 1990-х годов число врачей на 100 000 человек населения (167 в 2010 году) медленно, но неуклонно росло, данный

показатель все еще значительно ниже аналогичного показателя в таких странах Средиземноморья, как Греция, Италия, Испания и Португалия, равно как и средние показатели по странам ЕС¹. Вместе с тем число медсестер на 100 000 человек населения (156 в 2010 году) является самым низким среди вышеупомянутых отдельных стран. Несмотря на то, что данные свидетельствуют об общей нехватке медицинского персонала, с начала 2000-х годов были достигнуты значительные улучшения в отношении территориального распределения медицинского персонала, в особенности врачей общей практики. В качестве методов устранения территориального неравенства в неблагополучных районах были введены обязательная медицинская служба и жесткие стандарты перевода медицинских сотрудников.

Министерство здравоохранения и муниципалитеты отвечают за проведение мер в области общественного здравоохранения. Министерство в основном занимается вопросами продвижения здорового образа жизни и профилактики заболеваний, а такие вопросы, как гигиена окружающей среды и пищевая гигиена, находятся в ведении других министерств и муниципалитетов.

Последние реформы были в особенной степени направлены на реорганизацию и укрепление сектора ПМСП. Система семейных врачей была впервые введена в качестве пилотной программы, а затем внедрена по всей стране с конца 2010 года. Семейные врачи (aile hekimi) представляют собой врачей общей практики и терапевтов, оказывающих ПМСП прикрепленному населению. Оплата труда семейных врачей производится на основе подушевого норматива с учетом стимулов для проведения профилактических мер. Основным недостатком данной системы является отсутствие системы направления пациентов по уровням

¹ Необходимо отметить, что в Италии и Греции особенно отмечается переизбыток врачей по сравнению с другими странами Европы.

системы (ПМСП, специализированная и высокоспециализированная помощь). Другими словами, пациенты не ограничены на входе в систему и могут сделать это на любом уровне, а сектор ПМСП не функционирует в должной степени эффективно. Вместе с тем была введена новая система исключений из программ финансирования для ПМСП и помощи более высокого уровня, целью которой стало создание стимулов для населения сначала посетить врача общей практики для получения направления на уровень специализированной или высокоспециализированной помощи. Основными причинами отсутствия обязательной системы направления пациентов являются общая нехватка врачей в стране и, в особенности, недостаточное число врачей, работающих на уровне ПМСП, которые могут выполнять контролирующую функцию по дальнейшему направлению пациентов. В настоящее время амбулаторная помощь как первичного, так и вторичного звена оказывается семейными врачами, амбулаторно-поликлиническими отделениями больниц (государственных и частных) и частными врачами.

Стационарную помощь предоставляют как государственные, так и частные больницы. В 2010 году в стране насчитывалось 1439 больниц, из которых Министерству здравоохранения принадлежало 843, университетам – 62, 489 – частному сектору, а оставшиеся находились в ведении других государственных организаций, таких как Министерство национальной обороны. Больницы оказывают как стационарную, так и амбулаторную помощь. Институт социального страхования выступает в качестве покупателя медицинских услуг у поставщиков как государственного, так и частного сектора. Разрабатываются планы по предоставлению автономии государственным больницам в будущем, однако, на сегодня данные попытки успехом не увенчались. За годы число коек в больницах краткосрочного лечения постепенно выросло с 145 153 в 2000 году до 191 481 в 2010 году. Число коек в больницах долгосрочного

лечения увеличилось с 6841 в 2000 году до 8469 в 2010 году.

Стоматологическую помощь предоставляют учреждения как государственного, так и частного сектора, при этом порядка 70% стоматологов работают в частном секторе. Действующий пакет льгот, предоставляемых Институтом социального страхования, включает стоматологическую помощь, оказываемую в обоих секторах, с той разницей, что существуют определенные ограничения на получение данного вида помощи в частном секторе, предполагающие расходы со стороны домохозяйств в виде личных платежей граждан.

Лекарственные средства предоставляются частными аптеками, а распространение рецептурных средств для амбулаторного лечения аптеками, находящимися при стационарах, запрещено. Все рецептурные препараты для амбулаторного лечения, предоставляемые Институтом социального страхования, распространяются частными аптеками. Аптечные сети, равно как и продажа безрецептурных лекарственных средств в местах, не являющихся аптеками, в Турции запрещены. Вместе с тем аптеки могут продавать другие товары, такие как противозачаточные средства, предметы личной гигиены, детские товары и парфюмерно-косметические изделия.

Как и в других странах Европы, число пожилых людей в Турции растет, несмотря на то, что общий демографический профиль населения представлен людьми молодого возраста. В результате резких изменений в социальной структуре, пожилое население все больше нуждается в поддержке со стороны государства и специализированных услугах. Данная потребность населения реализуется как государственными, так и частными организациями. В стране также представлен ряд учреждений и институтов, несущих ответственность за предоставление долговременной помощи пожилому населению и инвалидам. К таковым, в основном, относятся: Министерство здравоохранения и Агентство социального страхования и охраны прав ребенка

(SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu)), а также ряд различных инициатив частного сектора.

В Турции отсутствует национальная политика или руководства в отношении паллиативной помощи. Только в некоторых онкологических клиниках при медицинских высших учебных заведениях ведется плановое обучение уходу за пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, а в медицинских учреждениях отделения паллиативной помощи отсутствуют. Понятие «хосписа» также является весьма новым, а нормативно-правовая база для регулирования такого типа организаций отсутствует.

В Турции охрана психического здоровья в высшей степени регламентирована; помощь данного вида предоставляют крупные региональные больницы, а организация помощи по месту жительства находится в зачаточном состоянии. В 2011 году был введен Национальный план действий по охране психического здоровья. С сентября 2011 года охрану психического здоровья стали осуществлять 26 специализированных центров, функционирующих по территориальному признаку, в 24 провинциях Турции, кроме того в проекте – учреждение еще 236 центров к концу 2016 года.

Реформы здравоохранения и перспективы развития

Новые инициативы в области здравоохранения восходят к началу 1990-х годов, но их фактическая реализация началась при проведении радикальных реформ в рамках Программы преобразования системы

здравоохранения в 2003 году (Ministry of Health, 2003b). Данная Программа охватывала ряд направлений в области политики здравоохранения, касающихся как предоставления медицинских услуг, так и их финансирования. К основным фундаментальным достижениям после 2003 года относятся: улучшение показателей состояния здоровья населения; введение Общей схемы медицинского страхования, повышающей уровень финансовой защищенности населения; разделение функций покупателя–поставщика медицинских услуг в системе здравоохранения; повсеместное внедрение системы семейных врачей; организация передачи прав собственности большинства государственных больниц Министерству здравоохранения; внедрение системы оплаты по результатам деятельности в больницах, находящихся в ведении Министерства здравоохранения; повышение доступности медицинской помощи надлежащего качества для всего населения.

Основными трудностями в будущем остаются завершение внедрения начатых реформ; продвижение децентрализации управления системой здравоохранения; создание более конкурентной среды для функционирования системы здравоохранения; разрешение вопросов устойчивого развития, включая создание эффективной системы направления пациентов с первичного на более высокие уровни оказания медицинской помощи; улучшение кадровой укомплектованности медицинского персонала; создание новых и расширение имеющихся структур управления государственными больницами, направленными на достижение ими автономии, а также меры по дальнейшему совершенствованию прав пациентов.