



ჯანმრთელობის მეცნიერებათა სკოლა

ხელნაწერის უფლებით

ქეთევან გოგინაშვილი

საქართველოში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელები და
ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შეფასება

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

დისერტაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ამირან გამყრელიძე,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

თბილისი

2021

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: „საქართველოში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი
ჯანდაცვის სისტემის მოდელები და ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის
უზრუნველყოფის შეფასება“

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი- ქეთევან გოგინაშვილი

ქეთევან გოგინაშვილი © თბილისი, 2021 წლის____სექტემბერი

ანოტაცია

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში უკანასკნელი ოცდახუთი წლის განმავლობაში გატარებული რეფორმების მიზანი იყო მოსახლეობის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების უზრუნველყოფა და ფინანსური რისკებისაგან დაცვა.

1995-1997 წლებში სახელმწიფომ შემოიღო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის სისტემა. გაიმიჯნა დაგეგმვის, შესყიდვის და მიწოდების ფუნქციები. დაინერგა პროგრამული დაფინანსება, რომელთა მართვა ხდებოდა სოლო შემსყიდველის მიერ.

2006-2012 წლებში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ორიენტირებული იყო ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მიწოდების სისტემის პრივატიზებაზე, ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი სახელმწიფო ფინანსების ადმინისტრირების კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის გადაცემასა და სახელმწიფო სახსრების მიმართვაზე განსაკუთრებით მოწყვლად მიზნობრივ ჯგუფებზე საჭიროებათა მიხედვით (მულტიშემსყიდველის მოდელი).

2013 წლის თებერვლის ბოლოდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა - მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის მართვა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ ჩანაცვლდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, რომელსაც ისევ მართავს „სოლო“ შემსყიდველი სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო“. ასევე დაიწყო სახელმწიფო ჩართულობის გაზრდა სამედიცინო სერვისების მიწოდების სფეროში.

სწორედ ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნაშრომის მიზანია საქართველოში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ზემოქმედების შეფასება სერვისებით მოცვის დონეზე, მოსახლეობის ფინანსურ დაცულობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, სხვადასხვა შემოსავლების მქონე ჯგუფებისთვის ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და მათი გამომწვევი ჯანმრთელობის დეტერმინანტების ანალიზის მეშვეობით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ანალიზისა და „საყოველთაობის“ მიზნების მიღწევის შეფასებისთვის კვლევაში გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2016 წელს შემოთავაზებული მეთოდოლოგია - ე.წ. „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების ინსტრუმენტი. იგი აფასებს ჯანდაცვის სისტემის მოდელებს, მისი დაფინანსების მეთოდებსა და უნივერსალურობის მიზნებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებას. „საყოველთაობის“ დონე შეფასდა საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისების მოცვის ინდექსით (ჯანმო/WHO, 2015).

შემოსავლების მიხედვით კვინტილური ჯგუფებისთვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის, გადახდის შესაძლებლობის, კატასტროფული დანახარჯების შეფასების, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად გადარიბების მაჩვენებლების გამოთვლისათვის გამოყენებული იქნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2012 წელს შემოთავაზებული მეთოდოლოგია და საქსტატის შინამურნეობების დანახარჯების კვარტალური კვლევების მინაცემთა ბაზები (ქსუ/Xu, 2005).

ქვეყანაში სხვადასხვა დროს მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ეფექტიანობის შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა ხარისხობრივი კვლევა, ჩაღრმავებული, ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუს სახით დარგის საერთაშორისო და ეროვნულ ექსპერტებთან, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის, სერვისებით მოცვის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის და ფინანსური დაცვის მიმართულებით. შეფასების კომპლექსურობისთვის, ასევე ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა მოსახლეობის კმაყოფილებისა და მოლოდინების განსაზღვრისთვის.

ლიტერატურის ზოგადი მიმოხილვის საფუძველზე, ნაშრომში აღწერილია ისეთი საკითხები, როგორიცაა - ჯანდაცვის სისტემის მოდელები, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ბლოკები, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასებები და ა.შ. კვლევის ე.წ. ნარატიული მიმოხილვის (Narrative review) ეტაპზე კი აქცენტირებული იყო ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობისა და საყოველთაობის დონის შეფასების მეთოდები.

ლიტერატურის მიმოხილვისთვის და მონაცემების მოსაძიებლად გამოყენებულ იქნა სამეცნიერო კვლევითი ბაზები: HINARI, GoogleScholar, , PubMedElsevier, NCBI. მოძიებულ იქნა 240-ზე მეტი სახელმძღვანელო, პუბლიკაცია, სამეცნიერო სტატია, მათგან რელევანტურად მიჩნეულ იქნა 131.

კვლევის ბოლო ეტაპზე, მოძიებული და გაანალიზებული ინფორმაციის, კვლევების შედეგად მიღებული შედეგების და შეპირისპირებითი ანალიზის (contradictory analysis) საფუძველზე, მომზადდა დასკვნები და შემუშავდა შემდეგი რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისა და უნივერსალური მოცვის დონის გაუმჯობესების მიმართულებით: უკანასკნელი 25 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგად საგრძნობლად გაიზარდა როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები, აგრეთვე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნება, თუმცა კვლავ მაღალია შინამეურნეობათა მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების შედეგად გაღარიბების რისკი. შესაბამისად, საჭიროა განხორციელდეს, ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება, დაინერგოს ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემები. აუცილებელია მოხდეს ფარმაცევტულ საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

ავტობიოგრაფია

პერსონალური ინფორმაცია

მისამართი:	ქეთევან გოგინაშვილი პეტრე ქავთარაძის ქ. 72, ბინა 45ა.
ელ-ფოსტა:	0186, თბილისი, საქართველო kgoginashvili@gmail.com
ტელეფონი:	+995 577 71 79 84

პროფესიული გამოცდილება

11.2019 დღემდე	პოლიტიკის დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი - საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
2015 – 10.2019	ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის სამმართველოს უფროსი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
2007 - 2014	ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
2003 – 2006	ექსპერტი - ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტი
1995 – 2003	სამეცნიერო მუშაკი - ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
1991 – 1995	სამეცნიერო მუშაკი - ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო ინფორმაციკის სამეცნიერო ინსტიტუტი

საკონსულტაციო გამოცდილება

2021	ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შეფასება WHO/EURO
2018-2020	ჯანდაცვის დანახაჯების და კატასტროფული დანახაჯების შეფასება - WHO/EURO
2019	ჯანდაცვის უნივერსალური მოცვის პროგრესის მონიტორინგი: WHO/EURO
2016	ზიანის შემცირების სტანდარტების განფასება GHRN
2015-2016	C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიის შეფასების დოკუმენტის მომზადება US CDC)
2015	ჯანდაცვის დანახაჯების და კატასტროფული დანახაჯების შეფასება - WHO/EURO
2015	ტუბერკულოზის სერვისების სახელმწიფო ხარჯების მონიტორინგი USAID/URC

2011 -2013	კონსულტანტი - ჯანდაცვის სისტემების განმტკიცების პროექტი USAID
2011	ჯანდაცვის დანახაჯების და კატასტროფული დანახაჯების შეფასება - WHO/EURO
2010	ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის პილოტირება WHO
2009	ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის ინსტიტუციონალიზაცია: საქართველოს გამოცდილება World Bank

სწავლების გამოცდილება

2014 დღემდე	მიწვეული ლექტორი საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი
2011 დღემდე	უმცროსი პროფესორი საქართველოს უნივერსიტეტი
2010 დღემდე	მიწვეული ლექტორი, ილიას უნივერსიტეტი

განათლება

2014 დღემდე	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამა საქართველოს უნივერსიტეტი
2005 – 2008	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი საქართველოს უნივერსიტეტი
1985 - 1990	მათემატიკურ მეცნიერებათა მაგისტრი თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

სარჩევი

ანოტაცია	3
ცხრილების ჩამონათვალი	10
ნახატების ჩამონათვალი	10
შემოკლებები	14
შესავალი	15
პრობლემის აქტუალობა	15
კვლევის მიზანი	17
კვლევის ობიექტი, კვლევის დიზაინი და დასახული ამოცანები	18
კვლევის მეცნიერული სიახლე	20
დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები	21
კვლევის შედეგების თეორიული სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება	23
ნაშრომის აპრობაცია	23
სამეცნიერო პუბლიკაციები	24
ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა	24
თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შეფასება	25
1.1. ჯანდაცვის სისტემის მიზნები და ამოცანები	25
1.2. ჯანდაცვის სისტემის მოდელები	28
1.3. ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა და მდგრადი განვითარების მიზნები	31
1.4. ფასეულობებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	34
1.5. „საყოველთაოობის“ მიზნების მიღწევის შეფასების მატრიცა	37
1.6. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა	40
1.7. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის პოლიტიკა	47
1.8. ჯანდაცვის დაფინანსების და საყოველთაოობის მიზნების მიღწევის შეფასების ინსტრუმენტი	52
თავი 2. კვლევის მასალები და მეთოდოლოგია	58
2.1. კვლევის მასალები და საინფორმაციო წყაროები	58
2.2. კვლევის მეთოდოლოგია	59
2.2.1. „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა	61
2.2.2. ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა დანახარჯების შეფასებისთვის	62
2.2.3. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ანალიზი	63

2.2.4. ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისას მოსახლეობის ფინანსური დაცულობა და სამართლიანობა.....	64
2.2.5. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება	66
2.2.6. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონე და მომსახურების ხარისხის შეფასება.....	69
2.2.7. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი.....	69
თავი 3. საქართველოს ნაბიჯები უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით.....	73
3.1. საბჭოთა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა	73
3.2. 1991-1995 - სემაშკოს მოდელი.....	76
3.3. 1995-2002 - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა	77
3.4. 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფების წინასწარი გადახდის სქემებით მოცვა.....	86
3.5. 2013 წელი - სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	96
3.6. სერვისების პაკეტი (BBP)	101
3.7. მოცვის არეალი.....	107
3.8. სერვისების უტილიზაცია.....	110
3.9. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC service coverage index)	111
3.10. შეჯამება	113
თავი 4. ქვეყნის ფისკალური გარემო და ჯანდაცვაზე დანახარჯები.....	115
4.1. ქვეყნის ფისკალური კონტექსტი და საჯარო სექტორის ფისკალური მენეჯმენტი.	115
4.2. ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები	120
თავი 5. ფინანსური დაცვა და სამართლიანობა დაფინანსებაში, სერვისების მოხმარებასა და რესურსების გამოყენებაში	129
5.1. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა (<i>satisfaction</i>)	129
5.2. ჯიბიდან გადახდები	133
5.3. არაფორმალური გადახდები.....	137
5.4. ჯიბიდან გადახდები და გაღარიბების რისკი	138
5.5. კატასტროფული დანახარჯები	139
5.6. ვინ განიცდის ფინანსურ შეჭირვებას.....	139
5.7. რომელი მომსახურება იწვევს ფინანსურ შეჭირვებას?	141
5.8. ფინანსური შეჭირვების მაჩვენებელი.....	144
5.9. საერთაშორისო შედარება	145
5.10. შეჯამება	146
თავი 6. ხარისხი და კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესება.....	148

6.1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი.....	148
6.2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება	151
თავი 7. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა - ექსპერტთა შეფასება	157
7.1. ხარისხობრივი კვლევა ჯანდაცვის სისტემების ეფექტიანობის შესაფასებლად.....	157
7.2. კვლევის შედეგები.....	159
7.3. შეჯამება	174
თავი 8. პაციენტების კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით	178
ძირითადი შედეგები.....	186
დასკვნები და რეკომენდაციები.....	193
გამოყენებული ლიტერატურა.....	196
დანართი 1: ექსპერტთა კვლევაში მონაწილე პირები.....	207
დანართი 2. მოსახლეობის კმაყოფილების შეფასების კვლევის ინსტრუმენტარი და შედეგები	208

ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი 1: ჯანდაცვის სისტემის მოდელები	29
ცხრილი 2: ჯანდაცვაზე დანახარჯების ტენდენციები	80
ცხრილი 3: ბაზისური პაკეტი 2001.....	101
ცხრილი 4: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების პაკეტი, 2012.....	102
ცხრილი 5: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოცული სერვისები (2021)	105
ცხრილი 7: ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველყოფის შეფასების რამდენიმე ინდიკატორი	131
ცხრილი 8: 12 თვის წინ რეგისტრირებული ფილტვის მგბ+ ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგები.....	150
ცხრილი 9: ინტერვიუს გამოხმაურების შედეგები.....	178
ცხრილი 10: მოსარგებლეთა კმაყოფილების ხარისხი	182

ნახატების ჩამონათვალი

ნახატი 1: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასების მატრიცა: ფუნქციები და მიზნები	27
ნახატი 2: უნივერსალური მოცვის მიღწევის სამი გზა	34
ნახატი 3: ფასეულობები ჯანდაცვის სისტემის პერსპექტივიდან	35
ნახატი 4: საყოველთაო ჯანდაცვის მიზნები და ჯანდაცვის დაფინანსების ჩარჩო.....	38
ნახატი 5: ეკონომიკური ურთიერთობები ჯანდაცვის სისტემაში - სამკუთხედი (Reinhardt, 1990)	41
ნახატი 6: ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სტრუქტურა	41
ნახატი 7: დაფინანსების წყაროები, შენატანების მექანიზმები და შემკრები აგენტები.....	43

ნახატი 8: ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციები.....	44
ნახატი 9: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის კავშირი პოლიტიკის ამოცანებთან, ჯანდაცვის სისტემის სხვა ფუნქციებთან და მთავარ მიზნებთან	46
ნახატი 10. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფუნქციები	63
ნახატი 11: საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების დინამიკა,	75
ნახატი 12: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსება.....	78
ნახატი 13: კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ბაზარი (მოზიდული პრემიუმი, მლნ. ლარი), (HWO-NHA)	82
ნახატი 14: ფინანსური ნაკადები ჯანდაცვის სისტემაში, 2007-2008	88
ნახატი 15: ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა, 2021	98
ნახატი 16: დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობა ცალკეული პროგრამის მიხედვით, 2012 წლის დეკემბერი	107
ნახატი 17: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახ. პროგრამის მოსარგებლეთა და სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან	108
ნახატი 18: მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებით მოცვა, 2020	109
ნახატი 19: ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო.....	110
ნახატი 20: ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ათას სულ მოსახლეზე, საქართველო	111
ნახატი 21: საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC index)	112
ნახატი 22: საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის ძირითადი მიმართულებები	112
ნახატი 23: ფინანსური შესაძლებლობა და ეროვნული შემოსავალი ევროპის რეგიონში, 2018	115
ნახატი 24: მშპ ერთ სულზე, აშშ დოლარი და მშპ-ის ზრდის რეალური ზრდა %	117
ნახატი 25: სახელმწიფოს ნაერთი ბიუჯეტის ხარჯების, შემოსავლებისა და ვალის ნაშთის პროცენტული ფარდობის დინამიკა მთლიან შიდა პროდუქტთან (%).	118
ნახატი 26: სახელმწიფო შემოსავლების, ხარჯების და ვალის წილი მშპ-დან (%), 2020.....	119
ნახატი 27: ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯები ერთ სულზე და მშპ, 2018.....	121
ნახატი 28: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები	122
ნახატი 29: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულზე და ხვედრითი წილი მშპ- და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, 2018.....	123
ნახატი 30: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა, საქართველო	123
ნახატი 31: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, 2018	124
ნახატი 32: ჯიბიდან გადახდების წილი (%) ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან, საქართველო.....	125
ნახატი 33: ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)	125
ნახატი 34: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით	126
ნახატი 35: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, 2018.....	127

ნახატი 36: შინამეურნეობების წილი ჯიბიდან გადახდებით და მის გარეშე	133
ნახატი 37: შინამეურნეობების წილი, რომლებიც არ აცხადებენ ჯიბიდან გადახდების არსებობას სერვისებით სარგებლობის კვინტილის მიხედვით .	134
ნახატი 38: საშუალო წლიური ჯიბიდან დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე მოხმარების კვინტილის მიხედვით	134
ნახატი 39: ჯანდაცვის მომსახურებისთვის ჯიბიდან გადახდები - შინამეურნეობის ბიუჯეტის წილი მოხმარების კვინტილის მიხედვით.....	135
ნახატი 40: ჯიბიდან ჯამური ხარჯები ჯანდაცვის მომსახურების ტიპის მიხედვით	135
ნახატი 41: საშუალო წლიური ჯიბიდან დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის მომსახურების ტიპის მიხედვით.....	136
ნახატი 42: ჯიბიდან დანახარჯების გადანაწილება ჯანდაცვის მომსახურების ტიპის და მოსარგებლეთა კვინტილების მიხედვით, 2018 წ.....	137
ნახატი 43: ჯიბიდან გადახდების შემდეგ გადარიბების რისკის ქვეშ მყოფი შინამეურნეობების წილი	138
ნახატი 44: შინამეურნეობების წილი, რომლებმაც ჯიბიდან კატასტროფული დანახარჯები გაწიეს.....	139
ნახატი 45: შინამეურნეობების წილი კატასტროფული დანახარჯებით გადარიბების რისკის მიხედვით	139
ნახატი 46: შინამეურნეობების წილი კატასტროფული ხარჯებით, სამომხმარებლო კვინტილის მიხედვით	140
ნახატი 47: კატასტროფული ხარჯების ანაზღაურება ჯანდაცვის ტიპის მიხედვით.....	141
ნახატი 48: კატასტროფული ხარჯვა ჯანდაცვის მომსახურების ტიპისა და მოსარგებლეთა კვინტილების მიხედვით 2018 წელს.....	142
ნახატი 49: კატასტროფული დანახარჯების გადანაწილება ჯანდაცვის ტიპისა და მოსარგებლეთა კვინტილების მიხედვით	143
ნახატი 50: ჯიბიდან გადახდები, როგორც შინამეურნეობის ხარჯების წილი გადატაკებულ შინამეურნეობებს შორის	144
ნახატი 51: ჯიბიდან გადახდები, როგორც საყოფაცხოვრებო ხარჯების წილი კატასტროფული ხარჯების მქონე შინამეურნეობებს შორის, მოხმარების კვინტილის მიხედვით.....	145
ნახატი 52: ჯანდაცვაზე გაწეული კატასტროფული ხარჯვის ინციდენტობა და ჯანდაცვის მიმდინარე ხარჯების ჯიბიდან გადახდის წილი ევროპის შერჩეულ ქვეყნებში, ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემები	146
ნახატი 53: ჰოსპიტალიზაციის და ლეტალობის ტენდენციები.....	150
ნახატი 54: სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა დაბადებისას	152
ნახატი 55: სიცოცხლის და ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას (წლები).....	153
ნახატი 56: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა და მშპ ერთ სულ მოსახლეზე ევროპის რეგიონის ზოგიერთ ქვეყანაში, 2018.....	154
ნახატი 57: ჩვილ ბავშვთა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა და ღდათა სიკვდილიანობა და მდგრადი განვითარების მიზნები.....	155

ნახატი 58: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ინფორმირებულობა.....	179
ნახატი 59: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფარული სერვისების გამოყენების მაჩვენებელი (%)	180
ნახატი 60: მიღებული მოსმახურებისთვის თანხების გადახდის სტატუსი	180
ნახატი 61: პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილება მიღებული სერვისებით.....	181
ნახატი 62: სამედიცინო მომსახურების არ/ვერ მიღების მიზეზები.....	183
ნახატი 63: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დადებითი მხარეები.....	183
ნახატი 64: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ცვლილების მიმართულებები	184
ნახატი 65: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.....	184

შემოკლებები

სსფ/IMF	საერთაშორისო სავალუტო ფონდი
დკსჯეც	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
მშპ	მთლიანი შიდა პროდუქტი
პჯდ	პირველადი ჯანდაცვა
ჯანმო/WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
ჯას	ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა
სშჯსდს	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
სმს	სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო
ჯეს	სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო
OOPs	ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი თანხები
UHC	ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური მოცვა

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ყოფილ გენერალურ დირექტორს დოქტორ მარგარეტ ჩანს ეკუთვნის სიტყვები „ჯანმრთელობის საუკეთესო მდგომარეობა ცხოვრების ყველა ეტაპზე არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და არა ზოგიერთებისთვის არსებული პრივილეგია. კარგი ჯანმრთელობა არის ქვაკუთხედი და წყარო ქვეყნის ეკონომიკური და სოციალური სტაბილურობისთვის, რომლის მეშვეობითაც მცირდება სიღარიბე და იქმნება შენატანი და სარგებელი მდგრადი განვითარებისთვის.“ (ჩანი, 2015).

გამომდინარე აქედან, სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს და გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების გარანტიას.

აღნიშნული თავისთავში მოიცავს ჯანდაცვის პოლიტიკის სამ სპეციფიკურ მიზანს: სამართლიანობა ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობაში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ფინანსური დაცვა. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტია მაქსიმალურად უზრუნველყოს სამივე მიზნის განხორციელება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაქსიმალური შესაძლებლობის ხელშეწყობისთვის.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიზნით, ქვეყანაში განხორციელდა მრავალფეროვანი რეფორმები. ორი ათეული წლის მანძილზე, სხვადასხვა პერიოდში, მოხდა ჯანდაცვის სისტემის კლასიკური მოდელების სხვადასხვა ტიპის ტესტირება და, ამჟამად, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა რეფორმების ახალ ეტაპზეა. გატარებული რეფორმების მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა, რომელიც გულისხმობს მოსახლეობის ფინანსური რისკებისაგან დაცვას და მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების უზრუნველყოფას.

1991-1994 წლებში საბჭოთა კავშირის მემკვიდრეობის შედეგად, საქართველოში ინერციით მუშაობდა ჯანდაცვის საბჭოთა, ე.წ. სემაშკოს მოდელი. ქვეყანაში განვითარებულ ეკონომიკურ დაღმასვლას შედეგად მოჰყვა არარეგულირებული სამედიცინო ბაზარი, სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მინიმუმამდე შემცირება, ინფრასტრუქტურის რადიკალური ამორტიზაცია. ამ პერიოდში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარაჯი ერთ სულ მოსახლეზე 130-135 აშშ დოლარის ეკვივალენტიდან (1990 წელი) 45 ცენტამდე (1993-94) შემცირდა. შესაბამისად, იკლო სერვისების უტილიზაციამ და გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური კრიზისით გამოწვეულმა ჯანდაცვის სისტემის სრულმა პარალიზებამ დღის წესრიგში დააყენა ჯანდაცვის სისტემის ახალი მოდელის შექმნისა და, შესაბამისად, დაფინანსების სხვადასხვა წყაროს მოძიების საკითხი. 1995-1997 წლებში ამოქმედდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელიც მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სერვისებით მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას სოლიდარობის პრინციპით. 2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით (დასაბეგრი თანხის 31%, ამასთან, თითოეულ ფიზიკურ პირზე თვეში არანაკლებ 16 ლარისა). რეფორმების ამ პერიოდს უკავშირდება დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის შედეგად სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების ფუნქციების განცალკევება (გამყრელიძე და სხვანი, 2002)

2007 წლიდან საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ტალღა, რომლის ძირითადი პრიორიტეტი იყო კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება. არსებული სახელმწიფო რესურსების ეფექტიანად მართვისა და ადმინისტრირების მიზნით და, ამავე დროს, კერძო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ხელშესაწყობად, მოსახლეობის კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები (ჭანტურია & უგულავა, 2009).

2013 წლის თებერვლის ბოლოდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის მართვა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ, შეიცვალა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, რომელსაც შინარსითა და მართვის მექანიზმებით მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ „ვერტიკალური პროგრამებისა“ და იმართება ერთი შემსყიდველი სააგენტოს მიერ (რიჩარდსონი & ბერძული, 2017). 2017 წლის მაისიდან დაიწყო მომდევნო მნიშვნელოვანი ეტაპი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემდგომი რეფორმირებისთვის.

მიზანშეწონილად ჩაითვალა ბენეფიციარების დიფერენციაციის ახალი კრიტერიუმების შემუშავება (მოსარგებლეების შემოსავლების მიხედვით), რომლის ამოსავალი წერტილი უფრო მეტად საჭიროებაზე ორიენტირებული სერვისების მიწოდება და მიდგომის - „სოციალური სამართლიანობა“ - მეტად განვითარება გახდა. შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით განისაზღვრა ლიმიტი, რომლის ქვემოთ დამდგარი რისკების ფინანსური უზრუნველყოფა უკვე პაციენტის პრეროგატივაა.

საქართველოს ფისკალური შესაძლებლობის და მოკლევადიან პერიოდებში, ჯანდაცვის სექტორში ძირეული ცვლილებების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების შედეგების შეფასება ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობაში სამართლიანობის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და რესურსების ეფექტიანად გამოყენების კუთხით. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე პროცესების დადებითი და უარყოფითი მხარეების წარმოჩენა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფინანსური დაცულობაზე მათი ზეგავლენის შედეგები დაეხმარება ქვეყანის ხელისუფლებას საუკეთესო გადაწყვეტილებების მიღებასა და ცხოვრებაში გატარებაში.

კლევის მიზანი

კლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ზემოქმედების შეფასება სერვისების ხელმისაწვდომობის დონეზე, მოსახლეობის ფინანსურ დაცულობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, შემოსავლების სხვადასხვა ჯგუფებისთვის ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და მათი გამომწვევი ჯანმრთელობის დეტერმინანტების ანალიზის მეშვეობით.

კვლევის ობიექტი, კვლევის დიზაინი და დასახული ამოცანები

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, კვლევის ჰიპოთეზა შემდეგნაირად ჩამოყალიბდა:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების სიმწირე და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კომპლექსური სტრატეგიული ხედვის არარსებობა წარმოადგენს ქვეყანაში ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის და ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბების მნიშვნელოვან ბარიერს.

ნაშრომში გაანალიზდა რამდენიმე საკვლევი კითხვა:

1. ქვეყანაში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელებიდან ყველაზე მეტად რომელი განაპირობებდა ფინანსური ტვირთის თანაბარ გადანაწილებას, ფინანსური რისკებისაგან დაცვას და ასევე, არსებული რესურსების ეფექტიან გამოყენებას;
2. შემოსავლების მოხედვით მოსახლეობის რომელი ჯგუფი არის უფრო მეტად ფინანსურად დაცული ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელის დროს;
3. ჯანდაცვის დეტერმინანტებიდან, რომელი უფრო მეტად განაპირობებს ჯანდაცვაზე კატასტროფულ დანახარჯებს და წარმოადგენს გაღარიბების რისკს;
4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებს, მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ განვითარებას შორის კავშირის დადგენა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სხვადასხვა ეტაპზე;
5. როგორია ჯანდაცვის ექსპერტების და მოსახლეობის ცნობადობა, კმაყოფილება და მოლოდინები ჯანდაცვის სისტემაში მუდმივად მიმდინარე რეფორმების შესახებ.

საკვლევი კითხვებიდან გამომდინარე, შემუშავდა კვლევის დიზაინი, რომელიც მოიცავს:

1. რეფორმირების სხვადასხვა ეტაპის შეფასებისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული მეთოდოლოგიების ანალიზს და საუკეთესოს შერჩევას;
2. ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის ინსტრუმენტის გამოყენებისთვის ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური სამინისტროს ჯანდაცვის დანახარჯების ბაზების დამუშავებას და ანალიზს;

3. კატასტროფული დანახარჯების და სერვისების სამართლიანად გამოყენების შეფასებისთვის, საქსტატის შინამეურნეობების ხარჯების კვარტალური კვლევის მონაცემთა ბაზების გამოთხოვას, ანალიზის ინსტრუმენტის მომზადებას და გამოყენებას;
4. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის გამოთვლისთვის საჭირო ინდიკატორების ნაკლებისთვის მონაცემების მოპოვებას დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის ამბულატორიული და სტაციონარული შემთხვევების მონაცემთა ბაზებიდან, გამოთვლისთვის საჭირო ინსტრუმენტის მომზადებას და გამოყენებას;
5. მოსახლეობის კმაყოფილებისა და მოლოდინების შეფასებისთვის რაოდენობრივი კვლევის დიზაინის და გეგმის შემუშავებას და შესრულებას
6. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების მიზნით, ჯანდაცვის სისტემის ექსპერტთა ჩაღრმავებული კვლევის დიზაინის და გეგმის შემუშავებას და შესრულებას.

დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო გახდა შემდეგი ამოცანების გადაჭრა:

1. სხვადასხვა პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების მოდელების შეფასება ჯანმოს „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცის მეშვეობით (მაკინტურე & კაცინი, 2016);
2. ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის მეთოდოლოგიის გამოყენებით ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასება (ჯანმო/2000);
3. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2000 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენებაში მოწოდებული სქემის მიხედვით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების ფინანსური წყაროების, რესურსების პულინგის, მომსახურების შესყიდვის და საბაზისო პაკეტის ანალიზი (ჯანმო/2000);
4. ქვეყანაში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ზემოქმედების შეფასება მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ფინანსურ დაცულობაზე ჯანმოს მოწოდებული კატასტროფული დანახარჯების მეთოდოლოგიით, საქსტატის შინამეურნეობების დანახარჯების კვარტალური კვლევის მონაცემთა ბაზებზე დაყრდნობით (ქსუ/2005);

5. მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისთვის ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების, გადარიბების მაჩვენებლებისა და ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების გამოთვლა და მათი გამომწვევი მთავარი მიზეზების დადგენა (Xu, K, 2005);
6. საერთაშორისო და ეროვნული ექსპერტების მოსაზრებების კვლევა ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმებზე ჩაღრმავებული ინტერვიუს სახით;
7. მოსახლეობის ცნობადობის, კმაყოფილებისა და მოლოდინების შეფასებისთვის რაოდენობრივი კვლევა;
8. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის გამოთვლა (WHO, 2015);
9. მიღებული მონაცემების შეჯერება, შეპირისპირებითი ანალიზი, დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

ქვეყანაში პირველად განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ეტაპების ჰოლისტიკური შეფასება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული ე.წ. „უნივერსალურობის“ მიზნების მიღწევის გაზომვის მეთოდოლოგიით და მიღებული იქნა ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნა, კერძოდ:

1. პირველად განხორციელდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასების მეთოდის ე.წ. ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის დანერგვა და შედეგების გამოყენება;
2. პირველად მოხდა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის სრულყოფილი შეფასება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული მეთოდოლოგიით, დაფინანსების წყაროების, მათი აკუმულირების, მომსახურების შესყიდვის და მიმწოდებლების მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურების, სერვისების პაკეტის შიგთავსის კუთხით;
3. ქვეყანაში პირველად განხორციელდა შემოსავლების მიხედვით კვინტილური ჯგუფებისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის, გადახდის შესაძლებლობის, კატასტროფული დანახარჯების შეფასების, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად გადარიბების მაჩვენებლების მრავალწლიანი ტენდენციების გაზომვა და შეფასება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული მეთოდოლოგიით;

4. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების ისტორიაში, პირველად იქნა გამოთვლილი და გამოყენებული ე.წ. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC service coverage index) სერვისებზე ხელმისაწვდომობის დონის შესაფასებლად, რომლის მეთოდოლოგია, ასევე მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ;
5. ქვეყანაში პირველად შეიქმნა პრევენდენტი დანერგილიყო და რუტინული წარმოებისთვის მომზადებულიყო ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსური შეფასებისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული საერთაშორისოდ აღიარებული და გამოყენებული ინსტრუმენტები, როგორიცაა ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა, საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი, ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და მათი გამომწვევი ფაქტორების შეფასება, როგორც მთლიან პოპულაციაში, ისე შემოსავლის ჯგუფებისა და გეოგრაფიულ ჭრილში.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები

დაცვისთვის წარმოდგენილია შემდეგი დებულებები:

რეფორმებმა წარმატებით შეამცირა ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით არსებული ფინანსური ბარიერები და, შესაბამისად, გაზარდა მომსახურებით სარგებლობა განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, რომელთა მოცვა აქამდე არ ხდებოდა (საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი - 1996 46.7% და 2019 – 68.1%). მიუხედავად ამისა, ჯიბიდან გადახდების წილი შინამეურნეოების ხარჯებში კვლავ მაღალია ყველა შემოსავლის ჯგუფისთვის (1996 – 88% და 2018 – 48%).

ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვაზე დანახარჯების ერთ-ერთ უდიდეს წყაროს წარმოადგენს (1996 – 88% და 2018 – 48%) და იწვევს იმ შინამეურნეოების ფინანსურ სიძნელეს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ (შინამეურნეოების წილი, რომლებიც დადგენენ კატასტროფული გადახდის საჭიროების წინაშე 2010 – 13.3% და 2018 – 17.4% ($P<0.05$)).

ჯანმრთელობაზე კატასტროფული დანახარჯები უკიდურესად კონცენტრირებულია უღარიბეს შინამეურნეოებში (2018 - უღარიბესი კვინტილის

შინამეურნეობის 48%-მა განიცადა ფინანსური სიძნელე, უმდიდრესი კვინტილის მხოლოდ 5%-თან შედარებით $P<0.01$).

სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნებების ზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში დაბალია ევროპული სტანდარტების მიხედვით (1997 – 0.8 % და 2018 - 3%; ევროპის რეგიონის საშუალო 4.9%).

ამბულატორიული მედიკამენტები ფინანსური სიძნელის მთავარი მამოძრავებელია, რაც განპირობებულია შეზღუდული მოცვითა და მედიკამენტების მაღალ ფასებით (მედიკამენტების გამო გაწეული კატასტროფული ხარჯები - 47.0% - 2010 და 61% - 2018 ($P<0.5$ და $P<0.01$)).

პირველადი ჯანდაცვისადმი ნდობის ნაკლებობა იწვევს ჯიბიდან დანახარჯებს თვითმკურნალობის, ან რეფერალური სისტემების გვერდის ავლით სპეციალისტებთან/სტაციონარში ვიზიტების გამო (ერთ სულზე ამბულატორიული ვიზიტები 2010 – 2 და 2018 – 4)

სერვისის ფასების კომპლექსური რეგულირება და პროვაიდერის შესაძლებლობა პაციენტს გადაახდევინოს სახელმწიფოსთან შეთანხმებულ ტარიფს ზემოთ დამატებითი გადასახადი, ასევე ხელს უწყობს სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურებისთვის ჯიბიდან მაღალ გადახდებს (სამკურნალო სერვისებით გამოწვეული კატასტროფული ხარჯები - 2010 – 49.4% და 2018 – 34.3% ($P<0.1$))

თანაგადახდის სისტემა რთულია და პოტენციურად დამაბნეველია პაციენტებისთვის. დაცვის მექანიზმები კი არაეფექტურია (გამოკითხული მოსახლეობის 27.3% აღნიშნავს თანაგადახდის მეთოდების განარტივების აუცილებლობას ($P=0.854$)).

მომსახურების ფასების მკაცრი რეგულირების, ან მომსახურების მოცულობის კონტროლის ნაკლებეფექტური მექანიზმების, მთავრობა ეყრდნობა სერვისებით მოცვის პოლიტიკას ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის მართვის მიზნით, რის შედეგადაც ხარჯები შინამეურნეობებს აწევბა ტვირთად და ზრდის მათ ფინანსურ გაჭირვებას.

კვლევის შედეგების თეორიული სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება

ნაშრომის შედეგების თეორიულ სიახლეს წარმოადგენს ის, რომ მასში პირველად იქნა წარმოდგენილი ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემების მოდელების ზეგავლენის შეფასება სერვისების უნივერსალური მოცვის დონეზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ფინანსურ დაცულობაზე, „საყოველთაობის“ მიზნების მიღწევის შეფასების მატრიცის, შინამეურნეოების დანახარჯების კვლევების შედეგების, ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების შესწავლის, უნივერსალური მოცვის ინდექსის განსაზღვრის მეთოდების, ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის და ჯანმოს მიერ მოწოდებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შეფასების სქემის მეშვეობით.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, შეფასდა ქვეყანაში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელებიდან - ე.წ. „ამერიკული მოდელი“, ბისმარკისა და ბევერიჯის მოდელები, ყველაზე მეტად რომელი განაპირობებს სერვისებით მოცვის მაღალ დონეს, ფინანსური ტვირთის თანაბარ გადანაწილებას, ფინანსური რისკებისაგან დაცვას და ასევე, არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენებას.

პრობლემის აქტულობიდან და ნაშრომის მიზნიდან გამომდინარე, ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება განისაზღვრება იმით, რომ ქვეყანაში ხშირად მიმდინარე რადიკალური რეფორმების ფონზე, ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ანალიზი, მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების წარმოჩენა, სერვისებით მოცვის დონის განსაზღვრა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფინანსურ დაცულობაზე მათი ზეგავლენის შედეგების შეფასება, დაეხმარება ქვეყანის ხელისუფლებას სწორი გადაწყვეტილებების მიღებასა და ცხოვრებაში გატარებაში, რადგან ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიები სოციალურ-ეკონომიკური ცხოვრებისაგან იზოლირებული არ შეიძლება იყოს.

ნაშრომის აპრობაცია

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის კვლევების მე-5 საერთაშორისო სიმპოზიუმზე (ლივერპული, გაერთიანებული სამეფო, ოქტომბერი, 2018); საქართველოს უნივერსიტეტის IV

სტუდენტურ კონფერენციაზე მედეა, (თბილისი, საქართველო, ივლისი, 2019); ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის ევროპის კონგრესზე (ბაზელი, შვეიცარია, ივლისი, 2019); ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის კვლევების მე-6 საერთაშორისო სიმპოზიუმზე (დუბაი, არაბთა გაერთიანებული საამიროები, ნოემბერი, 2020).

სამეცნიერო პუბლიკაციები

გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების საერთო რაოდენობა შეადგენს 19. მათ შორის, 7 ნაშრომში ასახულია დისერტაციის ძირითადი შედეგები.

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა

დისერტაცია შედგება შესავალის, რვა თავის, მათ შორის კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისა და დანართი CD-საგან.

დისერტაციის მოცულობა შეადგენს 212 გვერდს, APA-ს მოთხოვნების დაცვით.

გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 131 წყაროს. დანართ CD-ზე ჩაწერილია სადოქტორო დისერტაციისა და მისი ავტორეფერატის (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსიები, კვლევების მონაცემთა ელექტრონული ბაზები, SPSS-ის სინტაქსი, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომები.

თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შეფასება

1.1. ჯანდაცვის სისტემის მიზნები და ამოცანები

საუკეთესო ჯანმრთელობის მდგომარეობა მეტად მნიშვნელოვანია მოსახლეობის კეთილდღეობისა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. ამიტომ, პირველ რიგში, აუცილებელია განიმარტოს, რას წარმოადგენს თავად ჯანმრთელობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) კონსტიტუციის მიხედვით (1948), ჯანმრთელობა არის არა მხოლოდ დაავადების, ან უნარშეზღუდულობის არარსებობა, არამედ ადამიანის სრული ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა.

ჯანმრთელობაზე დიდ გავლენას ახდენს ჯანდაცვის ორგანიზაცია და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება მნიშვნელოვანწილად ჯანდაცვის სისტემის გამართულ ფუნქციონირებაზეა დამოკიდებული.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას განმარტავს, როგორც „ჯანდაცვითი აქტივობების გასატარებლად მიმართულ ყველა ორგანიზაციის, ინსტიტუციებისა და რესურსის ერთობლიობას, რომლის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესება“ (ჯანმო, 2000).

2008 წელს ტალინში ჯანდაცვის სისტემებისადმი მიძღვნილ ევროპის რეგიონის მინისტრთა კონფერენციაზე გაჟღერდა ჯანდაცვის სისტემის ახალი, შეჯერებული და უფრო დახვეწილი დეფინიცია, რომელიც მოიცავს: სამედიცინო მომსახურების (პერსონალური და საზოგადოებრივი) მიწოდებას - პირველად და მეორად პროფილაქტიკას, მკურნალობას, ზრუნვას და რეაბილიტაციას; სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისთვის მიმართულ ქმედებებს, განსაკუთრებით დაფინანსების, რესურსების გენერირებისა და მართვის ფუნქციებს; მმართველობით ქმედებებს სხვადასხვა სექტორებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რელევანტურ ინტერვენციებზე გავლენის მიზნით, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა მათი პირველადი მიზანი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების მთავარ მიზნებს წარმოადგენს: მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება (როგორც ჯანმრთელობის დონე, ისე მომსახურებით მოცვა); მოსახლეობის არასამედიცინო საჭიროებებზე და მოლოდინებზე

რეაგირება, როგორცაა პიროვნების პატივისცემა (პაციენტის ღირსება, კონფიდენციალობა, ავტონომია, კომუნიკაცია) და კლიენტზე ორიენტირება (ყურადღება, საბაზისო კომფორტი, სოციალური მხარდაჭერა, არჩევანი); სოციალური და ფინანსური რისკებისაგან დაცვა და ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება; არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენება.

მნიშვნელოვანია სისტემის შუალედური ამოცანები - გზა საჭირო სიმძლავრეებიდან ჯანმრთელობის გამოსავლამდე მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობისა და მოცვის საშუალებით.

აღნიშნული მიზნებისა და ამოცანების მიღწევა შესაძლებელია მოსახლეობისთვის ხარისხიანი და დროული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებით, ჯანდაცვის ღონისძიებების გასატარებლად საჭირო მაღალკვალიფიციური ადამიანური რესურსებით, კარგად აღჭურვილი სამედიცინო დაწესებულებებით, თანამედროვე სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით, ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვით, ფინანსური სახსრების მობილიზაციისა და ალოკაციის უზრუნველყოფით და მოქნილი მმართველობის სისტემის ჩამოყალიბებით.

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი მუშაობისთვის საჭიროა ექვსი „სამშენებლო ბლოკი“, ანუ სისტემის ექვსი ძირითადი ფუნქცია, რომლებიც ქმნიან ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩოს და უზრუნველყოფენ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურ ფუნქციონირებას (ჯანმო, 2000):

მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება გულისხმობს რესურსების მინიმალური დანახარჯებით ეფექტურ, უსაფრთხო და საუკეთესო ხარისხის პერსონალური და საზოგადოებრივი სერვისების მიწოდებას მათთვის, ვისაც ესაჭიროება, სადაც ესაჭიროება და როდესაც ესაჭიროება ის.

მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრების - ექიმების, ექთნების, ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალის უპირველესი მოვალეობაა, არსებული რესურსებიდან და გარემოებებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის საუკეთესო შედეგების მიღწევა.

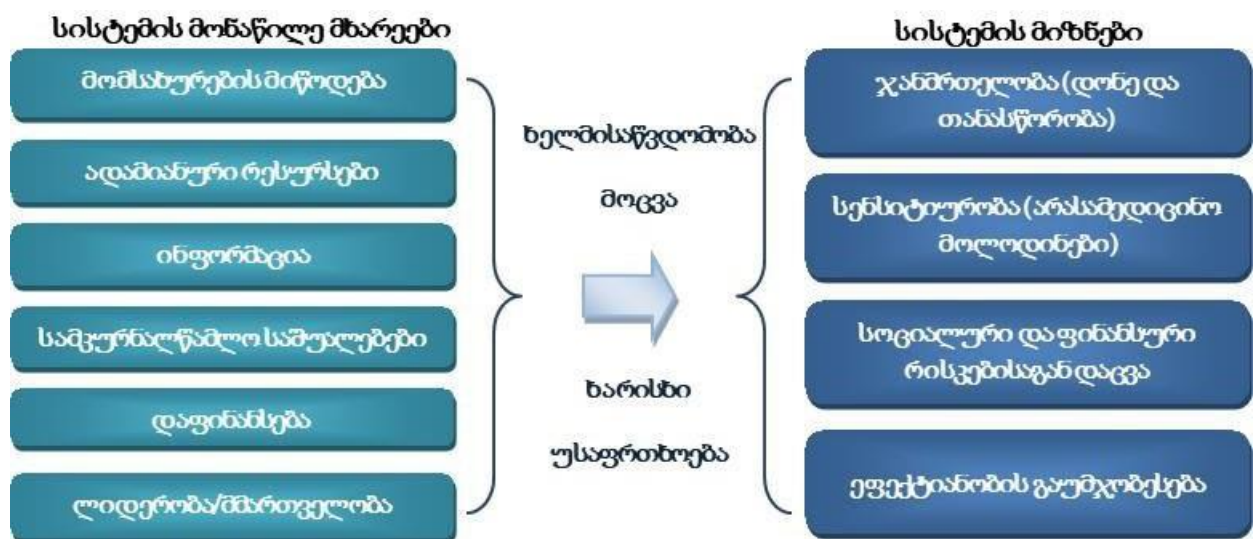
ესენციურ სამკურნალო საშუალებებზე, ვაქცინებსა და ტექნოლოგიებზე ხარისხის, უსაფრთხოების და რენტაბელობის გარანტიით თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მიზანია უზრუნველყოს სისტემის ადეკვატური ინვესტირების შესაძლებლობა, რათა ყველა ადამიანისთვის შექმნას პრევენციულ და ინდივიდუალურ მომსახურებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში, თავიდან ააცილოს მათ სერიოზული ფინანსური გაჭირვების ან გაღარიბების რისკი.

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის ქმედებებზე, ჯანმრთელობის დეტერმინანტებსა და სტატუსზე სანდო და თანამედროვე ინფორმაციის შეკრებას, ანალიზს, გავრცელებასა და გამოყენებას.

ლიდერობა და მმართველობა, თავის მხრივ, გულისხმობს როგორც პოლიტიკური, ისე ტექნიკური გადაწყვეტილებების მიღებას და საზოგადოებრივი ინტერესების დაცვის მიზნით მოიცავს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სექტორის ზედამხედველობას და ხელმძღვანელობას.

ნახატი 1: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასების მატრიცა: ფუნქციები და მიზნები



წყარო: (ჯანმო/WHO, 2007)

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ჯანმოს მიერ შემოთავაზებული ჩარჩო ეფექტიანია, თუ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა ისე აერთიანებს „სამშენებლო ბლოკებს“, რომ მომსახურება ეფუძნება სამართლიან საფუძვლებს, უზრუნველყოფილია მომსახურების ხარისხი, უსაფრთხოება და უნივერსალური მოცვა, ხდება რეაგირება მოსახლეობის საჭიროებებზე, ადამიანები დაცულნი არიან ფინანსური რისკებისაგან და,

შესაძლებლობის ფარგლებში, მიღებული მომსახურება შესაბამისობაშია გაწეულ დანახარჯებთან.

1.2. ჯანდაცვის სისტემის მოდელები

ინდუსტრიულ ქვეყნებსა თუ ქალაქებში ჯერ კიდევ 150 წლის წინ არ არსებობდა ჯანდაცვის სისტემები თანამედროვე გაგებით, რომელთა დანიშნულება იყო მოსახლეობისთვის დახმარების აღმოჩენა.

მე-19 საუკუნიდან დღემდე მსოფლიოში ოთხი ტიპის ჯანდაცვის სისტემის მოდელი ფუნქციონირებს კლასიკური გაგებით (ცხრილი 1) თუმცა აღსანიშნავია, რომ ამჟამად ბევრ ქვეყანაში უკვე ამ მოდელების ტრანსფორმირება ხდება ადგილობრივი გარემოს გათვალისწინებით. ჯანდაცვის სისტემის მოდელის ტიპი განპირობებულია დაფინანსების სისტემის ფუნქციების მიხედვით როგორცაა ფულადი სახსრების მობილიზება, თავმოყრა და სერვისების შესყიდვა.

უმეტეს წილად მიზნობრივ შენატანებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემას საფუძველი ჩაეყარა გერმანიაში, სადაც კანცლერმა ბისმარკმა სათავე დაუდო ორგანიზებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შექმნას 1883 წელს „სოციალური დაზღვევის“ სისტემის ჩამოყალიბებით, რომელმაც მუშათა კლასთან ურთიერთობის გაუმჯობესებისა და მათი სოციალისტური მოძრაობისაგან ჩამოშორების მიზნით ჩამოაყალიბა სოციალური დაზღვევის გეგმა. გერმანიაში დამსაქმებლებს კანონდმებლობით დაევალით დაბალი ანაზღაურების მქონე დასაქმებულებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანის გადახდა. აღნიშნული სახის კანონი მიღებულ იქნა ბელგიაში 1884 წელს, ნორვეგიაში 1909 წელს, ხოლო დიდ ბრიტანეთში კი 1911 წელს, სადაც დასაქმებულებისა და მათი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის დაცვა ხდებოდა ან პროფკავშირების, ან დასაქმებულთა მიერ შექმნილი „ამხანაგური“ გაერთიანებების მიერ.

მე-19 საუკუნის ბოლოს რუსეთმა შექმნა სახელმწიფო სამედიცინო პუნქტებისა და საავადმყოფოების ფართო ქსელი, რომელიც ფინანსდებოდა სახელმწიფო გადასახადებიდან და მკურნალობა იყო უფასო. ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ, 1917 წელს, შეიქმნა ე.წ. სემაშკოს მოდელი, რომელიც გულისხმობდა უფასო სამედიცინო დახმარებას ქვეყნის მოსახლეობისთვის. იგი წარმოადგენდა მთლიანად სახელმწიფოს

მიერ სრულიად ცენტრალიზებული და კონტროლირებადი მოდელის ადრეულ მაგალითს.

პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ, 1922 წელს, იაპონიამ სამკურნალო პაკეტს დაამატა სანიტარული მომსახურებაც. 1924 წელს ჩილეს შრომის სამინისტრომ თავის თავზე აიღო დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაცვა. 1935 წელს დანიის მოსახლეობის 90% გახდა სამედიცინო დაზღვევის სისტემით მოცული. გერმანიისგან ოკუპირებულმა ნიდერლანდებმა შემოიღო სოციალური დაზღვევის სისტემა.

მეორე მსოფლიო ომის დროს გადაუდებელი დახმარების ეროვნულმა სისტემამ საფუძველი დაუდო 1948 წელს ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის ჩამოყალიბებას დიდ ბრიტანეთში. შეიქმნა ე.წ. ბევერიჯის, ანუ ჯანდაცვის სისტემის ყველაზე „გავლენიანი“ მოდელი, რომელსაც უმეტესწილად ზოგადი გადასახადებით დაფინანსებულ მოდელსაც ემახიან. ქვეყნის მოქალაქეები, განურჩევლად შემოსავლისა, სქესისა და ასაკისა, იღებდნენ საუკეთესო სამედიცინო მომსახურებას სახელმწიფოს ხარჯზე. აღნიშნული მოდელი გავრცელდა ნორვეგიაში, შვედეთში, უნგრეთში, ჩილესა და ევროპის სხვა ე.წ. კომუნისტურ ქვეყნებში.

ჯანდაცვის სისტემის მესამე ტიპის ე.წ. შერეული მოდელი აღმოცენდა 1960-იანი წლებიდან და მათში სახელმწიფოს მონაწილეობა შეზღუდულია, თუმცა ჯერ კიდევ მნიშვნელოვანია და მოიცავს არა მარტო მიზნობრივი ჯგუფების სამედიცინო დამხარებით მოცვას (Medicare, Medicaid), არამედ დანარჩენი მოსახლეობისთვის ქმნის სამედიცინო დახმარების სისტემის ლეგალურ საფუძვლებს, რომელიც ფინანსდება ძირითადად კერძო ფონდებიდან. აღნიშნულის კლასიკური მაგალითია ამერიკის შეერთებული შტატები.

ცხრილი 1: ჯანდაცვის სისტემის მოდელები

მოდელის ტიპი	ძირითადი მახასიათებლები	ქვეყნები
ბისმარკის (სოციალური დაზღვევის) მოდელი, 1883	შემოსავლებიდან მიღებულ გადასახადებზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა, სახელმწიფოს როლი მინიმალური	გერმანია, ბელგია, საფრანგეთი, იაპონია
სემაშკოს (ცენტრალიზებული) მოდელი, 1917	ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით	ყოფილი საბჭოთა

		კავშირის ქვეყნები, კუბა
ბევერიჯის (ცენტრალიზებული) მოდელი, 1948	ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით, კერძო დაზღვევისა და მომსახურების მეტი შესაძლებლობა	დიდი ბრიტანეთი, შვედეთი, ნორვეგია, ფინეთი
ამერიკის (შერეული) მოდელი, 1960-იანი წლები	შერეული ფორმა, სახელმწიფოს როლი დაფინანსებაში მინიმალურია	აშშ, ნიდერლანდები

წყარო: ავტორი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების გაძლიერების ხელშეწყობისათვის ჯანმოს მიერ 2000 წელს მომზადდა და გამოიცა ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენება „ჯანდაცვის სისტემები: ფუნქციონირების გაუმჯობესება“, რომელშიც ასახულია ჯანდაცვის სისტემების ასპექტები მთელს მსოფლიოში. მასში თავმოყრილია რთული ფაქტორების კონცეპტუალური იდეები, რომლებიც ხსნის, როგორ მუშაობს ჯანდაცვის სისტემა და შემოთავაზებულია პრაქტიკული რჩევები სისტემის შეფასებისათვის და არსებული რესურსებით წარმატების მიღწევის გზები.

2008 წელს ტალინში ჩატარდა ჯანდაცვის სისტემებისადმი მიძღვნილი ევროპის რეგიონის ქვეყნების მინისტრთა კონფერენცია, სადაც მიღებული იქნა ტალინის ქარტია „ჯანდაცვის სისტემები ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის“. ქარტია ითვალისწინებს ჯანდაცვის სისტემების განმტკიცების სტრატეგიულ ჩარჩოს ჯანმოს ევროპის რეგიონისთვის. მასში გაცხადებულია ის ღირებულებები და პრინციპები, რომელიც საფუძვლად უდევს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესებას.

ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში არსებული გამოწვევების დასაძლევად და ჯანმრთელობის პრიორიტეტულობიდან გამომდინარე, 2010 წელს მიღებული იქნა ადელაიდას შეთანხმება "ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში", რომელიც წარმოადგენს ინოვაციურ სტრატეგიას და ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისაკენ სწრაფვის გზას. ყველა სექტორისა თუ დარგის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში ჯანდაცვის საკითხების ჩართვით, სახელმწიფოებს საშუალება ეძლევათ მოახდინონ ჯანმრთელობის ძირითად დეტერმინანტებთან დაკავშირებული პრობლემების უფრო სისტემატიზებული გადაჭრა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებით მიღებული სარგებელის სხვა სექტორების მიზნებისთვის გამოყენება.

1.3. ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა და მდგრადი განვითარების მიზნები

მოსახლეობის ჯანმრთელობა არის ქვეყნების ეკონომიკური განვითარების და, ზოგადად, განვითარების ერთ-ერთი მთავარი მამოძრავებელი ძალა. ამიტომ მოსახლეობის კარგი ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის უზრუნველყოფის საუკეთესო გზას სახელმწიფოს ყველა დარგის ერთობლივი საქმიანობა წარმოადგენს, რომელიც ჯანმრთელობის სოციალური და ინდივიდუალური დეტერმინანტების გაუმჯობესებაზე არის მიმართული.

სოციალური უთანასწორობის შემცირებას ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე მნიშვნელოვანი გავლენა გააჩნია. სოციალური უთანასწორობის მიზეზებს კომპლექსური ხასიათი აქვს, კავშირშია ადამიანის სიცოცხლის სხვადასხვა პერიოდთან და აუარესებს ცხოვრების დონეს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონში სხვაობა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელში 16 წელზე მეტს შეადგენს და მნიშვნელოვნად განსხვავდება სქესის მიხედვით, ხოლო დედათა სიკვდილიანობა რეგიონის ზოგიერთ ქვეყანაში სხვა ქვეყნებთან შედარებით 43-ჯერ მაღალია. ასეთი გამოხატული უთანასწორობა მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული ქცევით ფაქტორებთან, როგორიცაა თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, კვება, ფიზიკური აქტივობა, ფსიქიკური დარღვევები, რაც თავის მხრივ, სტრესულ მდგომარეობას და სოციალური დაცვის ხარვეზებს გამოხატავს.

სიღარიბის, შიმშილის, ავადობის ტვირთის, სქესთა უთანასწორობის შემცირება და წყლისა და სანიტარული პირობების გაუმჯობესების მიღწევას ეძღვნებოდა - 2000 წელს გაეროს მიერ მიღებული ათასწლეულის განვითარების 8 მიზანი, რომელიც უნდა მიღწეულიყო 2015 წლისათვის.

2015 წლის 25 სექტემბერს ნიუ-იორკში, გაეროს გენერალური ასამბლეის სამიტზე, გაეროს წევრი 193 სახელმწიფოს მიერ მიღწეულ იქნა კონსენსუსი ახალი დღის წესრიგის დოკუმენტზე „ჩვენი მსოფლიოს გარდაქმნა: მდგრადი განვითარების დღის წესრიგი 2030 წლამდე“ და ჩამოყალიბებულ იქნა გლობალურ მიზნებად წოდებული მდგრადი განვითარების მიზნები, რომელიც მსოფლიოს პერსპექტიული განვითარების ფართომასშტაბიან სტრატეგიას წარმოადგენს.

მდგრადი განვითარების დღის წესრიგი არის უპრეცედენტო და ამბიციური მიზანი, რომელიც ათასწლეულის განვითარების მიზნების შემდგომ პერიოდში ყველა ქვეყნის განვითარების მიმართულებებს აღწერს.

მდგრადი განვითარების 17 მიზანი და 169 ამოცანა, რომელიც გაცხადებულ იქნა 2015 წლის სექტემბერში გაეროს სამიტზე, წარმოადგენს გაეროს ახალ სტრატეგიას, რომლის არსია ადამიანის უფლებათა, მ.შ. ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება თითოეული ადამიანისთვის, სქესთა თანასწორობის მიღწევა, ყველა ქალისა და გოგონას უფლებების გაძლიერება.

მდგრადი განვითარების მე-3 მიზანი „ჯანმრთელი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის მიღწევა ყველა ასაკის ადამიანისათვის“ მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვასა და ჯანდაცვაში სამართლიანობის მიღწევას ეძღვნება. სწორედ ამიტომ 2030 წლისთვის სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნების პრიორიტეტს წარმოადგენს (ამოცანა 8.3). საყოველთაო ჯანდაცვა ერთადერთი მიზანია, რომელიც ჯანმრთელობის ყველა დანარჩენ მიზნებში აისახება, სხვა მიზნების ჯანმრთელობასთან ასოცირებულ ამოცანებთან არის დაკავშირებული და ყველა სხვა მიზნის მიღწევის საფუძველს წარმოადგენს. საყოველთაო ჯანდაცვა საშუალებას იძლევა, რომ ძალისხმევა მიემართოს მეტად მდგრადი, პიროვნებაზე ორიენტირებული სისტემური რეფორმის განხორციელებაზე, რომელიც ინტეგრაციის, ეფექტური სამედიცინო მომსახურების პრინციპს დაეფუძნება.

ჯანმრთელობის სერვისების საყოველთაო მოცვა (UHC) ნიშნავს, რომ ყველას შეუძლია მიიღოს ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების სრულ სპექტრი, მათ შორის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პრევენცია და მკურნალობა, რეაბილიტაციას და პალიატიურ მზრუნველობა. სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა არის ჯანმრთელობის და სიღარიბისაგან დაცვის უკეთესი შესაძლებლობა ასობით მილიონი ადამიანისათვის, განსაკუთრებით კი - მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

საყოველთაო ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის სერვისებზე (ამოცანა 3.7), ისევე როგორც ესენციური წამლების და ვაქცინების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (ამოცანა 3.8), ათასწლეულის განვითარების მიზნებში დაწყებული აქტივობების გაგრძელებას წარმოადგენს და უნივერსალური ხელმისაწვდომობის ნაწილია.

მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის გარდა, რომელიც 13 კონკრეტულ ამოცანას შეიცავს, ჯანმრთელობაზე მიმართული სხვადასხვა მიზნებში ასახული 17 ამოცანა, რომელთა ერთობლიობა ქმნის ადამიანის ჯანმრთელობის უფოლების რეალიზების მყარ საფუძველს.

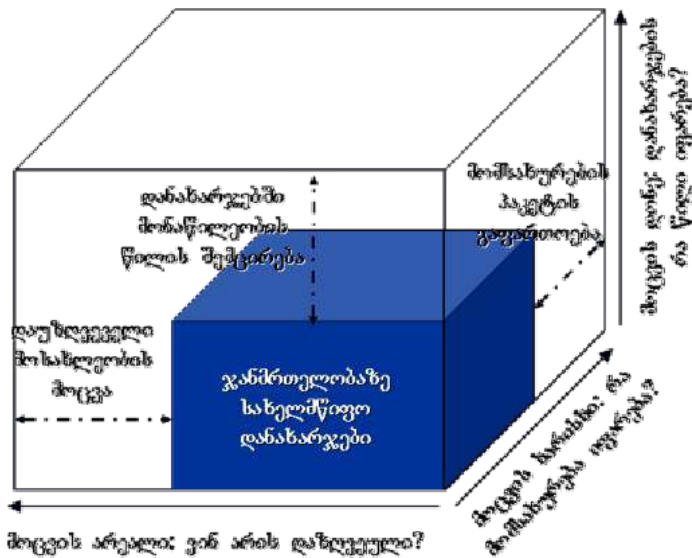
უნივერსალური მოცვის იდეა პირველად გაცხადებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 1948 წლის კონსტიტუციით, როდესაც ჯანმრთელობა გამოცხადდა ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად. 1978 წელს ალმაატაში სტრატეგიით „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ კიდევ ერთხელ გაესვა ხაზი მის მნიშვნელობას. 2012 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციებში კვლავ გაჟღერდა უნივერსალიზმის პრიორიტეტულობა. 2030 წელს, მსოფლიოში ჯანმრთელობის საყოველთაო მოცვის უზრუნველყოფის მიღწევა, ასევე აისახა გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზანშიც, რომელიც 2015 წელს იქნა მიღებული.

2019 წლის 23 სექტემბერს, გაეროს გენერალური ასამბლეის ფარგლებში, ტაილანდისა და საქართველოს თანაფასილიტაციით ჩატარებულ მაღალი დონის შეხვედრაზე მიღებულ იქნა პოლიტიკური დეკლარაცია „უნივერსალური მოცვა: ერთობლივი სწრაფვა ჯანმრთელი მსოფლიოს მშენებლობისთვის“. დეკლარაციაში ხაზი გაესვა მდგრადი განვითარების 2030 ჯანდაცვასთან დაკავშირებული მიზნების მიღწევისთვის საჭირო ფინანსური რესურსების მობილიზების აუცილებლობას (იმ ქვეყნების წახალისება სადაც ჯერ კიდევ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები დაბალია მშპ-ის 5%-ზე) და ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების ხელშეწყობას.

ტექნიკური თვალთახედვით, უნივერსალური მოცვის მიღწევა შესაძლებელია 3 გზით (ნახატი 2): მოცვის არეალი: მოსახლეობის წილი, რომელიც სარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებით, უნდა გაიზარდოს თანდათანობით, რათა მოცული იქნას მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელსაც არ აქვთ ხელმისაწვდომობა მომსახურებაზე და/ან სოციალური დაცვა მომსახურების მიღების გამო მოსალოდნელი ფინანსური შედეგების წინააღმდეგ. ამასთან ერთად, უნდა გაიზარდოს მოცვის ხარისხი, იმ ძირითადი მომსახურების გაფართოებით, რომელიც აუცილებელია მოსახლეობის მოთხოვნების ეფექტურად დასაკმაყოფილებლად. უნდა გაფართოვდეს რესურსების მოცულობა და აქ შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს ე.წ. "ბაზისურმა პაკეტმა". მოცვის დონე, ანუ

ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რომელიც იფარება წინასწარგადახდილი სახსრების გაერთიანების შედეგად, უნდა გაიზარდოს, ჯიბიდან გადახდების წილის შემცირების ხარჯზე.

ნახატი 2: უნივერსალური მოცვის მიღწევის სამი გზა



წყარო: (ჯანმო, 2008)

1.4. ფასეულობებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა

მდგრადი განვითარების მიზნების მხარდაჭერით, ქვეყნის მთავრობებმა აიღეს ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის, ჯანმრთელი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის მიღწევის უზრუნველყოფის ვალდებულება. საყოველთაო მოცვა საშუალებას აძლევს მოსახლეობას გაუმჯობესდეს წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე და დაცული იყოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისებისა და გაღარიბებისგან.

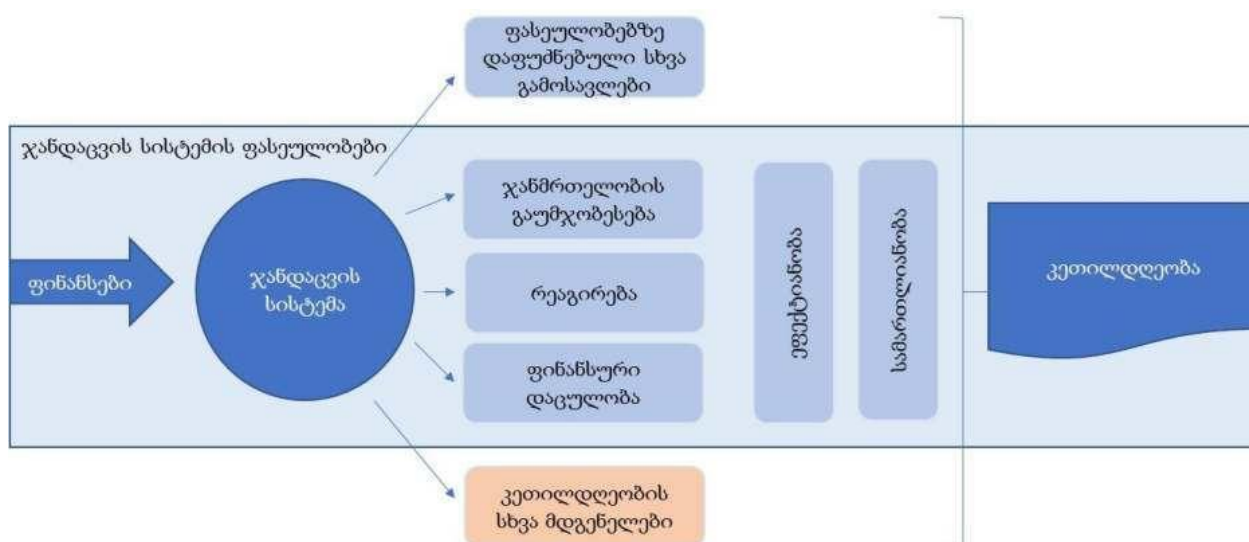
სოციალური კეთილდღეობის მიღწევაში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შენატანი მნიშვნელოვანია. ჯანმრთელობის სისტემები ქმნიან ფასეულობებს, რომლებიც უკავშირდება ერთი მხრივ, ჯანმრთელობას და მეორეს მხრივ, კეთილდღეობას, როგორცაა ფინანსური დაცულობა, სამართლიანობა, სისტემის რეაგირება მოსახლეობის მოთხოვნებზე და ა.შ.

მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის - ჯანმრთელი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის მიღწევა ყველა ასაკის ადამიანისათვის - რეალიზებისთვის სოლიდარობაზე დაფუძნებული ევროპული ჯანდაცვის სისტემების კონტექსტში და საყოველთაო ჯანდაცვის ფინანსური მდგრადობის უზრუნველსაყოფად, 2020 წელს, ჯანდაცვის სფეროში ინვესტიციის ეფექტური გზების შესახებ ევროკომისიის ექსპერტთა ჯგუფის (EXPH) მიერ შემოთავაზებულია ფასეულობებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის ოთხი პილარი: შესაძლო საუკეთესო შედეგების მიღწევა არსებული რესურსებით (ტექნიკური ფასეულობა); რესურსების სამართლიანი განაწილება პაციენტთა ყველა ჯგუფში (ალოკაციური ფასეულობა); სათანადო ზრუნვა თითოეული პაციენტის პირადი მიზნების მისაღწევად (პერსონალური ფასეულობა); ჯანმრთელობის დაცვის წვლილი სოციალურ მონაწილეობასა და ურთიერთდამოკიდებულებაში (საზოგადოებრივი ფასეულობა).

ფასეულობებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის ინიციატივა ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის უფრო ეფექტურ, ხელმისაწვდომ და მდგრად სისტემებს, რომელიც ორიენტირებული იქნება ცნობიერების ამაღლებისკენ, რომ ჯანმრთელობა არის მნიშვნელოვანი ინვესტიცია თანაბარუფლებიან და სამართლიან ევროპულ საზოგადოებაში და გრძელვადიანი სტრატეგია კულტურის ეტაპობრივი შეცვლისკენ; მომსახურების გაწევის მიზანშეწონილობის შესახებ კვლევის მხარდაჭერა და გამოცდილებისა და საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარება; ჯანდაცვის პროფესიონალების წახალისება ჯანდაცვის სფეროში ღირებულების გაზრდისთვის პასუხისმგებლობის ასაღებად; ასევე პაციენტების ინიციატივების მხარდაჭერა პერსონაზე ორიენტირებული მიზანმიმართული დახმარების მეთოდების დანერგვაში პასუხისმგებლობის გაზიარებაში.

აღნიშნული ფასეულობების დაცვა მოითხოვს ფინანსურ რესურსებს, რომელიც საბოლოო ჯამში, ისევ ფიზიკურ პირებს ეკისრებათ სხვადასხვა ფორმით (დაბეგვრა, სადაზღვევო შენატანები, ან ჯიბიდან გაწეული ხარჯები) და რომელთა ჯანდაცვის სისტემის მიერ ეფექტიანი მართვა აუმაღლებს მისახლეობის ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას (ნახატი 3).

ნახატი 3: ფასეულობები ჯანდაცვის სისტემის პერსპექტივიდან



წყარო: (ჯანმო, 2019)

ნახატი 3-ზე მოცემულ თითოეულ ფასეულობაზე ფოკუსირებულია ჯანდაცვის სისტემა და ხელს უწყობს კეთილდღეობის ამაღლებას. ჯანმრთელობა არის კეთილდღეობის ცენტრალური ელემენტი, ფასდება როგორც საკუთრებაში არსებული აქტივი და პიროვნებისთვის წარმოადგენს მაქსიმალური პოტენციალის მიღწევის საშუალებას. რეაგირება ასახავს მომხმარებელბის მოთხოვნების ჯანდაცვის სამსახურებისადმი მოთხოვნების დაკმაყოფიების დონეს და განაპირობებს კეთილდღეობის ხარისხს. ფინანსური დაცულობა ხელს უწყობს კეთილდღეობას და დამოკიდებულია ავადმყოფობისას ჯანდაცვის სისტემის მიერ საჭირო სამედიცინო სერვისების ფინანსური უზრუნველყოფის დონეზე. შესაბამისად, სერვისების დაფინანსების სქემები განაპირობებენ კეთილდღეობის ხარისხს, რაც ყველაზე ხშირად გამოხატულია უნივერსალური ჯანდაცვის ფორმით.

ეფექტიანობა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის დიდ გამოწვევას და პოლიტიკური ინიციატივების უმეტესობა მიმართულია მის ასამაღლებად. ეფექტიანობა წარმოადგენს მნიშვნელოვან არაპირდაპირ დეტერმინანტს ჯანდაცვის სისტემების გავლენისას კეთილდღეობაზე.

სამართლიანობა არის ელასტიურობის კონცეფცია, რომელსაც შეუძლია მიიღოს მრავალი ფორმა, ისეთი როგორიცაა შესაძლო უსამართლობის შემცირება ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობაში, ჯანმრთელობასთან მიმართებაში ან და ჯანმრთელობის შემცირებადი უთანასწორობის შემცირება და ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის

უთანასწორობის შემცირება. ეს არის საყოველთაო ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმზიდველობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი, რომელიც ახდენს რესურსების გადანაწილებას მოწყვლად ფენებზე.

ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს კომპლექსურ სოციალურ კონსტრუქციას და მისი ფუნქციონირებისთვის საჭიროა ისეთი პოლიტიკის შექმნა, დაფინანსება და კონტროლი, რომელიც განაპირობებს მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ამაღლების დონეს. კეთილდღეობაზე მიმართული პოლიტიკის ფორმირებაში მნიშვნელოვანია პოლიტიკის შემუშავებლების, შემსყიდველების, სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების, სამედიცინო პერსონალის, მოსახლეობისა და პაციენტთა როლი, რომელიც უზრუნველყოფს საბაზისო პაკეტით მოცული სერვისების, შესყიდვის ფორმების და ხარისხიანი სერვისების შესყიდვის მექანიზმების შემუშავებასა და დანერგვას.

1.5. „საყოველთაოობის“ მიზნების მიღწევის შეფასების მატრიცა

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს და გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების გარანტიას. ეს განმარტება თავისთავში მოიცავს ჯანდაცვის პოლიტიკის სამ სპეციფიკურ მიზანს:

1. სამართლიანობა ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობაში;
2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი;
3. ფინანსური დაცვა.

მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიოს არც ერთ ქვეყანას არ შეუძლია სრულად მიაღწიოს ამ სამივე „საყოველთაოობის მიზანს“, ყველა მათგანი მაინც ცდილობს ჰქონდეს პროგრესი სამივე მიმართულებით. ამრიგად, „საყოველთაო ჯანდაცვისკენ სწრაფვა“ ყველასათვის მნიშვნელოვანია და განსაზღვრავს სისტემის გაძლიერებისკენ მიმართულ რეფორმების პრიორიტეტებს.

საყოველთაოობის მიზნებისა და ამოცანებში მომსახურების გამოყენების სამართლიანობა გულისხმობს იმ განსხვავებების შემცირებას, რომელიც არსებობს ჯანდაცვის სერვისის

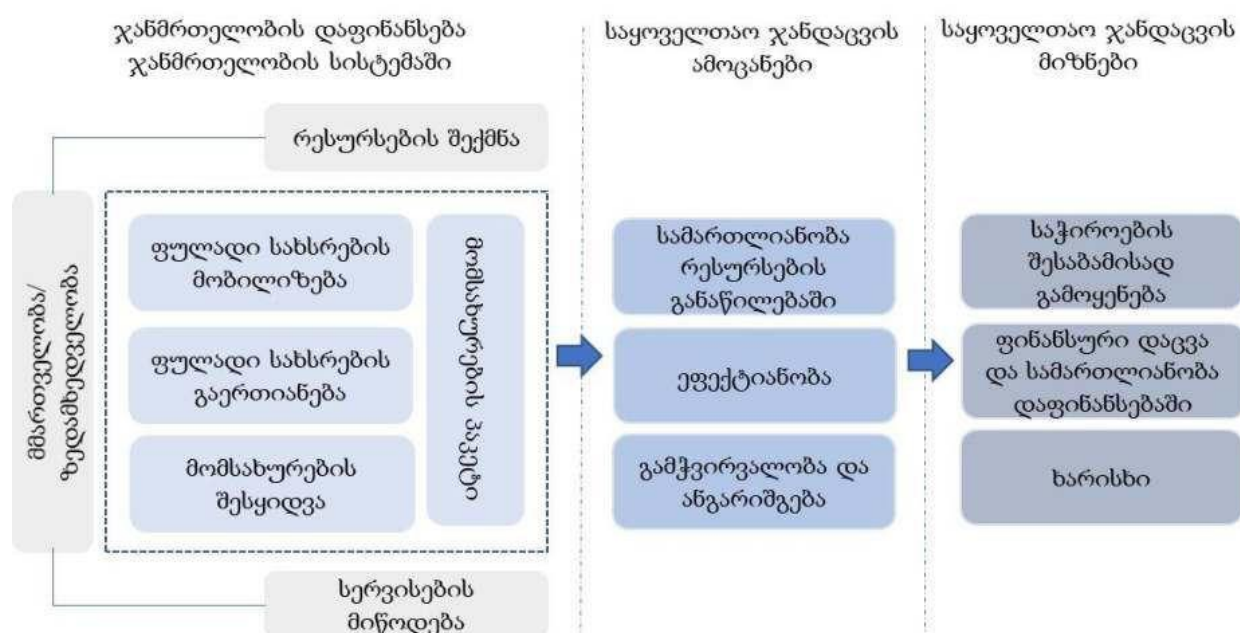
საჭიროებასა და ამ სერვისის რეალურ გამოყენებას შორის. მოსახლეობამ უნდა გააცნობიერონ მათი ჯანმრთელობის საჭიროება და ასევე, საჭირო მომსახურებით სარგებლობის შესაძლებლობა.

ფართო გაგებით, ხარისხი გულისხმობს დონეს, თუ რამდენად აღწევენ ჯანდაცვის სამსახურები ჯანმრთელობის სასურველ შედეგებს ან აუმჯობესებენ ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ხარისხიანი ჯანდაცვა ასევე მოითხოვს პროფესიონალურ და ემპათიურ პიროვნულ თანამშრომლობას პროვაიდერებსა და პაციენტებს შორის.

ფინანსური დაცვის მიზანია ფიზიკური პირების და ოჯახების დაცვა ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების შედეგად "ფინანსური კრახისგან". ასეთი უარყოფითი შედეგები, როგორც წესი, მოყვება მხოლოდ ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გაწეულ დანახარჯებს (OOPs), რომელიც აღემატება ინდივიდის გადახდისუნარიანობას.

როგორც ზემოაღნიშნული მიუთითებს, მჭიდრო კავშირი არსებობს ჯანმრთელობის დაფინანსების სისტემასა და „საყოველთაოობის“ მიზნებს შორის. 2016 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა ჯანდაცვის დაფინანსების შეფასების მატრიცა, რომელიც უშუალოდ ზომავს ქვეყნის პროგრესს საყოველთაო ჯანდაცვის მიზნების და ამოცანების მიღწევის მიმართულებით (ნახატი 4).

ნახატი 4: საყოველთაო ჯანდაცვის მიზნები და ჯანდაცვის დაფინანსების ჩარჩო



წყარო: (ჯანმო, 2019)

ნახატი 4-ზე გამოსახული სქემა ასახავს კავშირებს ჯანმრთელობის დაფინანსების ღონისძიებებსა და „საყოველთაოობის“ მიზნებს და შუალედურ ამოცანებს შორის. ეფექტიანობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს ფინანსურ დაცვას და სერვისების სამართლიან გამოყენებას, რადგან არსებული რესურსების პირობებში, უნდა მოხდეს მაქსიმალური რაოდენობის მაღალხარისხიანი სერვისების მიწოდება. ეს კი ნიშნავს, რომ სერვისების მიწოდება უნდა მოხდეს ჯანდაცვის სისტემის ქვედა რგოლში - პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და აქცენტი უნდა გაკეთდეს პრევენციასა და დაავადების მართვაზე და არა მარტო მკურნალობაზე.

ანალოგიურად, არსებული რესურსების სამართლიანი განაწილების უზრუნველყოფამ შეიძლება ხელი შეუწყოს „საყოველთაოობის“ მიზნების მიღწევას, რადგან რესურსები უნდა გადანაწილდეს ჯანდაცვის სერვისების საჭიროებების შესაბამისად, სხვადასხვა ჭრილში მაგ. როგორიცაა სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფები, გეოგრაფიული არეალი, ასაკობრივი ჯგუფი და სხვ.

გამჭვირვალობა ხელს უწყობს უნივერსალურობისკენ სწრაფვას, რადგან იგი ზრდის ინდივიდების ინფორმირებულობას მათი ჯანმრთელობის უფლებების შესახებ და აძლევს მათ საშუალებას გამოიყენონ ეს უფლებები. ანგარიშვალდებულება გულისხმობს იმ საზოგადოების მხრიდან იმის გადამოწმების შესაძლებლობას, თუ რამდენად ახორციელებს ჯანდაცვის სისტემა დაპირებულ ღონისძიებებს ან აღწევს დასახულ მიზნებს.

სქემა ასევე ხაზს უსვამს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ძირითად ფუნქციებსა და „საყოველთაოობის“ მიზნებს მჭიდრო კავშირს და ასევე განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის მოდელს:

1. შემოსავლების მობილიზება (დაფინანსების წყაროები, ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსებისთვის გადასახადების ან შენატანების სტრუქტურა და შეგროვების ღონისძიებები);
2. ფულადი სახსრების გაერთიანება (წინასწარი გადახდების სქემების მოგროვების და მოსახლეობის მონაწილეობის მექანიზმები, მათი განაწილების პრინციპები (განკუთვნილია მთელი მოსახლეობისთვის, თუ გარკვეული ჯგუფებისთვის))

3. მომსახურების შესყიდვა (მოგროვილი თანხიდან მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების მეთოდები). მომსახურების შეყიდვასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული ბაზისური პაკეტის დიზაინი და ზომა. შესყიდვის მეთოდი შესაძლოა განხილული იქნეს როგორც მოსახლეობის მიერ სერვისების მიღების (უსასყიდლოთ იღებენ მომსახურებას თუ უწყევთ თანაგადახდა/თანადაფინანსება) და მომსახურების ხარისხის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი მექანიზმი.

სწორედ აღნიშნული სქემა დაედო საფუძვლად საქართველოში სხვადასხვა დროს მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების შეფასებას მოსახლეობის მიერ ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობაში სამართლიანობის და ფინანსური დაცულობის კუთხით.

1.6. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა

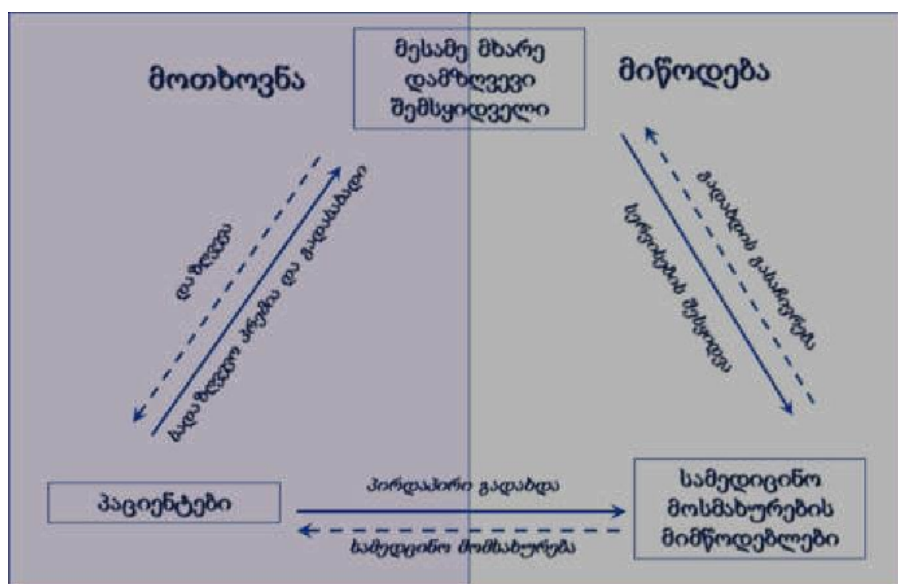
ჯანდაცვის სისტემის ექვსი ფუნქციიდან ერთ-ერთია დაფინანსება, რომელზედაც დამოკიდებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურებაზე გარანტირებული და თანასწორუფლებიანი ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მომხმარებლის კმაყოფილების ზრდა.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მიზანია უზრუნველყოს სისტემის ადეკვატური ინვესტირების შესაძლებლობა და ხანგრძლივი ფინანსური სტაბილურობა, სწორი ფინანსური სტიმულებით ყველა ადამიანისთვის შექმნას პრევენციულ და ინდივიდუალურ მომსახურებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა, ვინაიდან კარგი დაფინანსების სისტემა ამცირებს ან, სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში, თავიდან აცილებს ინდივიდებს და შინამეურნეოებს სერიოზული ფინანსური გაჭირვების და/ან გაღარიბების რისკს (ჯანმო, 2000, გვ. 95).

ჯანდაცვის მომსახურება და დაფინანსება გამარტივებულად შეიძლება წარმოდგენილი იქნეს როგორც რესურსების ტრანსფერი: მომსახურების მიმწოდებლები ჯანდაცვის რესურსებს მიმართავენ პაციენტების მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, ხოლო პაციენტები ან მესამე მხარე ახდენს ფინანსური რესურსების ტრანზაქციას პროვაიდერებისკენ (ნახატი 5). ტრანზაქციის უმარტივესი ფორმაა პირდაპირი გადახდა პაციენტის (პირველი მხარე) მიერ მომსახურების მიმწოდებლისთვის (მეორე მხარე)

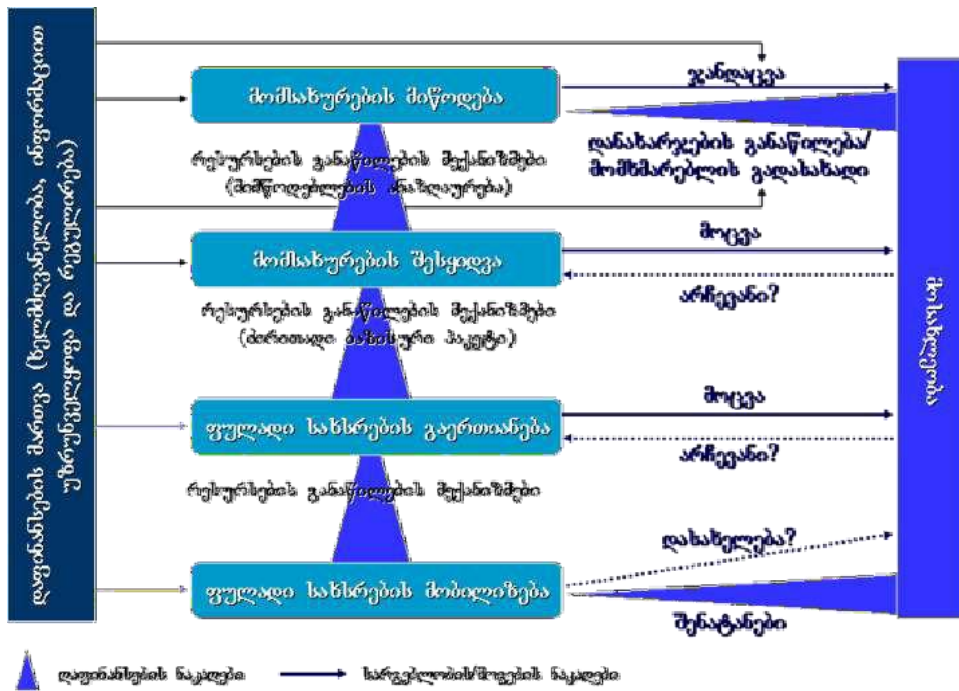
საქონელის ან მომსახურების მიღების სანაცვლოდ. აღნიშნულ პროცესში ასევე მონაწილეობს მესამე მხარე, რომელიც იცავს მომხმარებელს ავადობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან - დამზღვევი ან შემსყიდველი. ის შეიძლება იყოს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ორგანო.

ნახატი 5: ეკონომიკური ურთიერთობები ჯანდაცვის სისტემაში - სამკუთხედი (Reinhardt, 1990)



ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სტრუქტურა მოცემულია ნახატი 6-ზე, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ურთიერთდამოკიდებულ ქვეფუნქციებს: შინამეურნეოებიდან, კომპანიებიდან და საერთაშორისო სააგენტოებიდან შემოსავლების მობილიზებასა და შეგროვებას; წინასწარ გადახდილი შემოსავლების გაერთიანებასა და ფინანსური პულების შექმნას; მომსახურების შეყიდვას, ანუ ინტერვენციების შერჩევასა და მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების პროცესს; ასევე ამ ქვეფუნქციების გავლენას მოსახლეობასა და სერვისების წარმოებაზე, მათ დამოკიდებულებას "დაფინანსების მართვაზე". ამ ქვეფუნქციებს შორის დამოკიდებულება განსაზღვრავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობას, ხარჯთეფექტურობას და სამართლიანობას (კაგინი/2008).

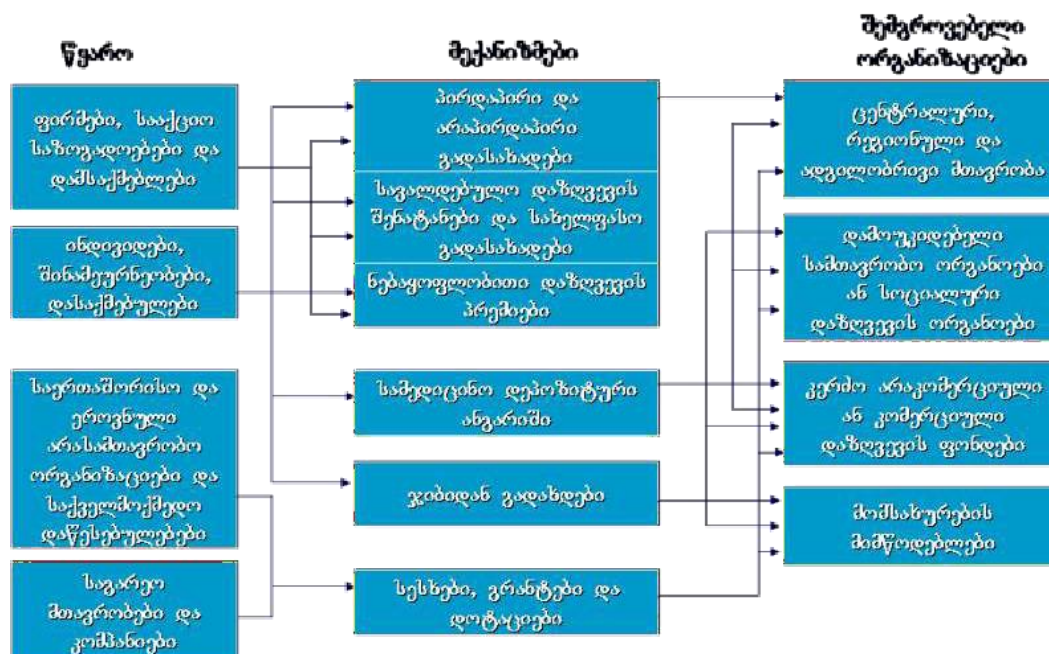
ნახატი 6: ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სტრუქტურა



წყარო: (კაციანი, 2001)

დაფინანსების წყაროების შეგროვების შედეგად ჯანდაცვის სისტემა იღებს ფინანსურ სახსრებს ორგანიზაციებიდან, ინდივიდებისგან, შინამეურნეოებიდან და დონორებიდან. არსებობს შენატანების შეგროვების რამდენიმე გზა: სავალდებულო (გადასახადები და სავალდებულო შენატანები) და/ან ნებაყოფლობითი (ნებაყოფლობითი შენატანები და ჯიბიდან გადახდა), სესხი და გრანტები, ჯიბიდან გადახდები (ნახატი 7). შემგროვებელი ორგანიზაციები შეიძლება იყვნენ ცენტრალური და ადგილობრივი მთავრობა, სოციალური დაზღვევის სააგენტო, კერძო დაზღვევის ფონდები, მომსახურების მიმწოდებლები (მოსაილოსი, დუქსონი და სხვანი, 2002).

ნახატი 7: დაფინანსების წყაროები, შენატანების მექანიზმები და შემკრები აგენტები



წყარო: (მოსაილოსი & ტომსონი, 2002)

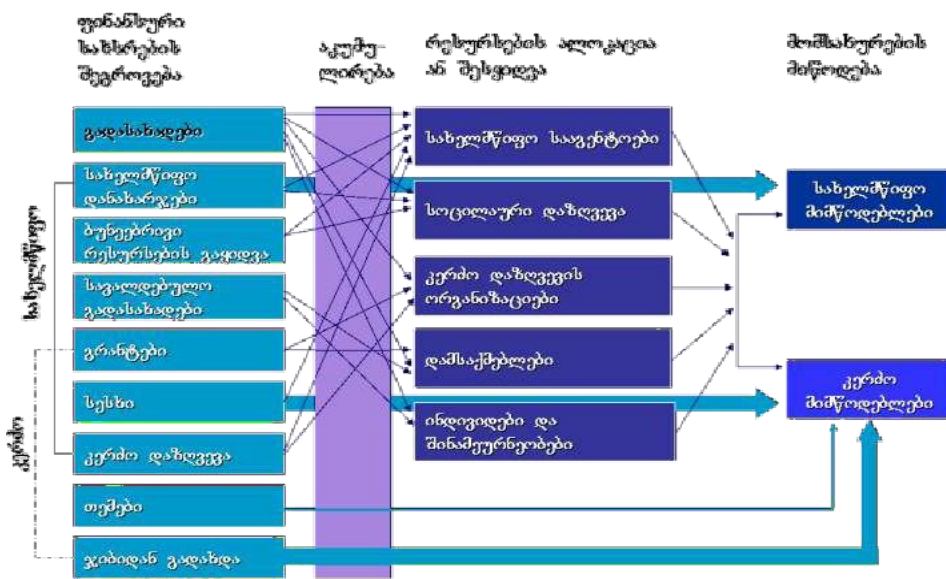
ხშირად ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელი განისაზღვრება დაფინანსების წყაროს მიხედვით, მაგ. უმეტესწილად სოციალური დაზღვევის შენატანებით დაფინანსებული "ბისმარკის" სისტემა, ან უმეტესწილად გადასახადით დაფინანსებული "ბევერიჯის" სისტემა. ეს მოდელები გამოიყენება იმ პოლიტიკური და კულტურული გარემოს ე.წ. "ცხოვრების გზის" აღსაწერად, რომელშიც ეს სისტემები განიხილება. გადახდილი შემოსავლების გაერთიანება ანუ ფინანსური პულების შექმნა ტრადიციულად ითვლება "დაზღვევის ფუნქციად", შემოსავლების გაერთიანება ხორციელდება როგორც სამედიცინო დაზღვევის, ისე საერთო საგადასახადო შემოსავლების სისტემებში. მისი მიზანია მოახდინოს როგორც ღარიბი, ისე მაღალი რისკის ავადმყოფების ფინანსური დაცვა.

პულის შექმნის მექანიზმებია: სოციალური სამედიცინო, ნებაყოფლობითი სამედიცინო და სათემო სამედიცინო დაზღვევა ანდა სისტემა, რომლის დაფინანსება ხდება სახელმწიფოს მიერ და მართვა ჯანდაცვის სამინისტროს, ადგილობრივი ორგანოების ან ნაციონალური სამედიცინო მომსახურების მეშვეობით.

პულის შექმნის მართვა შეიძლება მოხდეს სამი გზით: უმეტესწილად გადასახადებით დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემებით, უმეტესწილად სოციალურ დაზღვევაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემებით ან კერძო სადაზღვევო პრემიებით.

მომსახურების შესყიდვა (ფინანსური სახსრების მიმწოდებლებზე განაწილება) არის პროცესი, რომლის საშუალებითაც ხდება სამედიცინო მომსახურების (პრევენციული ან სამკურნალო) უზრუნველყოფა ან მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურება. მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება მთელი მოსახლეობის ან მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისათვის. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას ახორციელებენ როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სააგენტოები (ჯანმო/2000, გვ.97) (ნახატი 8).

ნახატი 8: ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციები



წყარო: (შიბერი & მაედა, 1997)

შესყიდვის დროს გამოიყენება მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების სხვადასხვა მექანიზმები, ასევე განისაზღვრება, რა მომსახურების შესყიდვა მოხდეს აკუმულირებული სახსრებით, მაგ. ბაზისური პაკეტის. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდებია: ანაზღაურება გაწეული მომსახურების მიხედვით, ანაზღაურება კონკრეტული შემთხვევისათვის, ანაზღაურება საწოლდღეებზე, პრემიალური ანაზღაურება, სულადობის მიხედვით ანაზღაურება, ბიუჯეტი, გლობალური ბიუჯეტი, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG), ხელფასი და ა.შ.

1980-იანი წლებიდან სულ უფრო პოპულარული ხდება ანაზღაურება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მიხედვით. ეს მეთოდი პირველად შემუშავებულ და დანერგილ იქნა აშშ-ში 1983 წელს, ხანდაზმულთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (Medicare) დასაფინანსებლად. ცალკეული დაავადებების ერთ ჯგუფში გასაერთიანებლად

გამოიყენება შემდეგი კრიტერიუმები: დაავადებათა და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთგვაროვნება, სამკურნალოდ გამოყენებული საშუალებების მსგავსი მოცულობა და შემადგენლობა, დაავადებათა თითოეულ ჯგუფში თანმხლები დაავადებების არსებობა, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა, გეოგრაფიული მდებარეობა, პაციენტის ასაკი, სქესი, პერსონალის ანაზღაურების დონე, სამედიცინო დაწესებულების დონე. ამ მეთოდის სხვადასხვა ვარიაციები დანერგილია აშშ-ში, ავსტრალიაში, უნგრეთში, იტალიაში, სკანდინავიის ქვეყნებში, საფრანგეთში, ესპანეთში, გერმანიაში და მისი დანერგვა ხორციელდება გარდამავალი ეკონომიკის ბევრ ქვეყანაში.

ანაზღაურების მეთოდების კატეგორიზაცია ხდება იმის მიხედვით, ფასი როგორაა განსაზღვრული პროსპექტულად თუ რეტროსპექტულად. პროსპექტული დაფინანსება გულისხმობს, რომ სამედიცინო დამხარების მოცულობა და მისი ფასი დგინდება და გადახდა წარმოებს მომსახურების განხორციელებამდე, მაგ. ბიუჯეტი, კაპიტაცია. ხოლო რეტროსპექტული დაფინანსება გულისხმობს, რომ სამედიცინო დამხარების მოცულობა და მისი ფასი დგინდება და გადახდა წარმოებს მომსახურების განხორციელების შემდეგ. შესაბამისად, სერვისების მიმწოდებლების ანაზღაურებაც ხორციელდება პროსპექტულად ან რეტროსპექტულად და დამოკიდებულია დანახარჯებზე, ღირებულებაზე ან მიწოდებულ სერვისზე.

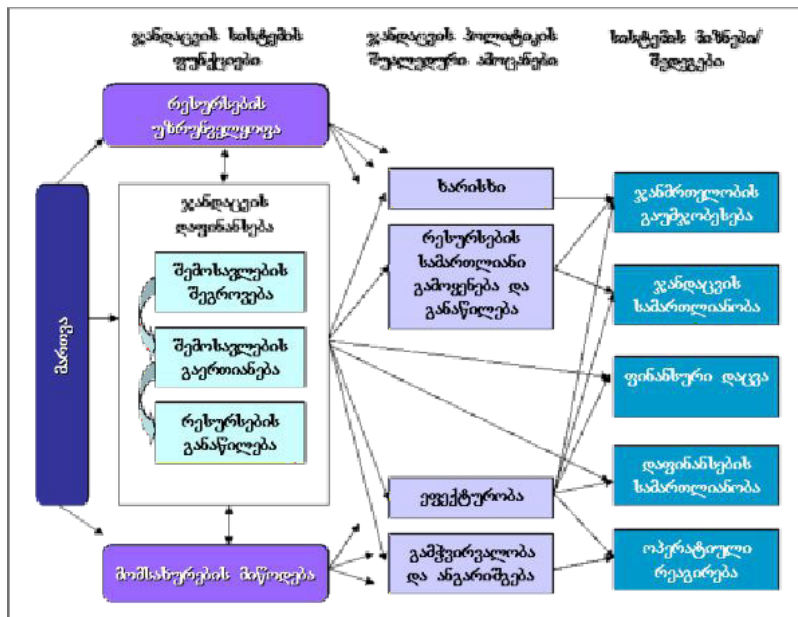
უკანასკნელ ათწლეულში სულ უფრო და უფრო მეტად დამკვიდრდა შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება (RBF), ან ე.წ. შედეგებზე დაფუძნებული სტიმულები (PBI), და გადახდა შედეგების მიხედვით (P4P). იგი განისაზღვრება პროვაიდერებისთვის გადახდილი ფულადი ან არაფულადი სტიმულები წინასწარ განსაზღვრული პირობების შესრულების და შედეგების დადასტურების შემდეგ. მაგ. ჯანდაცვის პროფესიონალებს ან დაწესებულებებს შეუძლიათ მიიღონ ფულადი სტიმულები ყოველ სრულად ვაქცინირებულ ბავშვზე ან სრულად ჩატარებულ ანტენატალურ ვიზიტებზე და ა.შ.

პაციენტის დანახარჯების გადანაწილების (თანაგადახდა/თანადაფინანსება) და სარგებლობების მიღების პოლიტიკა გულისხმობს უშუალო კავშირს ჯანდაცვის სისტემასა და მოსახლეობას შორის. ამ კუთხით სასარგებლოა ბაზისური პაკეტი, ანუ იმ აუცილებელ მომსახურებათა ნუსხა, რომელთა შესყიდვაც უნდა განხორციელდეს აკუმულირებული სახსრებით. იგი ფინანსდება ეროვნული ბიუჯეტიდან ან სამედიცინო

დაზღვევის გზით და განსაზღვრავს ამ პაკეტით მოცული მოსახლეობის უფლებებსა და მოვალებებს.

არსებობს კავშირი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანებს, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებსა და მთავარ მიზნებს შორის. ნახატი 9-ზე ილუსტრირებულია ის კონცეფცია, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა არ მოქმედებს დამოუკიდებლად, მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის კოორდინირებული ფუნქციონირებითაა შესაძლებელი შუალედური და გრძელვადიანი მიზნების მიღწევა და საბოლოო შედეგის მიღება. დაფინანსების პოლიტიკის ამოცანები იდენტურია ჯანდაცვის სისტემის ფართო მიზნებისა და შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: ფინანსური რისკებისგან უნივერსალური დაცვის ხელშეწყობა და სისტემის დაფინანსების ტვირთის უფრო სამართლიანი გადანაწილების ხელშეწყობა.

ნახატი 9: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის კავშირი პოლიტიკის ამოცანებთან, ჯანდაცვის სისტემის სხვა ფუნქციებთან და მთავარ მიზნებთან



წყარო: (კაციანი, 2008)

ინდივიდუალურ და კოლექტიურ სამედიცინო მომსახურებაში თანასწორობისა და უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით ნაბიჯი აუცილებლად უნდა გადადგას ქვეყანამ. იმისდა მიუხედავად, უნივერსალური მოცვის საფუძველი არის გადასახადების გადახდა, თუ სოციალური დაზღვევის სისტემა, ან ორივე ერთად, პრინციპები მაინც ერთი და იგივეა: გადახდის უნარის პრინციპით, წინასწარ გადახდილი

თანხებით საერთო ფონდის შექმნა და დაგროვილი თანხების საჭიროების მიხედვით ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი მომსახურების მიღებისთვის გამოყენება, ისე, რომ მომსახურების მიმღები არ აღმოჩნდეს კატასტროფული დანახარჯების რისკის ქვეშ.

1.7. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის პოლიტიკა

მსოფლიოში ბევრი ქვეყანა დგას ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში არსებული რთული გამოწვევებისა და პრობლემების წინაშე. ახალი მედიკამენტები და ტექნოლოგიების განვითარება, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდა და მოსახლეობის დაბერება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდას.

ერთდროულად მაკრო-ეკონომიკური, დემოგრაფიული, ფისკალური შეზღუდვები, მომსახურებაზე გაზრდილი ფასები და სახელმწიფოს მწირი შესაძლებლობა მოახდინოს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო სახსრების მობილიზების ზრდა, აიძულებს მათ დაიწყონ საკუთარი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ჯანდაცვის დაფინანსების ექსპერტის, დრ. ჯოზეფ კუცინის მიერ შემოთავაზებულ იქნა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ანალიზის სამი პილარი: I: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანების განსაზღვრა, II: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ორგანიზაციის სტრუქტურა, III: ფისკალურ კონტექსტზე აქცენტი (კაცინი/2008, გვ. 1.). ეს ანალიზი საშუალებას იძლევა ქვეყნებმა შეძლონ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში არსებული პრობლემების იდენტიფიკაცია და გაუმჯობესების სტრატეგიების შემუშავება. დაფინანსების ეფექტური მექანიზმების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სრულყოფილი სისტემის შექმნა. ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა და სახელმწიფოს პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში – წარმოადგენს ერთი მედლის ორ მხარეს.

პირველი პილარი: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანების განსაზღვრა: ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ამოცანები გამომდინარეობს ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნებიდან და შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს (კაცინი/2008, გვ. 2):

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანები, რომლებიც თავისი არსით იდენტურია ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნების: ფინანსური რისკის წინააღმდეგ უნივერსალური დაცვის, ფინანსური ტვირთის სამართლიანი განაწილების ხელშეწყობა;

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანები, რომლებიც წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნების შუალედურ, ინსტრუმენტულ ამოცანებს: მომსახურების სამართლიანი მიწოდებისა და გამოყენების, მის მიწოდებაში ხარისხისა და ეფექტურობის ხელშეწყობა, ასევე, სისტემის გამჭვირვალობის, ანგარიშგების და ადმინისტრირების ეფექტურობის გაუმჯობესება.

ფინანსური რისკებისაგან დაცვა გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურებამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის გაღარიბება. ისინი არ უნდა იდგნენ ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ მდგომარეობს შორის არჩევანის წინაშე. ეს არის უშუალო კავშირი ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას შორის: ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად ხალხის გაღარიბება, ან პირიქით, ჯანდაცვის დაფინანსების ეფექტური სისტემა, რომელიც იცავს მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურების მიღებისას გაღარიბების რისკისგან. ამ ამოცანის შესრულების შეფასება შეიძლება შემდეგი ინდიკატორებით (კაცინი/2008, გვ. 4):

შინამეურნეობების წილი, რომლებმაც განიცადეს "კატასტროფული" სამედიცინო დანახარჯები (ჯანდაცვაზე ხარჯები აღემატება ოჯახის საერთო ხარჯების ზღვრულ სიდიდეს ან საარსებო მინიმუმს);

ხარჯები, რომელიც იწვევს გაღარიბებას, ანუ ჯანდაცვაზე დანახარჯების გავლენა ღარიბთა რაოდენობაზე (იმ შინამეურნეობების წილი, რომლებიც აღმოჩნდნენ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ) ან "სიღარიბის სიღრმე" (ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო რამდენად დაშორდა შინამეურნეობა სიღარიბის ზღვარს).

დაფინანსების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ გადახდის შესაძლებლობის შესაბამისად, ღარიბებმა არ უნდა გადაიხადონ მდიდრებზე მეტი. ამგვარად, დაფინანსების სამართლიანობის უზრუნველყოფა მჭიდროდაა დაკავშირებული სოლიდარობასთან. აღნიშნული ამოცანის განხორციელება გულისხმობს ჯანდაცვის ხარჯების ყველა წყაროს და მათი შინამეურნეობებთან უკუკავშირის ყოვლისმომცველ ანალიზს. სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები, სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები) უფრო სამართლიან ხასიათს ატარებს, ნაბაყოფლობითი გადასახადები (ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა) სამართლიანობის შედარებით დაბალი დონით ხასიათდება, ხოლო ჯიბიდან პირდაპირი გადახდები წარმოადგენს ყველაზე უფრო არასამართლიან ფორმას (კაცინი/2008, გვ. 5).

გამოყენების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ რესურსები და მომსახურება განაწილებული უნდა იყოს საჭიროების და არა ხალხის მიერ მომსახურებისთვის გადახდის შესაძლებლობის მიხედვით. ამ ამოცანის მიზანია ჯანდაცვაზე დანახარჯებისა და რესურსების სამართლიანი განაწილება, თუმცა მისი შეფასება საკმაოდ რთულია, რადგან არ არსებობს საჭიროების ობიექტურად შეფასების იაფი მეთოდოლოგია. არის მცდელობა საჭირო სერვისების გამოყენება დაუკავშირონ ჯანმრთელობის ან საჭიროების თვითშეფასებას. ასეთი მეთოდი არასრულყოფილია, მაგრამ საშუალებას იძლევა მოხდეს გამოყენებისა და საჭიროების მონაცემების ინტერპრეტაცია (კაცინი/2008, გვ. 5).

სისტემის გამჭვირვალობის და ანგარიშგების დონის ამაღლება გულისხმობს ყველა მხარეების მიერ მოსახლეობის ვალდებულებების და უფლებების გაგებას. იგი ასახავს სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას მოსახლეობის მიმართ. ამასთან დაკავშირებით, სახელმწიფო პერიოდულად უნდა ახდენდეს მოსახლეობის მიმართ ანგარიშგებას. გამჭვირვალობასთან პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურებისთვის არაფორმალური გადახდის დონე, ანუ პაციენტების მიერ მომსახურების მიმწოდებლებისთვის ფულის პირდაპირი, სალაროს გარეშე გადახდა ან საჩუქრის ჩუქება. ასეთი გადახდების დონე კორელაციაშია გამჭვირვალობის ხარისხთან. ანგარიშგების შეფასება შესაძლებელია შედარებით მარტივად - ფინანსურ რესურსებზე თვალყურისდევნებით და აუდიტით, ან შედარებით რთულად - შეთანხმებულ ღონისძიებებთან დაკავშირებით შესრულებაზე ანგარიშგებით, ან უფრო რთულად - მოქალაქეების თვალთშეწავლით სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების ხარისხით (კაცინი/2008, გვ. 6).

დაფინანსების სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხისა და ეფექტურობის ამაღლების სტიმულირება. ამასთან დაკავშირებით ეფექტურობის მთავარ მაჩვენებელს წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურის შენახვასთან დაკავშირებული ხარჯების (მაგ., კომუნალური ხარჯები, პერსონალი) წილის შეფარდება პაციენტების მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებთან (მაგ., მედიკამენტები, სამედიცინო მასალები) (კაცინი/2008, გვ. 7).

ადმინისტრაციული ეფექტურობის ხელშეწყობა მოიცავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ადმინისტრირებაზე ფუნქციურ პასუხისმგებლობისა და დუბლირების მინიმიზაციაზე ფოკუსირებას. ეს არ გულისხმობს ადმინისტრირების ხარჯების

შემცირებას, არამედ ცდილობს ადმინისტრაციული ფუნქციების ხარჯთეფექტურობის მაქსიმალიზაციას (პოლიტიკის ამოცანებზე გავლენის კუთხით).

მეორე პილარი: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ორგანიზაციის სტრუქტურა: მეორე პილარი წარმოადგენს ეროვნული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ორგანიზაციის ანალიზისთვის საჭირო კონცეპტუალურ სტრუქტურას (ნახატი 6). ის გამოიყენება ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფუნქციებისა და პოლიტიკის აღსაწერად. ასეთი სტრუქტურა აუცილებელია ქვეყანაში სპეციფიკური რეფორმების გასატარებლად, რადგან ჯანდაცვის დაფინანსების არსებული სისტემა არის საწყისი წერტილი, საიდანაც იწყება რეფორმები.

სქემა მოიცავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ურთიერთდამოკიდებულ ქვეფუნქციებს: შინამეურნეობებიდან, კომპანიებიდან და საერთაშორისო საგენტოებიდან შემოსავლების მობილიზებასა და შეგროვებას; წინასწარგადახდილი შემოსავლების გაერთიანებასა და აკუმულაციას და მომსახურების შეყიდვას, ანუ ინტერვენციების შერჩევისა და მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების პროცესს, ასევე პაციენტის დანახარჯების გადანაწილების (მოცვის გადაწყვეტილება) და სარგებლობების მიღების პოლიტიკას, ამ ქვეფუნქციების გავლენას მოსახლეობასა და სერვისების წარმოებაზე, მათ დამოკიდებულებას "დაფინანსების მართვაზე". ამ ქვეფუნქციებს შორის დამოკიდებულება განსაზღვრავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობას, ხარჯთეფექტურობას და სამართლიანობას. ეს ქვეფუნქციები, პოლიტიკა და მათ შორის, დამოკიდებულება დამახასიათებელია ყველა ტიპის სისტემისთვის, იქნება ეს ბევერიჯის, ბისმარკის, სემაშკოსა თუ ლიბერალური, ანუ ამერიკის მოდელი (კაცინი/2008, გვ. 8)..

მესამე პილარი: ფისკალურ კონტექსტზე აქცენტი: ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორებიდან წამყვანი როლი სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორს უჭირავს, ამიტომ ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ხარისხი დამოკიდებულია ქვეყნის განვითარების დონეზე, ამ ქვეყნის პოლიტიკურ ნებასა და ფინანსურ პოლიტიკაზე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირება უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების დაკმაყოფილების მაღალ დონეს და მოსახლეობის დაცვას ავადმყოფობასთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯების რისკისგან.

ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის აუცილებელია ფინანსური სტაბილურობა, თუმცა იგი წარმოადგენს მოთხოვნას და არა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის

ფუნქციას. იმ სახსრების ლიმიტი, რომელიც შეუძლია სახელმწიფომ დახარჯოს ჯანმრთელობაზე, გულისხმობს სერვისების აშკარა ან ფარულ შეზღუდვას, რაც, თავის მხრივ, ნიშნავს ფინანსურ ბალანსში ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ამოცანებსა და მოთხოვნებს შორის განსხვავებას. რაც მეტად შეზღუდულია ფისკალური გარემო, მით უფრო მკვეთრი იქნება მდგრადობის კომპრომისები. ამიტომ მზარდ გლობალურ სამყაროში სულ უფრო და უფრო მეტად ხდება ზეწოლა გადასახადის ნორმებზე თითქმის ყველა ქვეყანაში, მდიდარი ქვეყნების ჩათვლით (კაცინი/2008, გვ. 11).

აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ანალიზისთვის მნიშვნელოვანია შეფასდეს არსებული სოციალურ-ეკონომიკური და ფისკალური მდგომარეობის, მთავრობის მიერ გადასახადებისა და სხვა სახელმწიფო შემოსავლების მობილიზების შესაძლებლობის, ჯანდაცვაზე დანახარჯების, ჯანდაცვაში ინვესტიციების მნიშვნელობა და მათი ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ კეთილდღეობაზე.

ჯანდაცვის დანახარჯების შეფასების დღესდღეობით მიღებული მეთოდოლოგიაა ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა, რომელიც ყოველწლიურად მზადდება მსოფლიოს 50-ზე მეტ ქვეყანაში, იწარმოება აღრიცხვის საერთაშორისოდ აღიარებული მეთოდოლოგიით, იგი აღწერს და აანალიზებს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების სისტემა შემუშავებული და მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, მსოფლიო ბანკსა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან თანამშრომლობით. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) და ევროკავშირის წევრი ქვეყნები ჯანდაცვის დანახარჯების აღრიცხვისათვის აღნიშნულ სისტემას იყენებენ.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში წარმოადგენს ინსტრუმენტს, რომელიც ასახავს ჯანდაცვის სისტემაში მობილიზებულ ფინანსურ რესურსებს და მის ხარჯვას სხვადასხვა განზომილებაში. ის საშუალებას იძლევა შეფასდეს: რესურსების მოდინების სხვადასხვა წყაროები; სამედიცინო მომსახურების უმთავრესი მომწოდებლები გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობის მიხედვით; ხარჯების ძირითადი მიმართულებები ჯანდაცვის სფეროში; ჯანდაცვის სფეროს ღონისძიებათა ძირითადი მომხმარებლები და ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ძირითადი პარამეტრები.

ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშები წარმოადგენს ორგანიზაციებიან ცხრილებს ჯანდაცვის დანახარჯებისთვის. შემოთავაზებულია 4 აუცილებელი და 4 დამატებითი ცხრილის წარმოება: დაფინანსების წყარო X ფინანსური აგენტები; ფინანსური აგენტები X სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები; ფინანსური აგენტები X სამედიცინო მომსახურების სახეები; სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები X სამედიცინო მომსახურების სახეები (ჯანმო/2011)

1.8. ჯანდაცვის დაფინანსების და საყოველთაობის მიზნების მიღწევის შეფასების ინსტრუმენტი

ჯანდაცვის სისტემის შეფასება ხორციელდება შემდეგი პარამეტრებით: 1) ქვეყნის ფისკალური კონტექსტი და საჯარო სექტორის ფისკალური მენეჯმენტი 2) ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები, 3) ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა (დაფინანსების წყაროები, ფინანსური სახსრების გაერთიანება, მომსახურების შესყიდვა, მომსახურების პაკეტი); 4) ფინანსური დაცულობა და სამართლიანობა დაფინანსებაში; 5) სამართლიანობა სერვისების მოხმარებაში და რესურსების გამოყენებაში 6) სერვისების ხარისხი 7) ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა.

თითოეული პარამეტრის გასაზომად ჯანმოს მიერ რეკომენდებულია ინდიკატორები და ზოგჯერ სამიზნე მაჩვენებლებიც.

1. ქვეყნის ფისკალური კონტექსტი და საჯარო სექტორის ფისკალური მენეჯმენტი

1.1. სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-თან მიმართებაში (%) (<15% ძალიან დაბალი ფისკალური შესაძლებლობა; 15%-20% - დაბალი; 20%-25% - დაბალიდან საშუალომდე; 25%-35% საშუალო; 35%-45% - საშუალოზე მაღალი, ხოლო >45%-ზე მაღალი)

1.2. სახელმწიფო შემოსავლები მშპ-თან მიმართებაში (%) - აფასებს სახელმწიფო საგადასახადო სისტემის შესაძლებლობას

1.3. მთლიანი სახელმწიფო ვალი მშპ-თან მიმართებაში (%) - მაღალი სახელმწიფო ვალი ამცირებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ასიგნებების გამოყოფის შესაძლებლობას. საერთაშორისო სავალუტო ფონდის რეკომენდაციით, მშპ-სთან მიმართებაში "გონივრული" დავალიანება არის 60% მაღალი შემოსავლის ან განვითარებული ქვეყნებისათვის და 40% დაბალი და საშუალო შემოსავლის ან განვითარებადი ქვეყნებისათვის.

2. ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები - ინდიკატორების მნიშვნელობების წყაროს წარმოადგენს ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის მონაცემები.

- 2.1. ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი მშპ-დან (%)
 - 2.2. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან (%) – (5% მაინც - გაეროს დეკლარაცია საყოველთაო მოცვასთან დაკავშირებით)
 - 2.3. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანარჯები ერთ სულზე
 - 2.4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (%)
 - 2.5. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან (%)
 - 2.6. ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან (%)
 - 2.7. ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დახმარებების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან (%)
 - 2.8. ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან (%)
 - 2.9. ჯანდაცვაზე კერძო წინასწარი გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან (%)
 3. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა - აერთიანებს დაფინანსების წყაროების, ფინანსური სახსრების გაერთიანების, მომსახურების შესყიდვის და მომსახურების პაკეტის ფუნქციებს.
- დაფინანსების წყაროები შესაძლოა იყოს: a) სავალდებულო წინასწარი გადახდის სქემები; b) ნებაყოფლობითი წინასწარი გადახდის სქემები, როგორც წესი, ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემები, რომლებსაც შეიძლება მართავდნენ თემები ან კომერციული ან არაკომერციული სუბიექტები (და ზოგჯერ მთავრობები); c) შინამეურნეოების ჯიბიდან გადახდები; d) საერთაშორისო წყაროები - გრანტები, დახმარებები.

სავალდებულო წინასწარი გადახდის სქემებს მიეკუთვნება i) სახელმწიფოს ზოგადი შემოსავლები (ცენტრალური ან ლოკალური), რომლებიც მიიღება ა) ფიზიკური ან იურიდიული პირის პირდაპირი გადასახადებით, როგორიცაა საშემოსავლო გადასახადი და კორპორატიული საშემოსავლო გადასახადი და მოგება (პირდაპირი გადასახადი); ბ) მოხმარებაზე ან ვაჭრობაზე დაწესებული გადასახადები როგორიცაა დამატებული ღირებულების გადასახადი (დღგ), საბაჟო გადასახადები (არაპირდაპირი გადასახადები); გ) სახელმწიფო მფლობელობაში არსებული საწარმოებიდან ან აქტივებიდან შემოსავალი (რომელიც შეიძლება რელევანტურია ისეთი ქვეყნებისთვის, სადაც მნიშვნელოვანი

შემოსავალია ბუნებრივი რესურსებიდან, როგორიცაა გაზი, ნავთობი, მინერალები და სხვა); ii) ცენტრალური / ადგილობრივი ხელისუფლების გამიზნული შემოსავლები, როგორიცაა თამბაქოსა და ალკოჰოლზე გადასახადები იმ შემთხვევებში, როდესაც შემოსული შემოსავლები სრულად ან ნაწილობრივ გათვალისწინებულია ჯანმრთელობის სისტემისთვის; iii) სოციალური დაზღვევის შენატანები, ანუ ე.წ. "სახელფასო გადასახადები", რომლებიც არის პირდაპირი გადასახადის სახეობა და რომლებიც ხშირად გამოიყენება სავალდებულო / სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სახსრების წყაროდ.

ფინანსური წყაროების შეფასებისას პასუხი უნდა გაეცეს შემდეგ კითხვებს: რამდენად გამოიყენება წინასწარი გადახდის მექანიზმები შიდა შემოსავლების მოსაზიდად? შიდა დაფინანსების სხვადასხვა მექანიზმიდან რომელია სავალდებულო და რომელი ნებაყოფლობითი და თუ არის მიქსი? სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის გადასახადების გარდა, არსებობს თუ არა გადასახადები, რომლებიც დაწესებულია სპეციალურად ჯანმრთელობის სექტორისთვის / გადასახადებისგან მიღებული შემოსავალი, რომელიც სპეციალურად არის გათვალისწინებული ჯანდაცვის სექტორისთვის? როგორია გადასახადების სტრუქტურა შემოსავლების მობილიზების სხვადასხვა მექანიზმებში? რამდენად ეფექტურია შემოსავლების ზრდის მექანიზმი, განსაკუთრებით ასეთი შემოსავლების შეგროვების ხარჯების თვალსაზრისით?

ფინანსური სახსრების გაერთიანების, რომლის მიზანია წინასწარ გადახდილი თანხების გადანაწილების შესაძლებლობის მაქსიმალურად გაზრდა, გადანაწილებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამი მახასიათებელი: i) ზომა - რაც უფრო დიდია აუზი, მით უფრო მეტია შესაძლებლობა ჯვარედინი სუბსიდიების უზრუნველსაყოფად მათთვის, ვინც სამედიცინო მომსახურების ყველაზე მეტად საჭიროებს; ii) მრავალფეროვნება - "ჯანმრთელიდან ავადმყოფისკენ" ჯვარედინი სუბსიდირება ხდება, როდესაც აუზში შედიან ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის შერეული რისკები; iii) სავალდებულო ან ნებაყოფლობითი მონაწილეობა - როდესაც მონაწილეობა ნებაყოფლობითია, ხშირად ავადმყოფი ადამიანები უფრო ხშირად მონაწილეობენ და ჯანმრთელი ადამიანები კი - არა და სახეზეა არასასურველი შერჩევა. ეს პრობლემა დროთა განმავლობაში იწვევს ფონდის სახსრების მნიშვნელოვან შემცირებას, რაც მოითხოვს პრემიების გაზრდას ან გამონაკლისებს ნებაყოფლობითი სქემების ფინანსური

ბალანსის შესანარჩუნებლად. პოპულაციების სავალდებულო ან ავტომატური ჩართვა ბევრად უფრო ეფექტურია.

ფრაგმენტაცია არის ფინანსური სახსრების პულინგის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა. განსაკუთრებით ზომისა და მრავალფეროვნების კრიტერიუმების გათვალისწინებით. ფრაგმენტაცია ნიშნავს, რომ არსებობს წინასწარ მოგროვილი თანხების გადანაწილების ბარიერები. ფრაგმენტაციისას შეიძლება არსებობდეს ჯვარედინი სუბსიდიები თითოეულ პულში, თუმცა ნალებია ჯვარედინი სუბსიდიების შესაძლებლობა ჯანდაცვის სისტემის მასშტაბით. ამრიგად, ქვეყნის სახსრების გაერთიანების ნაწილში ფრაგმენტაციის შეფასება, სისტემის დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ელემენტია.

ფონდების გაერთიანების შეფასებისას აუცილებელია შემდეგ კითხვებზე პასუხის გაცემა: როგორია პულების საბაზო სტრუქტურა? რა არის პულის ფონდების ფრაგმენტაციის მიზეზი? როგორია თითოეული პულის ზომა და შემადგენლობა? ეს უნდა შეიცავდეს: ა) მოსახლეობის რომელ პროცენტს მოიცავს თითოეული პული? ბ) როგორია თითოეული პულის სოციალურ-ეკონომიკური შემადგენლობა? უფრო მაღალშემოსავლიანი ჯგუფები არიან კონცენტრირებული ზოგიერთ პულში, საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ჯგუფები სხვა პულებში? გ) როგორია თითოეული როგორია დემოგრაფიული შემადგენლობა? აქვს თუ არა რომელიმე პულს ისეთი ჯგუფების კონცენტრაცია, რომლებსაც შეიძლება უფრო მეტი საჭიროება ჰქონდეთ სამედიცინო მომსახურებებზე, როგორიცაა ძალიან პატარა ბავშვები, მშობიარობის ასაკის ქალები და მოხუცები? არსებობს თუ არა არასახარბიელო შერჩევა (ე.ი. მაღალი რისკის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის ტენდენცია) ან რისკის შერჩევა (ანუ სადაზღვევო მოქმედებები უფრო მაღალი რისკის მქონე პირების გამორიცხვაზე) რომელიმე აუზში?

ჯანმრთელობის დაფინანსების მესამე ფუნქცია არის მომსახურების შესყიდვა. შესყიდვის ფუნქციის ანალიზისას შეფასებული უნდა იქნეს, კონკრეტული საკითხები, როგორიცაა ა) სევისების მიღების პოლიტიკა - რა მომსახურებები იქნება შეძენილი გაერთიანებული სახსრებიდან და რა ნორმებით; ბ) პროვაიდერის ანაზღაურება - მექანიზმები, რომლებიც გამოიყენება პროვაიდერების მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურებისთვის და წახალისებისთვის; გ) შემსყიდველის (ორგანიზაციების) ორგანიზაციული სტრუქტურა და მმართველობის მექანიზმები.

სერვისების შესყიდვის მექანიზმების და მომსახურების პაკეტის შეფასების კითხვები: თუ არსებობს ერთიანი დაფინანსების ფონდი, საიდანაც შეძენილია მომსახურება მთელი მოსახლეობისთვის, ყველას აქვს მომსახურების ერთი და იგივე? თუ მრავალი პული და შემსყიდველია, რა განსაზღვრავს თითოეული ამ ფონდიდან სარგებელის მიღების უფლებას, მაგ. არის სერვისები, რომელიც დაფუძნებულია შენატანის სტატუსზე (ანუ მხოლოდ ის, ვინც უშუალოდ მონაწილეობს ამ პულის შექმნაში, მხოლოდ მათ შეუძლიათ ისარგებლონ სერვისებით), ან სპეციფიკურ კრიტერიუმებზე (მაგ., შინამეურნეობები გარკვეული შემოსავლის დონის ქვემოთ) ან შესაძლოა საცხოვრებელი ადგილის საფუძველზე (მაგ. კონკრეტული სახელმწიფოს მაცხოვრებლები ან პროვინცია)? რა მომსახურებისა და ხარჯების დაფარვა ხდება თითოეული ჯგუფისთვის? როგორ ფინანსდება მომსახურება, რომელიც არ შედის სერვისების პაკეტში? იხდიან მათ ჯიბიდან, თუ მოსახლეობას აქვს ნებაყოფლობითი დაზღვევა ამ მომსახურებისთვის? ვინ არის პასუხისმგებელი საბაზისო პაკეტში რაიმე ცვლილების შესახებ გადაწყვეტილებებზე?

4. ფინანსური დაცულობა და სამართლიანობა დაფინანსებაში:

4.1. შინამეურნეობების წილი, რომლებსაც აქვთ ჯანდაცვის სერვისებზე

კატასტროფული დანახარჯები: ჯიბიდან დანახარჯები ჯანდაცვაზე 25%-ს აღემატება საყოფაცხოვრებო ხარჯებში - შეიძლება ჩაითვალოს კატასტროფულად; ან ჯანდაცვაზე ჯიბიდან დანახარჯები 40%-ს აღემატება არასასურსათო საყოფაცხოვრებო ხარჯებში - შეიძლება ჩაითვალოს კატასტროფულად

4.2. შინამეურნეობების წილი, რომლებიც გადარიბდნენ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯებით

5. სამართლიანობა სერვისების მოხმარებაში და რესურსების გამოყენებაში

5.1. სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

5.2. სერვისების გამოყენება მდიდრების ინტერესების მიხედვით: მდიდრებში სერვისების უტილიზაცია მაღალია, ვიდრე ღარიბებში

5.3. სერვისების გამოყენება ღარიბების ინტერესების მიხედვით: ღარიბებში სერვისების უტილიზაცია მაღალია, ვიდრე მდიდრებში

6. სერვისების ხარისხი

6.1. ტუბერკულოზით განკურნების მაჩვენებელი

- 6.2. სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების პროცენტული წილი, რომელთა მართვა ხდება სათანადოდ (მაგ., სისხლში გლუკოზის სტაბილური დონე დიაბეტით დაავადებულთათვის და სტაბილური წნევა ჰიპერტენზიის მქონე პირებისთვის);
- 6.3. ოპერაციის შემდგომი ინფექციის მაჩვენებლები
- 6.4. საავადმყოფოებში სიკვდილიანობის მაჩვენებლები
7. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა ჯანმრთელობის სტატუსი - ანალიზის ამ მონაკვეთის მიზანია არაეფექტურობის წამყვანი მანიფესტაციების იდენტიფიცირება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში
- 7.1. სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას
- 7.2. დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა

თავი 2. კვლევის მასალები და მეთოდოლოგია

2.1. კვლევის მასალები და საინფორმაციო წყაროები

კვლევის მიზანია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შეფასება სერვისებზე ხელმისაწვდომობის, ფინანსური დაცულობის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების კუთხით.

კვლევის მიზნებისთვის გამოყენებულ იქნა მთელი რიგი ინფორმაციის წყაროები და მასალები:

1. ჯანმრთელობის ევროპის ბიუროს ობსერვატორიის პერიოდული გამოცემის „ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში“ პუბლიკაციები ჯანდაცვის სისტემების მიმოხილვის სერიიდან, სადაც სტანდარტიზებულია პუბლიკაციის ფორმატი, გამოსაყენებელი წყაროები და მეთოდოლოგია;
2. სამეცნიერო კვლევითი ბაზები: HINARI, IOM, NCBI, PubMed, GoogleScholar, Elsevier;
3. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვაზე გლობალური დანახარჯების მონაცემთა ბაზები;
4. საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მონაცემთა ბაზები მშპ-ის და ეკონომიკური ინდიკატორების შესახებ;
5. მსოფლიო ბანკის მონაცემთა ბაზები ჯანმრთელობის, მოსახლეობის, სიღარიბის, მაკრო-ეკონომიკური ზრდის შესახებ და „მსოფლიოს განვითარების ინდიკატორები“;
6. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტაციონარული და ამბულატორიული შემთხვევების მონაცემთა ბაზები;
7. ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების ბაზები;
8. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის შინამეურნეობების კვარტალური კვლევის მონაცემთა ბაზები;
9. მსოფლიო ბანკის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გლობალური ფონდის ერთობლივი კვლევების სერიის „სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევის“ მონაცემთა ბაზები.

ჯანდაცვის სისტემის მოდელების შეფასების, ჯანდაცვაზე დანახარჯების ოდენობის, სტრუქტურის ანალიზისთვის, ასევე ფინანსური დაცულობისა და სამართლიანობის შეფასებისთვის ჩატარდა ლიტერატურის მიმოხილვა.

ლიტერატურის ზოგადი მიმოხილვის საფუძველზე, ნაშრომში აღწერილია ისეთი საკითხები, როგორიცაა - ჯანდაცვის სისტემის მოდელები, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ბლოკები, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასებები და ა.შ. კვლევის ე.წ. ნარატიული მიმოხილვის (Narrative review) ეტაპზე კი აქცენტირებული იყო ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობისა და საყოველთაოობის დონის შეფასების მეთოდები.

საძიებოდ გამოყენებულ საკვანძო სიტყვებს წარმოადგენდა:

Health system models + efficiency

Universal coverage + evaluation

Health system models + challenges

Financial protection + health

და ა.შ.

ლიტერატურის მიმოხილვისთვის და მონაცემების მოსაძიებლად გამოყენებულ იქნა სამეცნიერო კვლევითი ბაზები: HINARI, GoogleScholar, , PubMeElsevier, NCBI. მოძიებულ იქნა 240-ზე მეტი სახელმძღვანელო, პუბლიკაცია, სამეცნიერო სტატია, მათგან რელევანტურად მიჩნეულ იქნა 131.

2.2. კვლევის მეთოდოლოგია

ნაშრომის მომზადებას საფუძვლად დაედო შემდეგი მეთოდოლოგიური მიმართულებები: პირველ ეტაპზე განხორციელდა საკვლევ თემასთან დაკავშირებული ლიტერატურის მიმოხილვა და ანალიზი.

შეფასდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები და დაიყო სამ ეტაპად: 1) 1995-2003 - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის დანერგვა; 2) 2007-2012 - ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვა სახელმწიფოს მიერ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით და 3) 2013 წლიდან დღემდე - სამედიცინო მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

რეფორმირების ეტაპების შეფასების მეთოდოლოგიად გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2016 წელს შემოთავაზებული მეთოდოლოგია - ე.წ. „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების ინსტრუმენტი

(მაკინტური და კაცინი/2016). იგი წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის მოდელებს, მისი დაფინანსების მეთოდებსა და უნივერსალურობის მიზნებს შორის ურთიერთდამოკიდებულების შეფასების საუკეთესო და თანამედროვე ინსტრუმენტს. მისი დეტალური აღწერა განხილულია თავი 2.1-ში.

„უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსურ შეფასებას. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სამი ეტაპის ანალიზისთვის, „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების ინსტრუმენტის გამოყენებამ მოითხოვა შემდეგი მეთოდოლოგიური მიმართულებების ჩამოყალიბება (აღნიშნული მიმართულებები დეტალურად განხილულია ამავე თავის ქვეთავებში):

1. ქვეყნის ფინანსური კონტექსტის შეფასება ჯანმოს მეთოდოლოგიით და საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მიერ განსაზღვრული სამიზნეებით
2. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მეთოდოლოგიის და ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზების გამოყენებით ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასება
3. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების მოდელების მიმოხილვა 1991-1994; 1995-2003; 2004-2006; 2007-2012 და 2013-დღემდე, ფინანსური წყაროების, რესურსების პულინგის, მომსახურების შესყიდვის და მომსახურების მიწოდების კუთხით (ჯანმოს მეთოდოლოგია)
4. კატასტროფული დანახარჯებისა და რესურსების სამართლიანი განაწილების ინდიკატორების მნიშვნელობების გამოთვლა საქსტატის შინამეურნეობების შემოსავლებისა და ხარჯების კვლევის კვარტალური გამოკითხვის მონაცემთა ბაზების ანალიზის მეშვეობით
5. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონისა და მომსახურების ხარისხის შეფასება ჯანმოს შემოთავაზებული ინდიკატორებით
6. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის გამოთვლა სტანდარტული 14 ინდიკატორით, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტაციონარული და ამბულატორიული შემთხვევების მონაცემთა ბაზებზე დაყრდნობით

7. საერთაშორისო და ეროვნული ექსპერტების მოსაზრებების კვლევა ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმებზე ჩაღრმავებული ინტერვიუს სახით

8. მოსახლეობის კმაყოფილებისა და მოლოდინების შეფასებისთვის რაოდენობრივი კვლევის ჩატარება.

კვლევის ბოლო ეტაპზე, მოძიებული და გაანალიზებული ინფორმაციის, კვლევების შედეგად მიღებული შედეგების და შეპირისპირებითი ანალიზის (contradictory analysis) საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისა და უნივერსალური მოცვის დონის გაუმჯობესების მიმართულებით.

2.2.1. „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ანალიზისთვის და „საყოველთაოობის“ მიზნების მიღწევის შეფასებისთვის კვლევაში გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2016 წელს შემოთავაზებული მეთოდოლოგია - ე.წ.

„უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა (მაკინტური და კაციანი, 2016).

ჯანდაცვის სისტემის შეფასება ხორციელდება კომპლექსურად, სხვადასხვა პარამეტრებით შემდეგი მიმართულებებით: 1) ქვეყნის ფისკალური კონტექსტი და საჯარო ფინანსების მენეჯმენტი, რომელიც ფინანსური სახსრების მობილიზების შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, უდიდეს გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიან ფუნქციონირებაზე ადექვატური დაფინანსების წყაროების უზრუნველყოფით 2) ჯანდაცვის დანახარჯების მიმოხილვა; 3) ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფუნქციების აღწერა და ანალიზი; 4) ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისას მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის შეფასება; 5) სერვისების მოხმარების სამართლიანობა; 6) გაწეული ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის ანალიზი; 7) ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის გაზომვა; 8) მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სერვისების უნივერსალური მოცვის დონის გაზომვა.

ჯანდაცვის სისტემის შეფასების თითოეულ კომპონენტის შესაფასებლად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებულია მეთოდოლოგიური ინსტრუმენტები და ინდიკატორების ნაკრები.

ფისკალური კონტექსტის და საჯარო ფინანსების შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა ოთხი ინდიკატორი: 1) მშპ ერთ სულ მოსახლეზე და მშპ-ის რეალური პროცენტული

ზრდა; 2) სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მშპ-დან და სახელმწიფო შემოსავლების ხვედრითი წილი მშპ-დან; 3) მთლიანი სახელმწიფო ვალის ხვედრითი წილი მშპ-დან.

მიღებული შეფასებების ინტერპრეტაცია განხორციელდა სავალუტო ფონდის მიერ შკალის მიხედვით: სახელმწიფო ხარჯები მშპ-თნ მიმართებაში: <15% ძალიან დაბალი ფისკალური შესაძლებლობა; 15%-20% - დაბალი; 20%-25% - დაბალიდან საშუალომდე; 25%-35% საშუალო; 35%-45% - საშუალოზე მაღალი, ხოლო >45%-ზე მაღალი (მაკინტური და კაციანი, 2016).

სახელმწიფო ვალთან მიმართებაში, საერთაშორისო სავალუტო ფონდის რეკომენდაციით, "გონივრული" დავალიანება არის 60% მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებისთვის, ხოლო 40% განვითარებადი ქვეყნებისათვის.

მონაცემთა წყაროებს წარმოადგენდა საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის, საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მონაცემთა ბაზები და პერიოდული გამოცემები.

2.2.2. ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა დანახარჯების შეფასებისთვის

ჯანმოს რეკონენდაციით, ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა შემდეგი ინდიკატორები, რომელთა წყაროს წარმოადგენს ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის მონაცემები: ჯანდაცვაზე (მიმდინარე და სახელმწიფო) დანახარჯების ხვედრითი წილი მშპ-დან და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (%); ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანარჯები ერთ სულზე დეკომპოზიცია: სახელმწიფო, კერძო, საერთაშორისო; ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების და კერძო წინასწარი გადახდების სქემების წილი ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯებიდან (%).

ჯანმრთელობის დაცვაზე დანახარჯების აღრიცხვისა და მათი სხვადასხვა ჭრილში ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მსოფლიო ბანკთან და აშშ საერთაშორისო გავითარების სააგენტოსთან თანამშრომლობით შემუშავებული დოკუმენტი - "ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემა".

ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემა წარმოადგენს სტანდარტული, ორგანზომილებიანი ცხრილების ერთობლიობას და ჯანდაცვის სისტემისა და დაფინანსების აღსაწერად იყენებს სტანდარტულ კლასიფიკაციებს. იგი განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემაში

ფინანსური ნაკადების მოძრაობას და ქვეყანაში რა წყაროებიდან ხდება თანხების მობილიზება, სად ხდება მათი აკუმულირება, ვინ განკარგავს აკუმულირებულ თანხებს, რა თანხები იხარჯება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე, როგორ ხდება ფინანსური სახსრების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით, მოსახლეობის რომელი ჯგუფები იღებს სარგებელს ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2003 წლიდან ხდება ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების/ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის მომზადება. უკვე მომზადებულია 2001-2018 წლების ეროვნული ანგარიშები.

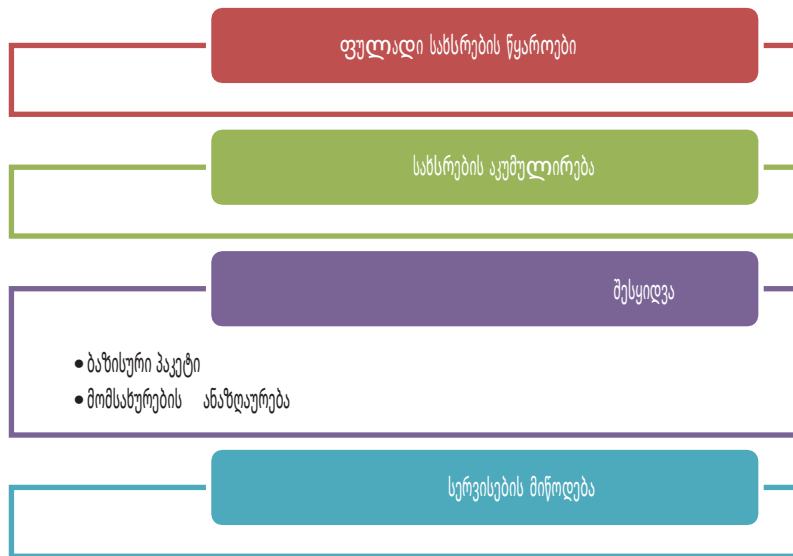
სხვადასხვა წლებში დარგში არსებული დანახარჯების ერთმანეთთან შედარებითვის გამოყენებულ იქნა ფულადი ერთეულების მიმდინარე ღირებულების ფულადი ერთეულის მომავალ ღირებულებაში გადაყვანის; ფულადი ერთეულების მომავალი ღირებულების ფულადი ერთეულის მიმდინარე ღირებულებაში გადმოყვანის და დისკონტირების განაკვეთის მეთოდი.

2.2.3. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ანალიზი

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, უნივერსალური დაფარვის კუთხით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში სხვადასხვა პერიოდში ფუნქციონირებდა თითქმის ყველა კლასიკური მოდელი: 1) 1995-2003 - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა - ე.წ. 3%+1%; 2) 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით; 3) 2013 წლიდან დღემდე - სამედიცინო სერვისებზე საყოველთაოების უზრუნველყოფა. ნაშრომში სწორედ ეს სამი პერიოდი იქნება განხილული და შეფასებული.

საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ანალიზისთვის ნაშრომში გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2000 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენებაში მოწოდებული სქემა (ნახატი 10) (WHO, 2000). სისტემის შეფასება მოხდა დაფინანსების წყაროების, მათი აკუმულირების, მომსახურების შესყიდვის და მიმწოდებლების მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურების, სერვისების პაკეტის შიგთავსის კუთხით.

ნახატი 10. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფუნქციები



წყარო: WHO/WHR (2000)

2.2.4. ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისას მოსახლეობის ფინანსური დაცულობა და სამართლიანობა

შემოსავლების მიხედვით კვინტილური ჯგუფებისთვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის, გადახდის შესაძლებლობის, კატასტროფული დანახარჯების შეფასების, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად გაღარიბების მაჩვენებლების გამოთვლისათვის გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2012 წელს შემოთავაზებული მეთოდოლოგია (Xu K, 2005).

ზემოაღნიშნული მაჩვენებლების გამოთვლა განხორციელდა საქსტატის რეპრეზენტატული შინამეურნეობების ხარჯების კვლევის მონაცემთა (4 კვარტალი) ბაზებზე დაყრდნობით (2010-2018 წლები). შერჩევის ზომა შეადგენს 3504 შინამეურნეობას ქვეყნის 11 რეგიონში.

პირველადი მონაცემებიდან შერჩევისთვის გამოყენებული იქნა P-estimator, $y_i \left(i = 1 \dots n_{resp} \right)$ დაკვირვებული შერჩევის მონაცემებიდან, y შეირჩა y მნიშვნელობიდან ფორმულის მეშვეობით: $y = \sum_{i=1}^{n_{resp}} P(i) y_i$, სადაც $P(i)$ არის ალბათობა i – შერჩევისთვის, ხოლო n_{resp} არის პასუხი.

მონაცემები გაანალიზდა SPSS24 მეშვეობით. დამოკიდებული ცვლადი იყო სტატუსი, განიცადა თუ არა შინამეურნეობამ კატასტროფული ხარჯები, რომელიც ტესტირებული

იქნა ისეთი განმარტებითი ცვლადების მიმართ, როგორცაა (1) ქრონიკულ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ხარჯები; 2) დაავადების გამწვავებების დროს ხარჯები, (3) ჰოსპიტალიზაციის ხარჯები, (4) ეკონომიკური მდგომარეობა, (5) ადგილმდებარეობა (სოფელი vs ქალაქი), (6) განათლება და (7) ოჯახის წევრის (ოჯახების) არსებობა 60 წელს ზემოთ ოჯახში. $OR > 1$ ნიშნავს, რომ ფაქტორი ზრდის ჯანდაცვაზე მაღალი დანახარჯების რისკს.

შეფასებისთვის გამოთვლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: შინამეურნეობების წილი, რომლებსაც აქვთ ჯანდაცვის სერვისებზე კატასტროფული დანახარჯები: 1) ჯიბიდან დანახარჯები ჯანდაცვაზე 25%-ს აღემატება საყოფაცხოვრებო ხარჯებში - შეიძლება ჩაითვალოს კატასტროფულად; ან ჯანდაცვაზე ჯიბიდან დანახარჯები 40%-ს აღემატება არასასურსათო საყოფაცხოვრებო ხარჯებში - შეიძლება ჩაითვალოს კატასტროფულად; 2) შინამეურნეობების წილი, რომლებიც გადარიბდნენ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯებით კვებაზე ხარჯებად ჩაითვალა როგორც შინამეურნეობის მიერ საკვები პროდუქტებისთვის გადახდილი თანხები, ისე მათ მიერ მოხმარებული საკუთარი პროდუქტის ღირებულებაც, თუმცა არ იქნა გათვალისწინებული თამბაქოს, ალკოჰოლსა და სახლის გარეთ (მაგ. რესტორანი) კვების ხარჯები.

სიღარიბის ზღვრად ჩაითვალა შინამეურნეობის საკვებზე დანახარჯების 50%-იანი ზღვარი შინამეურნეობის მთლიანი დანახარჯების მიმართ. შეცდომების მინიმიზაციის მიზნით, გამოყენებულ იქნა იმ შინამეურნეობების საკვებზე საშუალო დანახარჯები, რომელთა საკვებზე საშუალო დანახარჯები მთლიან შერჩევაში შეადგენდა მთლიანი დანახარჯების 45%-55%-ს. საარსებო დანახარჯად ჩაითვალა სიღარიბის ზღვრის შინამეურნეობის შეწონილ ზომაზე ნამრავლი. შინამეურნეობა ითვლებოდა ღარიბად, თუ მისი დანახარჯები ნაკლები აღმოჩნდებოდა საარსებო დანახარჯზე.

შინამეურნეობის (h) გადახდის შესაძლებლობა (CTP) განისაზღვრა როგორც საარსებო დანახარჯის (se) გარდა სხვა დანახარჯები, ანუ შინამეურნეობის მთლიან დანახარჯებს (exp) მინუს საარსებო დანახარჯები, თუ საარსებო დანახარჯები ნაკლებია ან ტოლია საკვებზე დანახარჯებზე (food); ან შინამეურნეობის მთლიან დანახარჯებს მინუს საკვებზე დანახარჯები, თუ საარსებო დანახარჯი მეტია საკვებზე დანახარჯებზე.

$CTP = exp - se$ თუ $se \leq food$ ან $CTP = exp - food$ თუ $se > food$

ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების წილი შინამეურნეობის გადახდის შესაძლებლობიდან, ანუ ჯანდაცვაზე დანახარჯების ტვირთი ($oopctp$) განისაზღვრა როგორც ჯიბიდან გადახდების (oop) წილი შინამეურნეობის გადახდის შესაძლებლობაში: $oopctp = oop/ctp$

მეთოდოლოგიით, ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯები ($cata$) დგება მაშინ, როდესაც ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდები უტოლდება ან აღემატება შინამეურნეობის გადახდის შესაძლებლობის 40%-ს ან საარსებო დანახარჯის გარდა სხვა დანახარჯებს. $cata = 1$ თუ $oop/ctp \geq 0,4$; $cata = 0$ თუ $oop/ctp < 0,4$

ის არადარიბი შინამეურნეობები, რომელთა დანახარჯი უდრის ან აღემატება საარსებო დანახარჯს და დანახარჯისა და ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების სხვაობა ნაკლებია საარსებო დანახარჯზე, ჩაითვალა, რომ შეიძლება ჩავარდეს სიღარიბეში ($impoor$) ჯანდაცვაზე დანახარჯებისგან. $impoor = 1$ თუ $exp \geq se$ და $exp - oop < se$; $impoor = 0$ დანარჩენ შემთხვევაში

ასევე გამოთვლილ იქნა ფინანსური შენატანების სამართლიანობის (FFC) ინდექსი იმ შინამეურნეობის შესაფასებლად, რომლებიც ჯანდაცვაზე ხარჯავენ მაღალ წილს არასაარსებო შემოსავლებიდან. ეს ინდექსი ასახავს უსამართლობასა და უთანასწორობას შინამეურნეობების მიერ ჯანმრთელობისთვის ფინანსურ შენატანში, განსაკუთრებით ავლენს იმ შინამეურნეობებს, რომლებიც დგანან კატასტროფილი დანახარჯების წინაშე. FFC უდრის შინამეურნეობის გადახდის შესაძლებლობიდან ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების წილისა ($oopctp$) და $oopctp$ ნორმას შორის აბოლუტური სხვაობის კუბის საშუალოდან კვადრატულ ფესვს. FFC მოთავსებულია 0-სა და 1-ს შორის. რაც უფრო სამართლიანია სისტემა, ეს ინდექსი მით უფრო ახლოა 1-თან.

$$FFC = 1 - \sqrt{\frac{\sum_{h=1}^n W_h |oopctp_h - oopctp_0|^3}{\sum W_h}} \quad oopctp_0 = \frac{\sum W_h * oop_h}{\sum W_h * ctp_h}$$

2.2.5. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება

ქვეყანაში, რეფორმირების სამივე ეტაპზე მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელების ეფექტიანობის შეფასების კვლევისთვის გამოყენებული იქნა ხარისხობრივი კვლევა, ჩაღრმავებული, ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუს სახით დარგის

საერთაშორისო და ეროვნულ 16 ექსპერტთან, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის, სერვისებით მოცვის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის და ფინანსური დაცვის მიმართულებით.

კვლევა მოიცავდა 2019 წლის ნოემბრიდან 2020 წლის იანვრის პერიოდს (ნოემბერი ინსტრუმენტარის მომზადება; დეკემბერი-იანვარი - კვლევის ჩატარება და შედეგების ანალიზი) და შედგებოდა შემდეგი ეტაპებისაგან: 1) კვლევის ფორმატის განსაზღვრა; 2) კვლევის მიზანის განსაზღვრა; 3) კვლევის ინსტრუმენტარის მომზადება 3) სამიზნე ჯგუფის განსაზღვრა; 4) კვლევის ინსტრუმენტარის პილოტირება 5) ინტერვიუების ჩატარება; 6) შედეგების ანალიზი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელების ეფექტიანობის შეფასება, შემდეგ ასპექტებზე ფოკუსირებით:

1. ქვეყანაში გატარებული რეფორმების შედეგების ზეგავლენა შემოსავლების მიხედვით მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებზე მოსახლეობაზე სერვისებზე ხელმისაწვდომობის, მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების, ჯიბიდან გადახდების, გაღარიბების მაჩვენებლებისა და ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების კუთხით.
2. ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების გამომწვევი მთავარი დეტერმინანტები, რომლებზეც საჭიროა მეტი ყურადღების გამახვილება და მომავალში მიზანმიმართული ქმედებების მიმართვა მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის გაზრდის მიზნით;
3. რეკომენდაციების შემუშავება, რომელიც გაცილებით უკეთ უზრუნველყოფს მოსახლეობის ფინანსურ დაცვას, ფინანსური ტვირთის თანაბარ გადანაწილებას და ასევე, არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენებას

მომზადდა საკვლევი კითხვები

1. რას ნიშნავს უნივერსალური მოცვა? არის თუ არა საქართველოში ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური მოცვა/მიდის თუ არა ქვეყანა უნივერსალური მოცვისკენ?

2. ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებიდან გამომდინარე (მშპ-ის ზრდა, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანარჯების ოდენობა), რომელი უფრო უპრიანია უნივერსალური მოცვა თუ, მიზნობრივი ჯგუფების დაფინანსება (ღარიბები, საპენსიო ასაკი)?
3. შეუწყობს სავალდებულო კერძო დაზღვევის განვითარება (მაგ. ფორმალურ სექტორში დასაქმებული საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე პირების) სერვისებზე უნივერსალური მოცვის ზრდას და თვლით თუ არა, რომ კერძო დაზღვევის სავალდებულო განვითარება იქნება ჯანმოს უნივერსალიზმის განმარტებიდან ცოტა გადახვევა?
4. რომელი იქნება უპრიანი ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის - სავალდებულო დაზღვევის შენატანი, თუ ზოგადი საბიუჯეტო გადასახადი?
5. ჩვენი ქვეყნისთვის, რომელია საუკეთესო: კერძო, თუ სახელმწიფო შემსყიდველი, თუ სხვა?
6. რა მიგაჩნით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ადმინისტრირების ეფექტიანობის გაუმჯობესების საუკეთესო გზა?
7. როგორ უნდა გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის სისტემის, მ.შ. საყოველთაო ჯანდაცვის ეფექტიანობა/ეფექტურობა?

სამიზნე ჯგუფად განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემების ეროვნული და საერთაშორისო 16 ექსპერტი (კვლევაში მონაწილე პირები - დანართი 1). ექსპერტები შეირჩა შემდეგი პრინციპით: ინტერვიუ შედგა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სამივე პერიოდში გადაწყვეტილების მიმღებებ პირებთან და დამოუკიდებელ ექსპერტებთან.

კვლევაში მონაწილეების შერჩევა მოხდა ნებაყოფლობით, ეთიკური ფაქტორების გათვალისწინებით. სიღრმისეული კვლევის ჩატარებისას დაცული იქნა პრეინტერვიუს, ინტერვიუს და პოსტინტერვიუს ფაზები. გამოკითხვა/ინტერვიუ ატარებდა კონფიდენციალურ ხასიათს. რესპონდენტის ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში, ხდებოდა მისი აუდიო მოწყობილობაზე ჩაწერა, მომზადდა ტრანსკრიპტები, რომელთა ანალიზიც მოხდა ხარისხობრივი მონაცემების ანალიზის პროგრამული უზრუნველყოფის NVIVO-ს გამოყენებით.

ინტერვიუს ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 45 წუთს. თითოეულ რესპონდენტთან ინტერვიუს პროცესი წარიმართა კოლეგიალურ გარემოში. შერჩეულ კითხვებზე პასუხის გაცემისას რესპონდენტებს სრული თავისუფლება მიენიჭათ საკუთარი აზრის

გამოხატვისას. წინასწარ მოხდა ინტერვიუს/დისკუსიის გეგმის შემუშავება, რომელიც იყო ინტერვიუს კონტროლის ინსტრუმენტი, რათა მნიშვნელოვანი საკითხები არ დარჩენილიყო საუბრის მიღმა და რესპონდენტისგან ჩვენთვის საინტერესო საკითხების შესახებ მაქსიმალური ინფორმაცია ყოფილიყო მიღებული.

2.2.6. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონე და მომსახურების ხარისხის შეფასება ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელის მოქმედების პერიოდში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონის შესაფასებლად გამოყენებული იქნა ექვსი ინდიკატორი: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, ჯანმრთელად სიცოცხლის ხანგრძლივობა დაბადებისას; დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე, ჩვილ ბავშვთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე.

აღნიშნული ინდიკატორებისთვის მონაცემები ხელმისაწვდომი იყო სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და სსიპ „საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის „საქსტატის“ პერიოდულ გამოცემებში.

საერთაშორისო შედარებებისთვის გამოყენებულ იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიუროს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ და მსოფლიო ბანკის მონაცემთა ბაზები.

სერვისების ხარისხის შეფასებისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული ინდიკატორებიდან შეირჩა ორი: ტუბერკულოზით განკურნების მაჩვენებელი და საავადმყოფოებში სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. აღნიშნული ინდიკატორებით არაპირდაპირად გაიზომა სტაციონარსა და ამბულატორიაში გაწეული მომსახურების ხარისხი. სხვა ინდიკატორების შერჩევა ვერ მოხერხდა, რადგან შეუძლებელი იყო რეფორმირების სამივე ეტაპისთვის საჭირო მონაცემების მოძიება.

2.2.7. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი

სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად, გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ე.წ. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC service coverage index), რომელიც განისაზღვრება, როგორც ძირითადი სერვისებით საშუალო მოცვა.

ინდექსი არის კომპლექსური და მოიცავს ოთხ მიმართულებას 1) რეპროდუქციულ, დედის, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, 2) ინფექციურ დაავადებებს, 3) არაგადამდებ დაავადებებს და ასევე 4) სამედიცინო მომსახურების შესაძლებლობას და ხელმისაწვდომობას. ოთხი მიმართულება იზომება 14 ინდიკატორით:

I - რეპროდუქციული, დედის, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

1. ოჯახის დაგეგმა: რეპროდუქციულ ასაკის (14-49) ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იმყოფებიან ქორწინებაში ან ჰყავთ პარტნიორი და მათი ოჯახის დაგეგვის საჭიროებები დაკმაყოფილებულია თანამედროვე მეთოდებით
2. ორსულობა და მშობიარობა: 4 და მეტი ანტენატალური ვიზიტებით მოცვა (%)
3. ბავშვთა იმუნიზაცია: დიფტერია-ტეტანური-წითურას ვაქცინის სამი დოზით მოცული ბავშვების ხვედრითი წილი
4. ბავშვთა მკურნალობა: იმ ხუთ წამდე ასაკის ბავშვა წილი, რომელთაც გამოკითხვამდე ორი კვირის განმავლობაში აღენიშნებოდა პნევმონიის საეჭვო ნიშნები (ხველა, სუნთქვის გაძნელება, ცხვირის გაჭედვა) და გაიგზავნა შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში

II ინფექციური დაავადებები:

5. ტუბერკულოზი: ტუბერკულოზის შემთხვევების რაოდენობა, რომელიც გამოვლინდა და წარმატებით განიკურნა
6. აივ/შიდსი: აივ ინფიცირებულთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც იმყოფებიან ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე
7. მალარია: მალარიის ენდემურ ადგილებში მოსახლეობის პროცენტული წილი, რომლებსაც წინა ღამით ინსექტიციდებით დამუშავებული ბადის ქვეშ ეძინათ [მხოლოდ მალარიის მაღალი ტვირთიანი ქვეყნებისათვის]
8. წყალი და სანიტარია: იმ შინამეურნეობების ხვედრითი წილი, რომლებიც იყენებენ მინიმუმ საბაზისო სანიტარულ საშუალებებს

III არაგადამდები დაავადებები:

9. ჰიპერტენზია: სისხლის წნევის პრევალენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (სისხლის სისტოლური წნევა <140 mm Hg ან სისხლის დიასტოლური წნევა <90 mm Hg) 18 და მეტი ასაკის მოსახლეობაში

10. დიაბეტი: ასაკთან სტანდარტიზებული საშუალო პლაზმური გლუკოზა (მმოლ / ლ) 18 და მეტი ასაკის მოსახლეობაში

11. თამბაქო: იმ 15 და მეტი ასაკის მოსახლეობის ასაკთან სტანდარტიზებული პრევალენტობა, რომელთაც ბოლო 30 დღის განმავლობაში არ გამოუყენებია თამბაქო

IV სერვისების შესაძლებლობა და მოცვა

12. საავადმყოფოებზე ხელმისაწვდომობა: საავადმყოფო საწოლები 10000 (მაქსიმალური ზღვარი 18)

13. ჯანდაცვის პერსონალი: სამედიცინო პერსონალი 10000 მსოახლეზე (ექიმი, ფსიქიატრი და ქირურგი) – (რაც შეიძლება მარალი ზედა ზღვარი თითოეული სპეციალობისთვის)

14. ჯანმრთელობის უსაფრთხოება: ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების (IHR) ინდექსი (13 ინდიკატორის მნიშვნელობის საშუალო პროცენტი)

ინდექსი იზომება 0-100 ქულამდე შკალით, რომელიც გამოითვლება ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის 14 ინდიკატორის გეომეტრიული საშუალოს მიხედვით.

თავდაპირველად ხდება 14 ინდიკატორის მნიშვნელობების მოძიება, რათა მოხდეს მათი ინდექსში გაერთიანება. ინდიკატორების მნიშვნელობები განლაგდება შკალაზე, სადაც 0 არის მინიმალური, ხოლო 100 მაქსიმალური მნიშვნელობა. იმ ინდიკატორებისთვის, რომლებიც არ იზომებიან პროცენტულად (100 ბალიანი შკალით), ჭირდება სპეციალური გაზომვა.

ა) მასშტაბირება არანულოვანი მინიმუმის საფუძველზე უფრო ზუსტი რეზოლუციის მისაღწევად (გადანაწილება ქვეყნის მასშაბით): არტერიული წნევის პრევალენტობის მასშტაბირება ხდება მინიმალური 50%-ის მნიშვნელობით.

მასშტაბირებული მნიშვნელობა = $(\text{ორიგინალურ მნიშვნელობას} - 50) / (100 - 50) * 100$

ბ) მასშტაბირება უწყვეტი გაზომვისთვის: პლაზმაში გლუკოზის საშუალო მნიშვნელობა, რომელიც არის უწყვეტი მაჩვენებელი (მმოლ/ლ), კონვერტირდება 0-დან 100-მდე შკალაზე

მინიმალური თეორიული ბიოლოგიური რისკის გამოყენებით (5,1 მმოლ/ლ) და ქვეყანაში დაკვირვებული მაქსიმალური მნიშვნელობა (7.4 მმოლ/ლ).

მასშტაბირებული მნიშვნელობა - $(7.4 - \text{ორიგინალური მნიშვნელობა}) / (7.4 - 5.1) * 100$

გ) მაქსიმალური ზღვრული მნიშვნელობები სიხშირის მაჩვენებლებისთვის: საწოლების და სამედიცინო პერსონალის მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე

ორივე ინდიკატორის მნიშვნელობა შემოსაზღვრულია ზედა ზღვრული მნიშვნელობით და და ამ ზღვრის ზემოთ მნიშვნელობა არის 100.

ზღვარი ეფუძნება OECD ქვეყნებში დაკვირვებულ მინიმალურ მნიშვნელობებს:

- საწოლთა რაოდენობა 10000 მოსახლეზე = მინიმუმი (100, საწყისი მნიშვნელობა / $18 * 100$)
- ექიმები 1000 მოსახლეზე = მინიმუმი (100, საწყისი მნიშვნელობა / $0.9 * 100$)
- ფსიქიატრები 1000 მოსახლეზე = მინიმუმი (100, საწყისი მნიშვნელობა / $1 * 100$)
- ქირურგები 1000 მოსახლეზე = მინიმუმი (100, საწყისი მნიშვნელობა / $14 * 100$)

მას შემდეგ, რაც ინდიკატორის ყველა მნიშვნელობის მასშტაბირება განხორციელდება 0-დან 100-მდე შუალედში, გამოითვლება გეომეტრიული საშუალებები ოთხივე მიმართულებისთვის. თუ ინდიკატორის მნიშვნელობა ნულის ტოლია, ის დაიყვანება 1-ზე (100-დან).

I - რეპროდუქციული, დედის, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

1. ოჯახის დაგეგმა
2. ორსულობა და მშობიარობა
3. ბავშვთა იმუნიზაცია
4. ბავშვთა მკურნალობა

→ რეპროდუქციული, დედის, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობა = $(\text{ოჯახის დაგეგმა} * \text{ორსულობა და მშობიარობა} * \text{იმუნიზაცია} * \text{ბავშვთა მკურნალობა})^{1/4}$

II ინფექციური დაავადებები

5. ტუბერკულოზი
6. აივ/შიდსი
7. მალარია
8. წყალი და სანიტარია

→ ინფექციური დაავადებები = $(\text{ტუბი} * \text{აივ} * \text{მალარია} * \text{წყალი და სანიტარია})^{1/4}$
თუ მალარია არის მაღალი რისკი

ინფექციური დაავადებები = $(\text{ტუბი} * \text{აივ} * \text{წყალი და სანიტარია})^{1/3}$
თუ მალარია არ არის მაღალი რისკი

III არაგადამდები დაავადებები

9. ჰიპერტენზია
10. დიაბეტი
11. თამბაქო

→ არაგადამდები დაავადებები = $(\text{ჰიპერტენზია} * \text{დიაბეტი} * \text{თამბაქო})^{1/3}$

IV სერვისების შესაძლებლობა და მოცვა
12. საავადმყოფოებზე ხელმისაწვდომობა
13. ჯანდაცვის პერსონალი
14. ჯანმრთელობის უსაფრთხოება

$$\rightarrow \text{შესაძლებლობა} = (\text{საავადმყოფო} * \text{პერსონალი} * \text{IHR})^{1/3}$$

საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი = (რეპროდუქციული, დედის, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობა * ინფექციური დაავადებები * არაგადამდები დაავადებები * შესაძლებლობები) ^{1/4}

თავი 3. საქართველოს ნაბიჯები უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით

2030 წლისთვის სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნების (პრიორიტეტი 3.8) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2019-2023 მეცამეტე ზოგადი სამოქმედო პროგრამის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს.

გარდამავალ პერიოდში მყოფი ქვეყნისთვის, ეფექტური, ხარისხიანი და მოსახლეობისთვის თანაბრად ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა უმნიშვნელოვანესი და, ამასთან, რთულ ამოცანას წარმოადგენს.

საქართველომ უნივერსალური ხელმისაწვდომობის გზაზე, სამჯერ რადიკალურად შეცვლა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მექანიზმები და მოირგო ე.წ. სისტემის ყველა კლასიკური მოდელი. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ისტორია სამ მნიშვნელოვან ეტაპად იყოფა: 1995-2002 - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა; 2007-2012 - სამედიცინო დაზღვევა მიზნობრივი ჯგუფების კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ და 2013 წლიდან დღემდე - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება. სამივე პერიოდი მეტად საინტერესო განსახილველია ჯანმოს მიერ 2000 წელს შემოთავაზებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის სქემის კონტექსტში (ჯანმო/WHO, 2000).

3.1. საბჭოთა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა

საბჭოთა პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენდა საბჭოური სისტემის ნაწილს, რომელიც "სემაშკოს" სახელითაა ცნობილი და ცენტრალიზებული მართვის სისტემით, სამედიცინო დაწესებულებებისა/მომსახურების საშუალებების სახელმწიფოს საკუთრებაში ფლობითა და სახელმწიფოს შემოსავლებით სრული დაფინანსებით ხასიათდებოდა. მიუხედავად იმისა, რომ სისტემა უზრუნველყოფდა

ქვეყანის მთელი მოსახლეობისთვის უფასო ჯანმრთელობით მომსახურებას, საკმაოდ გავრცელებული იყო ე.წ. ჯიბიდან გადახდის ფაქტები.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ასიგნებები სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლებიდან და რეგულირდებოდა ჯერ საკავშირო კანონით საბიუჯეტო სისტემის შესახებ და შემდეგ საქართველოს საბჭოთა სოციალისტური რესპუბლიკის კანონით სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ, სადაც ერთი მუხლი იყო ჯანმრთელობის დაცვაზე გამოყოფილი სახსრები. ამ სახსრების აკუმულირება და განაწილება ხდებოდა ჯანდაცვის მინისტრის ნორმატიული აქტებით. თუმცა, ჯანდაცვა არ წარმოადგენდა ქვეყნისთვის პრიორიტეტულ დარგს და ფინანსდებოდა ე.წ. „ნარჩენი ბიუჯეტის“ პრინციპით. დაფინანსების ოდენობა განისაზღვრებოდა ბიუჯეტში მათი შენატანებითა და წინა წლების დანახარჯების ოდენობით.

დაფინანსების მოცულობა მნიშვნელოვანწილად იყო დამოკიდებული დაწესებულებების საშტატო რიცხოვნობაზე (სამედიცინო პერსონალი დაწესებულებების შტატის თანამშრომლები იყვნენ, რომელთა ხელფასიც განსაზღვრული იყო სახელმწიფო ბიუჯეტით და არ უკავშირდებოდა მათ მიერ ფაქტობრივად შესრულებულ სამუშაოს) და საწოლთა დატვირთვაზე, რის გამოც, აღნიშნული მაჩვენებლები ხშირად ხელოვნურად იყო გაზრდილი.

სამედიცინო დაწესებულებებს ხელმძღვანელობდა სამინისტროს მიერ დანიშნული დირექტორი, ანუ სამედიცინო დაწესებულებების მართვა ხორციელდებოდა პირდაპირი მმართველობითი ვერტიკალით, რომელიც არ იყო ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობასა და რაციონალიზაციაზე. ასეთი ტიპის მმართველობა, მონიტორინგის არაეფექტიანი სისტემით და ანგარიშვალდებულების სუსტი მექანიზმებით, ნოყიერ ნიადაგს ქმნიდა პირადი გამორჩენის მიზნით თანხების არამიზნობრივი ხარჯვისთვის.

ქვეყანაში იყო კარგად იყო განვითარებული პირველადი და მეორადი ჯანდაცვის უწყებრივი სამედიცინო დაწესებულებათა მძლავრი ქსელი (რკინიგზის, შსს, თავდაცვის სამინისტროს უწყებრივი დაწესებულებები). ეს იყო პარალელური სამსახურები მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისთვის, რომლებიც ექვემდებარებოდა შესაბამის უწყებრივ სამინისტროებს და ფინანსდებოდა ამ სამინისტროების ბიუჯეტებიდან.

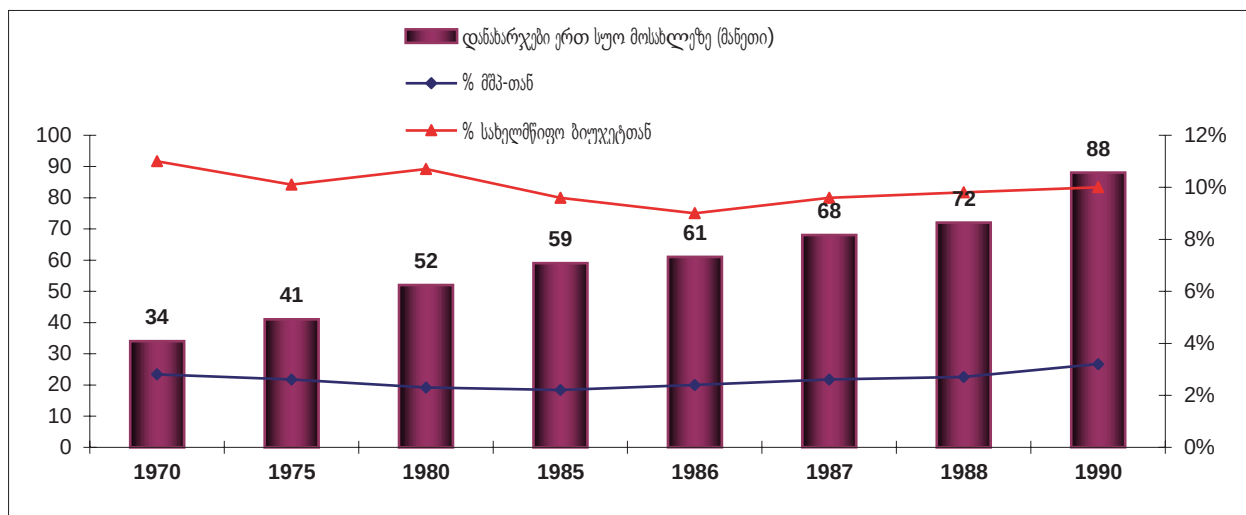
საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის ძლიერ მხარეს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, საუკეთესო გეოგრაფიული მოცვა და ჯანდაცვის ინტეგრირებული ინფრასტრუქტურა, თანაბრად გადანაწილებული ფინანსური ტვირთი და მოსახლეობის ფართო ფენებისათვის ფინანსური ხელმისაწვდომობის მცირე ბარიერები, ასევე კარგად ორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარიის სისტემა.

თუმცა, ამავე სისტემისთვის დამახასიათებელი იყო მომსახურების დაბალი ხარისხი და პაციენტის მოთხოვნასა და საჭიროებას შორის რეაგირების დაბალი დონე. იგი ძირითადად ორიენტირებული იყო სპეციალიზებულ და სტაციონარულ მკურნალობაზე, ვიდრე პირველად ჯანდაცვაზე, რაც კოლოსარულ ფინანსურ და მატერიალურ რესურსებს საჭიროებდა. ეს კი მართალია, სისტემის შენატანებზე (input-based) დაფუძნებული დაფინანსება უაღრესად არა ხარჯთეფექტური იყო. სისტემა აგრეთვე განიცდიდა კომუნისტური და სოციალისტური იდეოლოგიის მძიმე გავლენას, რაც განაპირობებდა ჯანდაცვის ინვესტირების მოტივაციის დაბალი დონეს. ამ სისტემურმა ნაკლმა 80-იან წლებში მნიშვნელოვანწილად განაპირობა მოსახლეობის დაბერება, არაგადამდები და ცხოვრების წესზე დამოკიდებული დაავადებების ზრდა, რასაც შედეგად მოჰყვა ჯანდაცვის ზოგიერთი ინდიკატორის გაუარესება და დასავლეთ ევროპის ქვეყნების შესაბამის ინდიკატორებთან შედარებით არსებული განსხვავების გაღრმავება.

საქართველოში, ისევე როგორც საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებში, ჯანმრთელობის დაცვა როგორც ეკონომიკის "არასაწარმოო" სექტორი, არ შედიოდა პრიორიტეტული სფეროების რიცხვში საბიუჯეტო სახსრების განაწილებისას. დაფინანსების დაბალი დონე შეესაბამებოდა დამახინჯებულ ფასებს, რაც დამახასიათებელი იყო სოციალისტური ეკონომიკისთვის (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენდა სახელმწიფო ბიუჯეტის დაახლოებით 10%-ს და მთლიანი შიდა პროდუქტის 3-3,2%-ს (ნახ. 30), მაშინ, როდესაც ევროპის განვითარებული ქვეყნები ხარჯავდნენ 7-9%-ს, ხოლო აშშ - 15%-ს (სსრკ-ის სახელმწიფო სტატისტიკის კომიტეტი, 1990) (ნახტი 11).

ნახტი 11: საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების დინამიკა,



წყარო: (სსრკ-ის სახელმწიფო სტატისტიკის კომიტეტი, 1990)

1990 წელს, ჯანდაცვაზე დანახარჯებმა შეადინა 477 მილიონი მანეთი, რაც 2007 წლის ფასებით 809 მილიონი ლარის ექვივალენტია. ერთ სულ მოსახლეზე იხარჯებოდა 88 მანეთი ანუ 132 აშშ დოლარი. დანახარჯების თითქმის 60% მიმართული იყო სტაციონარულ მკურნალობაზე, რის გამოც ნაკლები თანხები რჩებოდა დაავადებათა პრევენციაზე (სსრკ-ის სახელმწიფო სტატისტიკის კომიტეტი, 1990).

3.2. 1991-1995 - სემაშკოს მოდელი

1995 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კვლავაც მუშაობდა ძველი საბჭოთა სემაშკოს მოდელი, რომელიც ღრმა ეკონომიკური და პოლიტიკური კრიზისის გამო მეტად მწირი ფინანსური რესურსებისა და საბაზრო ეკონომიკის სწრაფი განვითარების პირობებში ძალზე არარენტაბელური აღმოჩნდა.

ქვეყანაში განვითარებულ მოვლენებს და ეკონომიკურ სტაგნაციას შედეგად მოჰყვა არარეგულირებადი, ქაოტური სამედიცინო ბაზარი, სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მინიმუმამდე შემცირება, ინფრასტრუქტურის რადიკალური ამორტიზაცია, ხოლო ჰიპერინფლაციის ფონზე ხელფასმა დაკარგა ეკონომიკური მნიშვნელობა. პაციენტებს თავად უწევდათ სამედიცინო მომსახურების სრული ღირებულების გადახდა. 90-იანი წლების დასაწყისში მოიშალა პროფილაქტიკური სამსახურების საქმიანობაც, შეწყდა იმუნიზაციის ნაციონალური პროგრამების განხორციელება. ქვეყანა აღმოჩნდა ეპიდემიებისა და პანდემიების საფრთხის ქვეშ. ამ პერიოდში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო

დანახარაჯი ერთ სულ მოსახლეზე 130-135 აშშ დოლარის ეკვივალენტიდან (1990 წელი) 45 ცენტამდე (1993-94) დაეცა. შესაბამისად, შემცირდა სერვისების უტილიზაცია და გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

3.3. 1995-2002 - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა
ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური კოლაფსით გამოწვეულმა ჯანდაცვის სისტემის სრულმა პარალიზებამ, 1995 წლიდან შედეგად მოჰყვა რეფორმების კასკადი. შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრული რეორიენტაციის პრიორიტეტები, რომელიც მოიცავდა რეფორმის 13 მიმართულებას: (1) ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა; (2) ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია; (3) ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა; (4) სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცი-ლიცენზირების დანერგვა; (5) პირველადი ჯანდაცვის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი) პრიორიტეტულობა; (6) პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა; (7) სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა; (8) წამალთპოლიტიკის რეფორმა; (9) სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა; (10) სამედიცინო განათლების რეფორმა; (11) სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა; (12) სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა; (13) მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

დაფინანსების წყაროები: 1995 წლის კონსტიტუციის 37-ე მუხლით სახელმწიფომ განსაზღვრა ადამიანის ჯანდაცვის უფლება და პირველად განაცხადა, რომ ჯანმრთელობის დაცვა აღარ არის უფასო და რომ ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობის ტვირთი ნაწილდება სახელმწიფოს სხვადასხვა სუბიექტებზე.

1995-1997 წლებში ამოქმედდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც მოიცავდა დამქირავებლებისა (3%) და დაქირავებულების (1%) სავალდებულო შენატანს, მოგვიანებით კი (2002 წელი) სოციალური დაზღვევის სისტემა. 2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით, რომელიც შეადგენდა დასაბეგრი თანხის 31%-ს (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

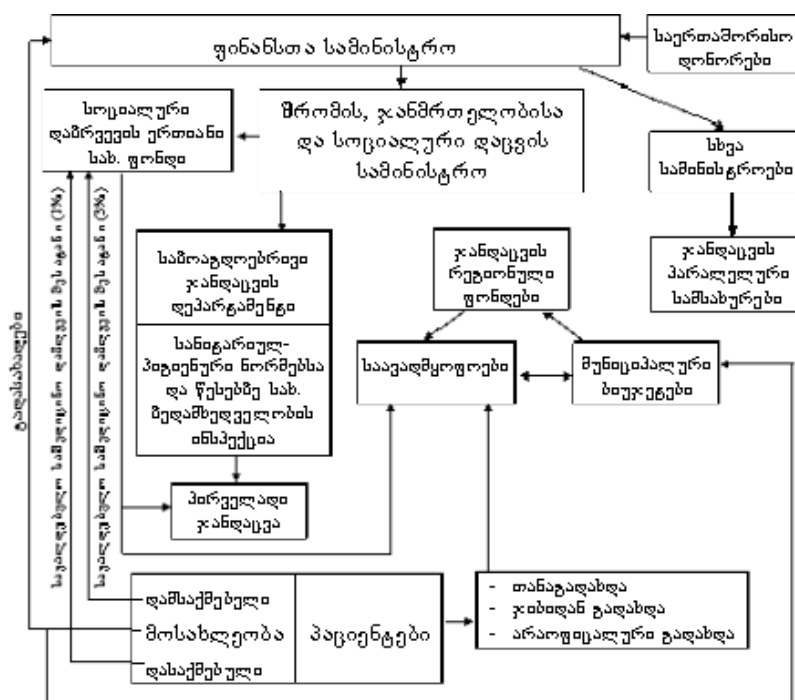
დაიწყო დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის პროცესი, რასაც მოჰყვა სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების განცალკევება. ეს ფუნქციები

გადანაწილდა სხვადასხვა სახელმწიფო სტრუქტურას შორის - სამინისტროს, სახელმწიფო სოციალური/სამედიცინო დაზღვევის ორგანოსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის.

1995 წლიდან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს მიენიჭათ სრული ფინანსური ავტონომია და მართვის თავისუფლება. ისინი გახდნენ სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული კერძო მმართველობის მქონე კორპორაციები. მათი დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებისთვის გამოყოფილი საბიუჯეტო სახსრები და პაციენტების მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხები.

ჯანდაცვისთვის განკუთვნილ საბიუჯეტო ტრანსფერებს დაემატა დაფინანსების შემდეგი წყაროები: დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შესატანები, ადგილობრივი თვითმმართველობების გადასახადები, ოფიციალური თანაგადახდები, ჯიბიდან გადახდები და ნებაყოფლობითი დაზღვევის შენატანები (ნახატი 12) (გამყრელიძე და ვასაძე, 2003).

ნახატი 12: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსება



წყარო: (გამყრელიძე და სხვანი, 2002)

საბჭოთა პერიოდში დეკლარირებული უფასო ჯანდაცვის ნაცვლად, პროგრამების შემოღებით, სახელმწიფომ შემოფარგლა ჯანდაცვის სფეროში საკუთარი მოსახლეობის

მიმართ ვალდებულებები, რითაც სამედიცინო მომსახურების მოცულობა დააბალანსა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან.

1995 წლიდან 2003 წლამდე ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა საბიუჯეტო ასიგნებანი და მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები (დამქირავებელი იხდიდა ხელფასის ფონდის 3%-ს, ხოლო დაქირავებული - 1%-ს). ე. წ. “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი” სინამდვილეში იყო რაღაც შუალედური კატეგორია “სავალდებულო შესატანსა” და “მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს” შორის. შეგროვების ტექნიკით (“მისამართი” – ექსკლუზიურად სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია) “3+1” შესატანს წააგავდა, ხოლო გადამხდელისა და გადახდის პროცედურის აღრიცხვის ტექნიკით – მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

2002-2004 წლებში მათ დაემატა ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან გადაცემული თანხები, რომელთა ადმინისტრირებისთვის 1995 წლიდან ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის რაიონული ფონდები, რომლებიც 1997 წლიდან გაერთიანდა რეგიონულ ფონდებად და სრულყოფილად ამოქმედდა 1999 წლიდან.

ფონდების დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა მუნიციპალური ბიუჯეტები (სულ მცირე 2,5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე და არანაკლებ 10%-ისა მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილისა). ეს სახსრები ძირითადად განკუთვნილი იყო ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში მუნიციპალური ფონდების მონაწილეობის გასაზრდელად, რაც მოხმარდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამებსა და სანიტარიულ-ჰიგიენური სამსახურების დაფინანსებას (გამყრელიძე და ვასაძე, 2003).

2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით, რომელიც წარმოადგენდა სამედიცინო დაზღვევის, უმუშევრობის დაზღვევის და დასაქმების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად განკუთვნილ აუცილებელ მიზნობრივ შენატანს. სოციალური დაზღვევის გადასახადის განაკვეთი გახდა დასაბეგრი თანხის 31%, ამასთან, თითოეულ ფიზიკურ პირზე თვეში არანაკლებ 16 ლარისა (გამყრელიძე და ვასაძე, 2003).

2003-2004 წლებში სოციალური დაზღვევის გადასახადი ისეთივე წესით შედიოდა ხაზინაში, როგორც სხვა წმინდა საბიუჯეტო გადასახადები – ცალკე მიმღები ანგარიში ხაზინაში სოციალური დაზღვევის გადასახადისათვის არ არსებობდა. ამგვარად, იგი ისევ

წარმოადგენს შუალედურ კატეგორიას მსგავსად “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანისა”, მაგრამ ამჯერად მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადსა და წმინდა საბიუჯეტო გადასახადს შორის. ამ წლებში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისა და სოციალური დაზღვევის შესატანების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში 10%-იდან 34%-მდე გაიზარდა (ცხრილი 2).

ცხრილი 2: ჯანდაცვაზე დანახარჯების ტენდენციები

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
სახელმწიფო წყაროები (მლნ ლარი)	23	31	33	26	36	75	88	109	130	196	255
კერძო წყაროები (მლნ ლარი)	79	160	248	298	414	400	487	563	655	775	846
საერთაშორისო დახმარება (მლნ ლარი)	5	7	6	11	23	46	79	54	52	28	60
სულ (მლნ ლარი)	10	198	287	334	473	522	651	725	837	999	1161
მშპ-ის %	0.5%	0.9%	1.3%	1.2%	1.0%	1.2%	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.7%
სახელმწიფო ბიუჯეტის %	3.7%	3.7%	6.0%	5.5%	4.6%	6.4%	7.6%	7.5%	6.7%	5.3%	5.9%

წყარო: (სმჯსდს, 2010)

სახელმწიფო პროგრამების პრიორიტეტები განისაზღვრებოდა მთავრობის მიერ სამინისტროსთან კონსულტაციით და ყველა პროგრამას ჰქონდა საკუთარი ბიუჯეტი. უმეტეს შემთხვევაში, პროგრამების შემუშავება ხდებოდა ძლიერი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ლობირებით, შედეგად სახელმწიფო პროგრამებმა მოიცვა ზოგიერთი მესამეული დონის მომსახურება (კარდიოქიურგია, ონკოქირურგია, დიალიზი) პირველადი ჯანდაცვის შეზღუდულ სერვისებთან ერთად (დიაგნოსტიკისა და სამკურნალო საშუალებების გარეშე) საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის. ამის გარდა, სახელმწიფო პროგრამების უმეტესობას ახასიათებდა დეფიციტური დაფინანსება, რაც იმის დადასტურებაა, რომ სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მოსახლეობის მიმართ იყო არარეალისტური. რადგან არ არსებობდა ჯანდაცვისთვის გამიზნული სპეციალური თანხები, ჯანდაცვისა და ფინანსთა სამინისტროებს შორის მიმდინარეობს მოლაპარაკებები ბიუჯეტის ოდენობასთან დაკავშირებით. პროგრამების ბიუჯეტი მტკიცდებოდა პარლამენტის მიერ სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ კანონით.

სახელმწიფოს ვალდებულება მოსახლეობის წინაშე განისაზღვრებოდა როგორც სახელმწიფო პროგრამების ფუნქციონირებით, ასევე ტერიტორიული ერთეულების მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზრუნვით. შესაბამისად, ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან ხორციელდება მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებელი სახსრების მობილიზება.

ჯანდაცვის ღონისძიებების დაფინანსების კიდევ ერთი წყაროს წარმოადგენდა საერთაშორისო დახმარებები. უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებითა და გრანტებით განსახორციელებელი საინვესტიციო პროექტებისთვის გამოყოფილი სახსრების ნაწილი აღირიცხებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში, ხოლო ამ პროექტებში თანამონაწილეობისა და თანადაფინანსების ხარჯების დაფარვა ხორციელდებოდა საბიუჯეტო სახსრებიდან. სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ (USAID, DFID, WB, WHO, EU და სხვა) კრედიტების, გრანტების ან ჰუმანიტარული დახმარებების სახით გამოყოფილი დანარჩენი თანხების ადმინისტრირება ხორციელდებოდა ძირითადად თვით ამ ორგანიზაციების მიერ.

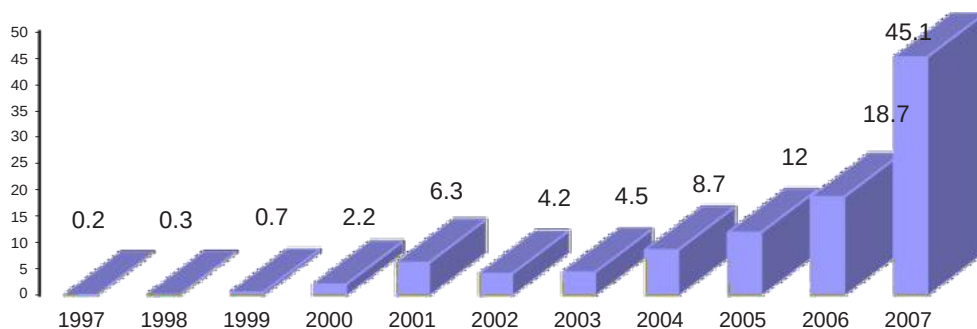
საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების ძირითადი წყარო როგორც იმ პერიოდში, ისე დღესაც არის ჯიბიდან გადახდები, რომელიც მოიცავს ოფიციალურ თანაგადახდას, ექიმისთვის პირდაპირ გადახდას და არაფორმალურ გადახდას. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული სერვისების ნაწილის დაფინანსება ხორციელდება პაციენტების თანამონაწილეობით. სახელმწიფო ფარავს მათი ღირებულების მხოლოდ 75-80%-ს. პაციენტები კარგად არ არიან ინფორმირებული იმ სერვისების შესახებ, რომელიც სრულად ფინანსდება სახელმწიფოსა მიერ, ეს კი მომსახურების მიმწოდებლებისთვის დამატებით არაფორმალური გადახდების შესაძლებლობა ხდებოდა. 1995 წლიდან იმ სამედიცინო მომსახურების ტიპებზე, რომლებიც ვერ მოხვდა საბაზისო პაკეტში, დაწესდა ლეგალური გადასახადები ე.წ. "შიდა სტანდარტები". თუმცა ამან ვერ შეამცირა არაოფიციალური გადასახადების მაღალი დონე.

ჯანდაცვის ღონისძიებების დაფინანსებისთვის აგრეთვე გამოიყენებოდა ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის შესატანები. საქართველოს კანონმდებლობით, ნებისმიერ რეგისტრირებულ სადაზღვევო კომპანიას შეუძლია გაყიდოს სამედიცინო დაზღვევა, თუ მას გააჩნია საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის ლიცენზია. თუმცა, იმ პერიოდში, საქართველოში ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი ჯერ კიდევ მცირე იყო და მაშინ იწყებდა განვითარებას (ნახატი 13).

ძალოვანი და განათლების სამინისტროების მიერ ხდებოდა სახსრების გამოყოფა საკუთარი პერსონალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. თუმცა ამ

სახსრების წილი ჯანდაცვის წყაროებში ძალიან მცირეა, თითქმის 1%-ზე ნაკლები იყო (სშჯსდს, 2010).

ნახატი 13: კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ბაზარი (მოზიდული პრემიუმი, მლნ. ლარი), (HWO-NHA)



წყარო: (სშჯსდს, 2010)

ფულადი სახსრების აკუმულირება: აკუმულირებისა და შესყიდვის საბაზრო სტრუქტურა საქართველოში ხშირად წარმოდგენილია ე.წ. "ერთი გადამხდელის სისტემის" სახით. ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სახელმწიფო წყაროების მიმღები და ასევე მომსახურების შემსყიდველები არიან შემდეგი ორგანიზაციები: შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია (1996-2001), სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (2002-2007 ივნისამდე), საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი (2007 წლის აპრილამდე), თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და იუსტიციის, განათლების სამინისტროები, ადგილობრივი მმართველობის ჯანდაცვის სამსახურები (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

რეფორმირების ყოველ ეტაპზე ხდებოდა იმ ინსტიტუტების რეორგანიზაცია, რომელთა მეშვეობითაც ხორციელდებოდა სახსრების აკუმულაცია, განაწილება და მომსახურების შეყიდვა.

პირველი რადიკალური ცვლილება განხორციელდა 1995 წელს, როდესაც მუხლობრივი ბიუჯეტური დაფინანსების ნაცვლად დაინერგა ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამები, როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტის ტრანსფერების თავმოყრის/აკუმულირების მექანიზმი სამინისტროში.

ამავე წელსვე შეიქმნა ახალი საფინანსო სამსახური - ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელიც წარმოადგენდა დარგისათვის გამიზნული ფულადი სახსრების (სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი და საბიუჯეტო ტრანსფერები) აკუმულირების ორგანოს და ახორციელებდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებას.

1997 წელს განხორციელდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის ტრანსფორმირება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად და ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები. 2002 წლის ბოლოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და სოციალური დაცვის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი გაერთიანდა და ჯანდაცვის პროგრამების უმეტესობის დაფინანსებისთვის საჭირო თანხების - სოციალური დაზღვევის გადასახადის, საბიუჯეტო ტრანსფერების, მუნიციპალიტეტებიდან სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად მობილიზებული თანხების თავმოყრა ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდში (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებისთვის გამოყოფილი სახსრების თავმოყრა და განაწილება 2007 წლამდე ხორციელდებოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში. სამინისტროში ხდებოდა დარგის ფუნქციონირებისთვის და რეფორმირებისთვის განკუთვნილი სახსრების აკუმულირება, ხოლო მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამებისათვის მობილიზებული თანხების დაგროვება და განკარგვა კი ადგილობრივი მმართველობის ჯანდაცვის სამსახურების მერ.

თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და იუსტიციის, განათლების სამინისტროები ახორციელებდნენ როგორც საკუთარი თანამშრომლების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის გამოყოფილი სახსრების გამოყოფას, ისე მის აკუმულირებასა და განაწილებას.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის რეგულირება ხდება 1997 წელს მიღებული კანონით, რომელიც აწესრიგებს ურთიერთობებს დაზღვევის სფეროში სადაზღვევო ორგანიზაციებსა და იურიდიულ და ფიზიკურ პირებს შორის და ადგენს სადაზღვევო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების ძირითად პრინციპებს. ამავე წელს, დაზღვევის სფეროში სახელმწიფოებრივი მიზნების განსახორციელებლად და სადაზღვევო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების უზრუნველყოფის მიზნით შეიქმნა სსიპ -

საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ხედამხედველობის სამსახური. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის შესატანების დადგენა, აკუმულირება და განკარგვა ხდება კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

მომსახურების შესყიდვა: 1995 წელს ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემის ნაცვლად დაინერგა პრიორიტეტული ჯანდაცვითი და სამედიცინო პროგრამების სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა, რამაც შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის, ანუ ბაზისური პაკეტის განსაზღვრა, რომელსაც სახელმწიფო აფინანსებდა ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების მეშვეობით.

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის ღირებულება, სტრუქტურა და საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტის წილი დაზღვევის პროგრამის ღირებულებაში ყოველწლიურად განისაზღვრებოდა საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონით. სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები მოიცავდა: სამედიცინო მომსახურების იმ სახეებსა (ნოზოლოგიებისა და სირთულის ჯგუფების მიხედვით) და მოცულობას (სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტის მიხედვით), რისი მიღებაც გარანტირებული იყო საქართველოს მოქალაქეთათვის (სახელმწიფო საბაზისო პროგრამა); საბაზო პროგრამის ფასებს ცალკეულ სახეობათა მიხედვით; სადაზღვევო შესატანის ოდენობას და გადახდის წესს ცალკეული დამზღვევისათვის.

გამომდინარე ქვეყნის რეალური ფინანსური შესაძლებლობებიდან, ბაზისური პაკეტის მოცულობა შეზღუდული იყო. სახელმწიფო ფარავდა სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ ნაწილს და ამ საზღვრებს მიღმა დარჩენილი დახმარების სახეებზე მოსახლეობამ, სამწუხაროდ, შესაბამისი თანხა თავად უნდა გადაიხადოს. სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა ქვეყანაში კანონით არის დადგენილი და მას არეგულირებს სახელმწიფო. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ბაზისური პაკეტის მოცულობა ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად თანდათანობით ფართოვდებოდა.

მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამები განიხილება, როგორც სამედიცინო ღონისძიებების ის მინიმალური პაკეტი, რომელიც სავალდებულოა შესასრულებლად

რეგიონებისთვის და ემატება ბაზისურ პაკეტს. რეგიონს ასევე უფლება აქვს თავად განსაზღვროს დამატებითი პროგრამები მინიმალური პაკეტის ზემოთ.

სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას (სტრატეგიული შესყიდვა) ახორციელებდნენ ის ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენდნენ ფინანსური საშუალებების გაერთიანებას (იმ დაწესებულებების გამოკლებით, რომლებიც ახორციელებენ მხოლოდ ფონდებს შორის საშუალებების გადანაწილებას). სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველებს წარმოადგენდნენ ჯანდაცვის სამინისტრო, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ჯანდაცვის რაიონული ორგანოები, ძალოვანი სტრუქტურებისა და განათლების სამინისტროები, კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციები, ინდივიდუალური პირები, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ჩატარებისას იხდიან ჯიბიდან გადასახადს. სტრატეგიული შესყიდვა ხორციელდებოდა როგორც ტენდერის, ისე ერთ პირთან მოლაპარაკების გზით. ამავე დაწესებულებების მიერვე ხდებოდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სელექცია და კონტრაქტირება, პირობების შესრულების მონიტორინგი და გაწეული მომსახურების ანაზღაურება.

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი პირობაა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ანაზღაურების ადეკვატური მექანიზმების ამოქმედება. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების არსებული სისტემა იყი ხისტი და არასათანადოდ ასახავდა სამედიცინო შემთხვევების სირთულესა და სპეციფიკას. მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამებით სამედიცინო დაწესებულებებისთვის სტაციონარული მომსახურების ანაზღაურების ერთეულს წარმოადგენდა დამტკიცებული სამედიცინო სტანდარტების ტარიფები ან წინასწარ განსაზღვრული ნიხრი ე.წ. შიდა სტანდარტები, რაც ხშირ შემთხვევაში, არ ასახავდა მომსახურების რეალურ ღირებულებას.

საავადმყოფოებში უმეტესი სერვისების დაფინანსება ხორციელდებოდა გაწეული მომსახურების მიხედვით სამინისტროს მიერ დადგენილი ანაზღაურების სქემების მიხედვით. საავადმყოფოებისთვის თანხის გადარიცხვა ხდებოდა რეტროსპექტულად, თვის განმავლობაში გაწეული მომსახურების შესაბამისად. თუმცა, თუ გაწეული მომსახურება გადააჭარბებდა წინასწარ დადგენილ ბიუჯეტს, არ ხდებოდა ჭარბი

სერვისების ანაზღაურება. პირველად ჯანდაცვაში ანაზღაურების ფორმა იყო გაწეული მომსახურებისა და კაპიტაციური მეთოდები.

რეფორმები: დაფინანსების სისტემის რეფორმასთან ერთად აუცილებელი იყო მომსახურების მიწოდების სისტემის განვითარება. საბჭოთა სისტემიდან საქართველოს მემკვიდრეობად ერგო ჭარბი ინფრასტრუქტურა, მაღალი რაოდენობის საწოლთა ფონდითა და პერსონალით.

1999 წელს დაწყებული ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაციის შედეგად საგრძნობლად შემცირდა როგორც სტაციონარულ დაწესებულებათა, ისე საწოლთა რიცხვი.

პირველადი ჯანდაცვის ქსელში გატარებული რეფორმების მიუხედავად, კვლავ დაბალი რჩებოდა პჯდ დაწესებულებებში უტილიზაციის მაჩვენებელი (2,2 ერთ სულ მოსახლეზე). პაციენტების უმრავლესობა, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ მიმართავდა სპეციალისტს საავადმყოფოებში, რის შედეგადაც მთლიანად მოიშალა პირველადი ჯანდაცვის, როგორც სამედიცინო სისტემასთან პირველი კონტაქტის რგოლის ფუნქცია.

1997 წლიდან ბევრი პოლიკლინიკა ჩამოყალიბდა შეზღუდული პასუხისმგებლობის, ან სააქციო საზოგადოებად, თუმცა რეგიონებში უმეტესი სამედიცინო დაწესებულებები გაერთიანდა ერთ იურიდიულ პირად (ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ან საავადმყოფო-პოლიკლინიკურ გაერთიანებად). 1999 წლისთვის ქვეყანაში პრივატიზებული იყო ყველა სტომატოლოგიური კლინიკა და ფარმაცევტული დაწესებულება.

ქვეყანაში 1998 წლიდან დაიწყო ძირეული რეფორმები ადამიანური რესურსების განვითარების მიმართულებით. დაინერგა ექიმთა სერტიფიცირების პროცესი. 2003 წლიდან საფუძველი ჩაეყარა უწყვეტ სამედიცინო განათლების რეფორმებს. ამავე წელსვე განხორციელდა სამეცნიერო-კვლევითი პროექტების გრანტული წესით დაფინანსება (გამყრელიძე და ვასაძე, 2003).

3.4. 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფების წინასწარი გადახდის სქემებით მოცვა

2007 წლიდან საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით, დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ტალღა, რომლის ძირითადი პრიორიტეტი იყო კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება, ხოლო სახელმწიფო რესურსები მიიღმართა

მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის. არსებული სახელმწიფო რესურსების ეფექტიანად მართვისა და ადმინისტრირების მიზნით, მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები. სადაზღვევო კომპანიებისთვის დაინერგა ე.წ „წინასწარი გადახდის“ სქემები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ (პასიური შემსყიდველი) ყოველთვიურად ერიცხებოდათ პრემიები დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად. პრემიების დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებით შედგენილი სახელმწიფო ასიგნებები (ჭანტურიძე და სხვანი, 2009).

2007-2009 წლებში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში მნიშვნელოვანი იყო სადაზღვევო ვაუჩერის ცნების შემოტანა, ბენეფიციარის მიერ სასურველი სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა და სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედების ერთწლიანი სადაზღვევო პერიოდი.

2010 წლიდან სადაზღვევო ვაუჩერი გახდა არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი. სამედიცინო რაიონების მიხედვით სადაზღვევო ვაუჩერის ფასი დგინდებოდა და მზღვეველი კომპანიის გამოვლენა ხდებოდა კონკურსის შედეგად. არამატერიალიზებული ვაუჩერის მფლობელები ხელშეკრულებას აფორმებდნენ საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში კონკურსში გამარჯვებულ სადაზღვევო კომპანიასთან. სადაზღვევო ხელშეკრულებების სადაზღვევო პერიოდი განისაზღვრება ერთი წლით, იმავე მზღვეველთან ავტომატური განახლების პირობით, 2013 წლამდე. ამასთანავე, სადაზღვევო კომპანიების ვალდებულებას წარმოადგენდა სამედიცინო რაიონში საავადმყოფოების მშენებლობა/რეაბილიტაცია (საქართველოს მთავრობის 2009 წ. N218 დადგენილება).

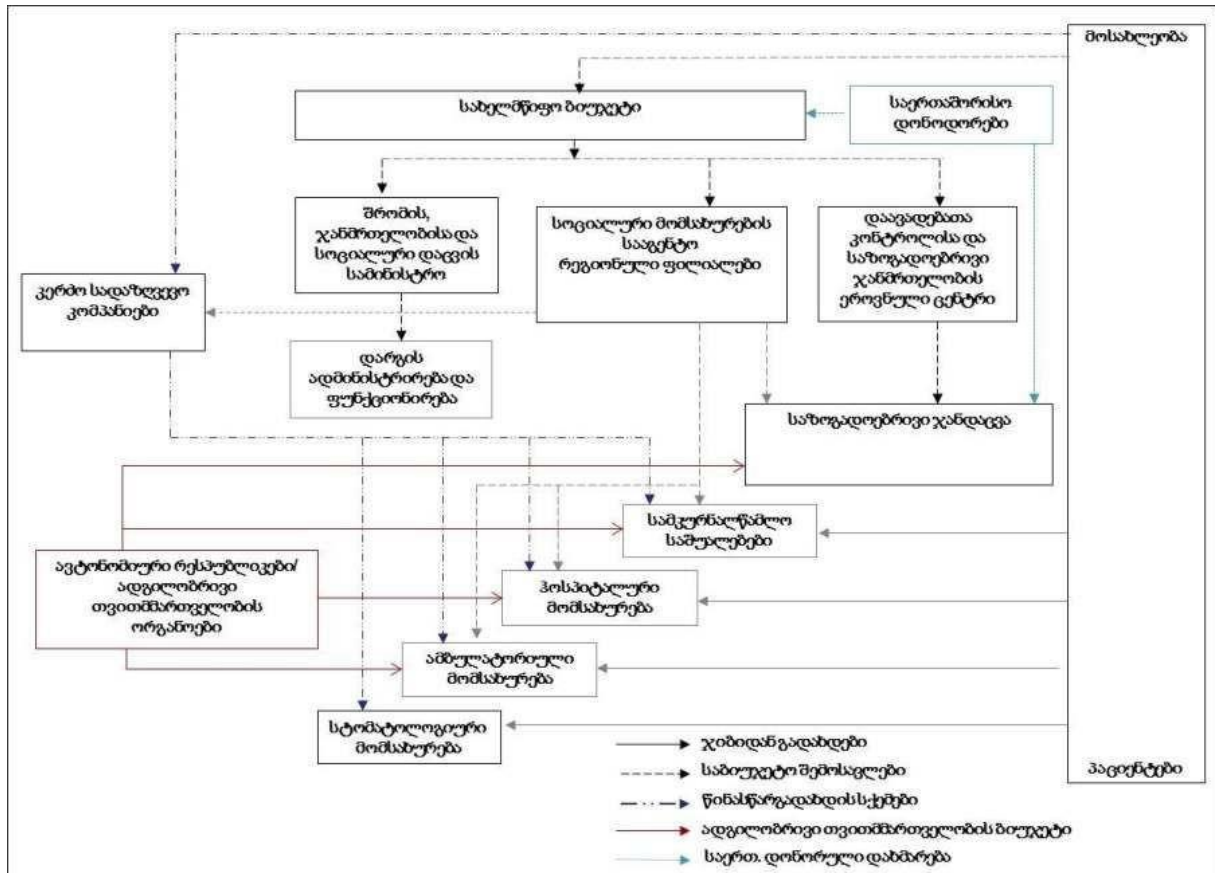
2012 წლის სექტემბრიდან ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამა გარდაიქმნა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებად და ამოქმედდა 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა, საპენსიო ასაკის მოქალაქეთა, სტუდენტთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შშმ პირთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები.

დაფინანსების წყაროები: 2004 წლიდან, "ვარდების რევოლუციის" შემდეგ დაიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების მეორე ეტაპი, სოციალური დაზღვევის სისტემა შეიცვალა ძირითადად გადასახადზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემით.

2005 წელს საქართველოს ახალი საგადასახადო კოდექსით შემოტანილ იქნა სოციალური გადასახადის ცნება. გადასახადის გადამხდელებად ითვლებოდნენ დამქირავებელი საწარმო/ორგანიზაცია ან მეწარმე ფიზიკური პირი და დაბეგვრის ობიექტი იყო ხელფასი, სოციალური გადასახადის განაკვეთი შეადგენდა დაბეგვრის ობიექტის 20%-ს. ამ გადასახადის აკუმულირება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში და სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდებოდა. 2008 წლიდან სოციალური გადასახადი გაუქმდა და სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ერთადერთ წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები.

2007 წლიდან ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების უნივერსალური, პროგრამული პრინციპთან ერთად შემოღებულ იქნა მიზნობრივი პროგრამული დაფინანსება. სახელმწიფო ასიგნებებით მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისათვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის, მასწავლებლების, ჯარისკაცების, პოლიციელების, პატიმრების) ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფის განხორციელება გადაეცათ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველებს ამ ჯგუფებისთვის. დანარჩენი მოსახლეობისთვის მიმდინარეობს კერძო სამედიცინო დაზღვევაში მათი ჩართვის ხელშეწყობის პროცესი (ნახატი 14).

ნახატი 14: ფინანსური ნაკადები ჯანდაცვის სისტემაში, 2007-2008



წყარო: (ჭანტურიძე და სხვანი, 2009)

2007 წლიდან განათლების, თავდაცვის, შინაგანი და იუსტიციის სამინისტროების მიერ პედაგოგების, ჯარის და პატიმრების სამედიცინო დაზღვევით მოცვის მიზნით გამოყოფილ იქნა სახსრები, რომელთა ადმინისტრირებაც ასევე ხდებოდა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

საქართველოში გადასახადის გადამხდელების შენატანებთან ერთად (დამატებითი ღირებულების გადასახადი, სააქციო გადასახადი, საშემოსავლო გადასახადი და სოციალური გადასახადები), ჯანდაცვის დაფინანსების მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენდა დონორთა დახმარებები. დამატებითი წყაროები მოიცავდა პირდაპირ და არაპირდაპირ გადასახადებს, არასაგადასახო შემოსავლებს, ნებაყოფლობით სამედიცინო დაზღვევის შესატანებს, გრანტებს, სესხებს, კრედიტებს. ყველაზე დიდი წილი ჯანდაცვის შემოსავლებში უჭირავს ჯიბიდან გადახდებს.

ფულადი სახსრების აკუმულირება: 2004 წლიდან სოციალური გადასახადის აკუმულირება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში ნაცვლად სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდისა, ხოლო სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ერთიანად

ირიცხებოდა ფონდში და არ ხდებოდა ბიუჯეტის ტრანსფერისა და სოციალური გადასახადის ოდენობის ცალკ-ცალკე გამოყოფა. 2005 წლიდან ფონდის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდებოდა.

2007 წლის ივლისში სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი გაიყო ორ სააგენტოდ: სსიპ - სოციალური დახმარებისა და დასაქმების სახელმწიფო სააგენტოდ და სსიპ - ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოდ, რომელიც წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებისთვის გამოყოფილი საბიუჯეტო ასიგნებების აკუმულაციის ადგილს.

ამავე წელს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი შეუერთდა დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნულ ცენტრს და დაერქვა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები გაიყო ორ ნაწილად. დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამების დაფინანსების აკუმულირება ხორციელდება ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოში, ხოლო სოციალურად საშიში დაავადებების პროფილაქტიკისა და ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების პროგრამა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციისა და ეპიდკონტროლის პროგრამა ხორციელდება საბიუჯეტო სახსრებით და მათ განმკარგავს 2007 წლიდან წარმოადგენს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

სამინისტროს ინსტიტუციური და ფუნქციური რეფორმების ხელშეწყობის, დაწესებულებათა რეაბილიტაციისა და აღჭურვის პროგრამების დაფინანსებაც ასევე საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდება და მათ ადმინისტრირებას ახდენს სამინისტრო ან მისი საქვეუწყებო დაწესებულებები.

საგადასახადო შემოსავლების თავმოყრა სახელმწიფო ხაზინაში ხდება ერთი ანგარიშის ქვეშ. ამ თანხების ცენტრალურ და ადგილობრივ ბიუჯეტებში განაწილების რეგულირება ხდება "ადგილობრივი თვითმმართველობის შესახებ" და „საგადასახადო, არასაგადასახადო და კაპიტალური შემოსავლების ბიუჯეტებს შორის განაწილების შესახებ“ კანონებით.

თვითმმართველობების შესახებ კანონით, ცენტრალური ბიუჯეტიდან ადგილობრივი თვითმმართველობა იღებს ე.წ. გამოთანაბრებით ტრანსფერს, რომელიც სხვა

ადგილობრივ შემოსავლებთან ერთად გამოიყენება ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად.

რეფორმების მიერ ეტაპზე, 12 კერძო სადაზღვევო კომპანია ფუნქციონირებდა სადაზღვევო ბაზარზე, რომლებიც ახორციელებენ სამედიცინო დაზღვევას. მათი კაპიტალბრუნვა საკმაოდ მცირე იყო საერთაშორისო სტანდარტებით. წინასწარ გადახდილი შესატანების აკუმულირება, მომსახურების მიმწოდებლების კონტრაქტირება, გაწეული მომსახურების ანაზღაურება წარმოადგენდა მათ ძირითად ფუნქციას. თუმცა, 2007-2008 წლებში მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის განხორციელებისთვის სახელმწიფო სახსრების ადმინისტრირების შედეგად მათი კაპიტალბრუნვა საგრძნობლად გაიზარდა.

მომსახურების შესყიდვა: შემსყიდველებსა და მიმწოდებლებს შორის ორგანიზაციული დამოკიდებულება განისაზღვრება კონტრაქტირების მოდელით. სემაშკოს მოდელისგან განსხვავებით, სადაც სამინისტრო იყო პასუხისმგებელი პოლიტიკის შექმნაზე, შესყიდვაზე, რეგულირებასა და სერვისების წარმოებაზე, ეს ფუნქციები განაწილდა სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარეებს შორის. სამინისტრო ახორციელებს კონტროლს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და დანერგვაზე, ადგენს სახელმწიფო პროგრამებს მოსახლეობის საჭიროებიდან გამომდინარე. იგი პასუხისმგებელია საბაზისო პაკეტის ნორმების დადგენაზე, რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება უფასოდ.

ჯანმრთელობისა და სოციალური სააგენტოსა და მისი ადგილობრივი ფილიალების მიერ შეისყიდებოდა სამედიცინო და სოციალური მომსახურება, მიმწოდებლებთან კონტრაქტირება ხდებოდა ყოველწლიურად ბიუჯეტის კანონის მიღებისა და პროგრამების დამტკიცების შემდეგ. შემსყიდველი სააგენტოების საქმიანობა რეგულირდება "სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ" კანონით, რომლის თანახმად ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო აცხადებს ტენდერს პრევენციული და სამკურნალო სერვისებისა და სამკურნალწამლო საშუალებების შესასყიდად. ამჟამად სააგენტო მართავს სახელმწიფო დაფინანსების მნიშვნელოვან ნაწილს, თუმცა რეფორმის თანახმად სახელმწიფო პროგრამები კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებასთან ერთად გარდაიქმნება სადაზღვევო პაკეტად, რომელიც შეთავაზებული იქნება კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

სააგენტო ასრულებდა სახელმწიფო შემსყიდველის ფუნქციებს სამინისტროს სახელით. მის მიერ ხდებოდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისთვის კვალიფიკაციის მოთხოვნების და ტენდერის პირობების შემუშავება, ტენდერების ჩატარება, სელექცია და კონტრაქტირება. შესყიდვების განხორციელება შესაძლებელია როგორც ტენდერით, ისე ერთ პირთან მოლაპაკების გზით, ამ დროს არ არის საჭირო წინადადებების მომზადება და კონტრაქტირება ხდება უფრო სწრაფად. ტენდერში მონაწილეობა არ იზღუდება მომსახურების მიმწოდებლების იურიდიული სტატუსისა და საკუთრების ფორმის გამო, ისინი განიხილებიან თანაბარ პირობებში.

როგორც უკვე აღინიშნა, 2007 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის დაგეგმვისას, საქართველოს მთავრობამ გადაწყვიტა, რომ სახელმწიფო ასიგნებებით მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფის განხორციელება გადაეცათ კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის. ამ პროცესმა მოითხოვა შესაბამის საკონონმდებლო ბაზაში ცვლილებებისა და დამატებების განხორციელება. ვინაიდან, მიზნობრივი ჯგუფის პირადი დაზღვევა ხორციელდება ვაუჩერის საშუალებით, ცვლილებები შევიდა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონში და შემოტანილ იქნა ვაუჩერის ცნება და განისაზღვრა, რომ სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონით ან ვაუჩერის საშუალებით.

მთავარი სიახლე ამ პროგრამის განხორციელებაში იყოს ის, რომ ვაუჩერის მფლობელები თავად ირჩევენ სასურველ სადაზღვევო კომპანიას და აფორმებენ მათთან ხელშეკრულებას. ვაუჩერის განაღდებას ახდენს სააგენტო შესაბამისი წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით გამოყოფილ ასიგნებათა ფარგლებში. ამისათვის სადაზღვევო ორგანიზაცია სააგენტოს ყოველთვიურად წარუდგენს დაზღვეული ოჯახების სიას, ზარალის ოდენობას და ჩატარებული მომსახურების ჩამონათვალს, ხოლო სააგენტოდან იღებს სადაზღვევო პრემიუმს თითოეული ბენეფიციარისთვის.

კერძო სადაზღვევო კომპანია ასევე ახორციელებდნენ სერვისების შესყიდვას იმ მოსახლეობისთვის, რომლებიც შეიძენენ კერძო დაზღვევას ნებაყოფლობით. ნებისმიერი სერვისის საბაზისო პაკეტის გარეთ შეისყიდება მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებიდან საკუთარი არჩევანის მიხედვით ღია ბაზარზე,

ძირითადად ფორმალური ან არაფორმალური ჯიბიდან გადახდებით იშვიათად კი კერძო სადაზღვევო კომპანიის მეშვეობით.

პროექტების განმახორციელებელი ცენტრი ახორციელებდა გადამზადების, რეაბილიტაციის და ა.შ. არასაბაზისო სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ღონისძიებების შესყიდვას.

გადახდის მექანიზმი სხვადასხვაა ცალკეული პროგრამისთვის. სამედიცინო მომსახურების ღირებულება სახელმწიფო პროგრამების გარეთ დგინდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მიერ ე.წ. "შიდა სტანდარტებით" საავადმყოფოებში და ფიქსირებული ფასებით ამბულატორიული სერვისებისთვის.

ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო ახდენდა ჰოსპიტალური სერვისების შესყიდვას. ამ სერვისების დაფინანსება ხდებოდა შემთხვევაზე გადახდებით. ისინი დალაგული იყო ნოზოლოგიური კატეგორიებით და გადაიხდებოდა საშუალო ფასი თითოეული ამ კატეგორიისთვის. სერვისის ფასი სხვადასხვანაირად გამოითვლებოდა თბილისისა და დიდი ქალაქებისთვის და დანარჩენი რეგიონისთვის. სპეციალური პირობები იყო გათვალისწინებული კონფლიქტის ზონებში.

სახელმწიფო პროგრამების ზოგიერთი კომპონენტისთვის სერვისების ანაზღაურება სხვადასხვაგვარად ხორციელდებოდა. ფსიქიატრიის პროგრამისა და ტუბერკულოზის პროგრამის თერაპიული სერვისების ანაზღაურება ხდებოდა საწოლდღეების მიხედვით, მაშინ როდესაც ქირურგიული მკურნალობის ანაზღაურება ხდებოდა შემთხვევის მიხედვით. დიაბეტიანი და ჰემოფილიანი პაციენტების მკურნალობა ხდება გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით.

2008 წლამდე პირველადი/ამბულატორიული მომსახურების შესყიდვა ხდებოდა ფიქსირებული ბიუჯეტის მიხედვით, რომელიც მოიცავდა ხელფასს ექიმისა და ექთნისთვის, ამორტიზაციის დანახარჯებს და კაპიტაციას იმუნიზაციის სერვისებისთვისა და ლაბორატორიული ტესტებისთვის. სხვადასხვა თანხა იხდებოდა არარეაბილიტირებულ ცენტრებზე გადაუმზადებელი პერსონალით, არარეაბილიტირებულ ცენტრებზე გადამზადებული პერსონალით და რეაბილიტირებულ ცენტრებზე გადამზადებული პერსონალით. 2008 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ფინანსდებოდა გლობალური ბიუჯეტით სხვადასხვა თანხით მაღალმთიანი და ძველი დაწესებულებებისთვის. სპეციალისტების

ანაზღაურება ცენტრებში ხორციელდებოდა გაწეული მომსახურების მიხედვით სახელმწიფო მიერ დადგენილი ტარიფებით.

გადაუდებელი დახმარება ითვლება პირველადი ჯანდაცვის ნაწილად და სასწრაფო დახმარების ვიზიტი ანაზღაურდებოდა გამოძახებაზე წინასწარ განსაზღვრული ფიქსირებული თანხით.

2004 წლამდე ექიმების ანაზღაურების ტარიფები იყო დაბალი. 2004 წლიდან საგრძნობლად გაიზარდა ეს ტარიფები, თუმცა მაინც დაბალი იყო პაციენტების მიერ კერძოდ გადახდილ ფასებთან შედარებით. თუმცა დაწესებულებების მმართველი რგოლი, კვლავ უჩიოდა სახელმწიფო პროგრამებში პერსონალის ანაზღაურების დაბალ ტარიფებს.

კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ მომსახურების ანაზღაურება ხდებოდა გაწეული მომსახურების მიხედვით, წინასწარ განსაზღვრული ტარიფების შესაბამისად.

რეფორმა: საქართველოს მთავრობის 2007 წლის N11 დადგენილებით დამტკიცდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომლის მიხედვითაც ქვეყანას უნდა ჰქონოდა კერძო სექტორის მიერ მართული 100 ზოგადი და მრავალპროფილიანი საავადმყოფო 7800 საწოლით, ოპტიმალური ლოკალიზაციითა და 30-წუთიანი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობით. თუმცა, რეგიონებში კერძო ინვესტორების ნაკლები დაინტერესების გამო აღნიშნულის განხორციელება ვერ მოხერხდა.

საქართველოს მთავრობის 2009 წ. N218 დადგენილებით 2010 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში კონკურსის წესით შერჩეულ სადაზღვევო კომპანიებს დაევალა საავადმყოფოების მშენებლობა/რეაბილიტაცია. ასევე დაიწყო საინვესტიციო პროექტების განხორციელება ქართველი და უცხოელი ინვესტორების მონაწილეობით. შედეგად, 2013 წლის ბოლოსთვის ქვეყანაში სრულიად განახლდა 135-მდე სამედიცინო ცენტრი, რომლებიც, რაიონულ დონეზე უზრუნველყოფენ ჰოსპიტალურ, ამბულატორიულ და პრე-ჰოსპიტალურ მომსახურებას.

სახელმწიფოს მხრიდან მოიხსნა ზედმეტი ბიუროკრატიული მექანიზმები და სალიცენზიო სამედიცინო საქმიანობის 43 კატეგორიის ნაცვლად, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სალიცენზიოდ მიღებულია მხოლოდ ერთი ნებართვა.

ძირეული ცვლილებები განიცადა სტაციონარული მომსახურების მიმართ არსებულმა მოთხოვნებმა, რომელიც მანამდე გათვლილი იყო მხოლოდ ზოგად, მინიმალური უსაფრთხოების ზომებზე და შემოიფარგლებოდა დაწესებულების ინფრასტრუქტურითა და ტექნიკური აღჭურვილობით. სადღეისოდ, სტაციონარული დაწესებულების ნებართვას ფლობს 296 ჰოსპიტალი.

საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, მოძველებული ინფრასტრუქტურის გამო, მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლს და მომსახურების მისაღებად თვითდინებით მიემართებოდა მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში. 2006-2007 წლებში, მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ტექნიკური დახმარებით, შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმა, რომლის ლეგალიზაცია, თუმცა არ განხორციელებულა, მაგრამ მთავარი პრინციპები საფუძვლად დაედო ქვეყანაში მიმდინარე პჯდ რეფორმას. 2007-2011 წლებში დონორი ორგანიზაციების მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სოფლებში განხორციელდა ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციისა და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. სულ რეაბილიტაცია და აღჭურვა ჩაუტარდა 178 პჯდ დაწესებულებას. თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა არაერთგვაროვანი და ხშირად არაადეკვატური დარჩა. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სტრუქტურულად, ფუნქციურად და ფინანსურად გაუმართავი დარჩა და ბუნდოვანია პჯდ დონიდან მეორეულ დონეზე რეფერალის განხორციელების მექანიზმები (ჯანმო/WHO, 2017).

2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდა მეწარმე-ფიზიკურ პირებად და 1360 ექიმსა და 1480 ექთანს გაუფორმდა ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების განსახორციელებლად სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან ან სადაზღვევო კომანიებთან (სშჯსდს, 2013).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და კლინიკური შედეგების გაუმჯობესების მიზნით ქვეყანაში დაიწყო კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დანერგვა. თუმცა გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების პროცესი ფრაგმენტულად მიმდინარეობს, და რაც კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, არ არსებობს მათი დანერგვის ხელშეწყობისა და მუდმივი განახლების სისტემა (სშჯსდს, 2013).

სადაზღვევო კომპანიებს, სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლე პირებს შორის ურთიერთობების რეგულირების მიზნით, 2008 წლის მარტში დაარსდა ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური (2012 წლიდან სსიპ „სამედიცინო მედიაციის სამსახური“) რომელსაც დაკისრებული ქონდა როგორც სამედიცინო მედიაციის, აგრეთვე ქონებრივი დავების მოგვარების ალტერნატიული გზების მოძიებისა და სახელმწიფო-სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში მონაწილე სადაზღვევო და სამედიცინო დაწესებულებათა მონიტორინგისა და კონტროლის ფუნქცია (სშჯსდ მინისტრის N18/ნ ბრძანება).

მთავრობის 2012 წ. მაისის N177 დადგენილებით დამტკიცდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები, რომლის მოქმედების სფეროს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისა და სადაზღვევო ორგანიზაციების ურთიერთობების მოწესრიგება სახელმწიფო-სადაზღვევო და სხვა ჯანდაცვითი პროგრამებით მოსარგებლე ფიზიკური პირების უფლებების დაცვისა და მომსახურების ბარიერების შემცირების მიზნით.

3.5. 2013 წელი - სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოველთაო მოცვით და თითოეული მოქალაქისათვის შექმნა ჯანდაცვის უფლებით უნივერსალური სარგებლობის ფუნდამენტი.

2013 წლის 28 თებერვლიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის მოცვას მინიმალური პაკეტით (საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 25 თებერვლის N36 დადგენილება).

2013 წლის 1 ივლისიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - გაიზარდა პროგრამული სამედიცინო სერვისების მოცულობა (ბაზისური პაკეტი). 2014 წლიდან პროგრამაში ინტეგრირდა მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამები.

2017 წლის მაისიდან დაიწყო მომდევნო მნიშვნელოვანი ეტაპი - პროგრამის შემდგომი რეფორმირებისთვის, მიზანშეწონილად ჩაითვალა ბენეფიციარების დიფერენციაციის

ახალი კრიტერიუმების შემუშავება, რომლის ამოსავალი წერტილია უფრო მეტად საჭიროებაზე ორიენტირებული სერვისების მიწოდება და მიდგომის - „სოციალური სამართლიანობა“ - მეტად განვითარება. მოსარგებლეების დაყოფა განხორციელდა შემოსავლების ჯუფების მიხედვით (ცვლილება არ შეეხო მიზნობრივ ჯგუფებს (სოციალურად დაუცველებს, ასაკით პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, სტუდენტებს, პედაგოგებს, ვეტერანებს და სხვა)) განისაზღვრა თანაგადახდის შესაბამისი მექანიზმები.

დაფინანსების წყაროები: ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წყაროს კვლავ წარმოადგენს ზოგადი გადასახადები, რომელთა თავმოყრა ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტში. საბიუჯეტო სახსრებს ემატება თვითმმართველობის ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვაზე დანახარჯები და გლობალური ფონდის გრანტით და მსოფლიო ბანკის სესხით განსახორციელებელი პროექტის ბიუჯეტები, რომლებიც წარმოადგენენ ბიუჯეტის შემავსებელ ტრანსფერს.

ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მთავარ წყაროს კვლავ ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენს (48-50%). 2014 წლიდან წინასწარი კერძო გადახდების სქემებით დაფინანსებული სერვისების წილი 3-4%-ში მერყეობს. 2020 წლამდე მნიშვნელოვნად იყო შემცირებული საერთაშორისო დახმარებებით მობილიზებული სახსრების ხვედრითი წილი დაახლოებით 1.5-2%), თუმცა ახალი კორონავირუსით გამოწვეული პანდემიის შემდეგ მათი წილი საგრძნობლად გაიზარდა (სშჯსდს 2020).

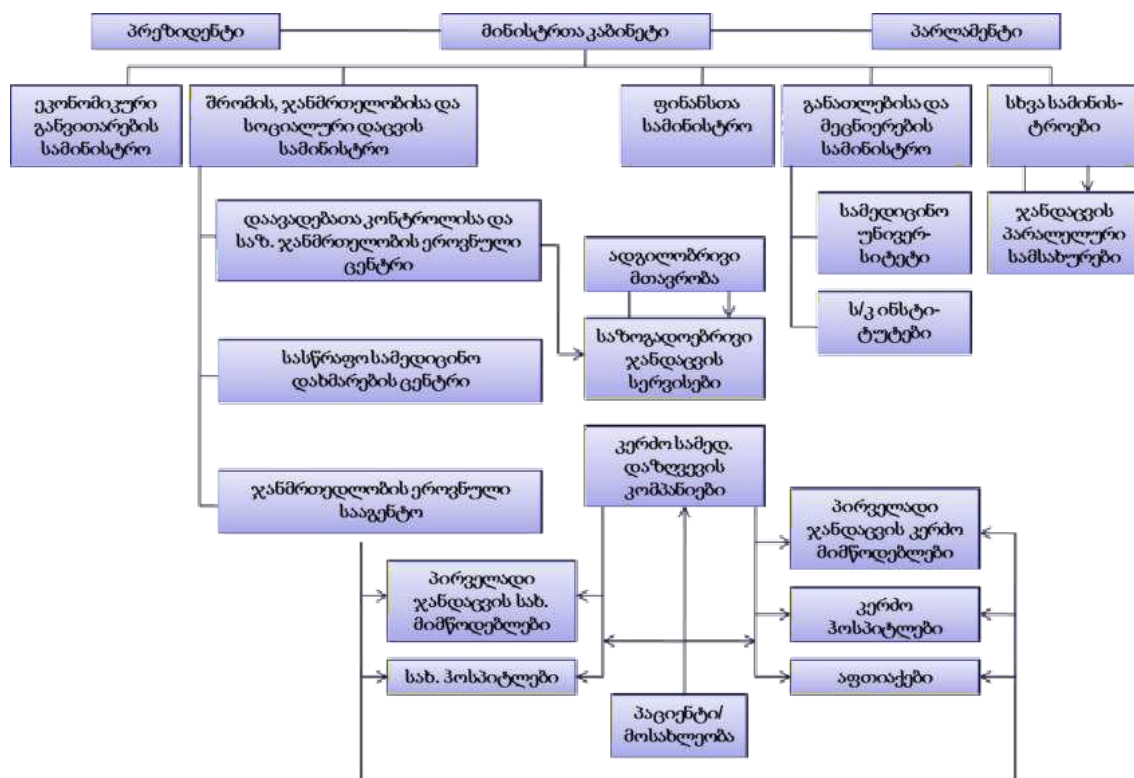
ფულადი სახსრების აკუმულირება: პროგრამას 2013-2020 წლებში მართავდა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, რომელიც პასიური შემსყიდველისგან გახდა აქტიური შემსყიდველი. შინარსითა და მართვის მექანიზმებით იგი არ არის სადაზღვევო შენატანებზე დაფუძნებული და მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებისა“. გაწეული მომსახურების დაფინანსება ხდება უმეტესწილად შემთხვევის ღირებულების მიხედვით. 2020 წელს სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ გამოეყო დანდაცვის პროგრამის რეგისტრაციის ადმინისტრირების ფუნქცია და ჩამოყალიბდა სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო“ (ნასტი 15).

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების მართვა ხორციელდება სსიპ „დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მიერ. სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების

ეროვნული ცენტრის“ მართვაშია სასწრაფო დახმარების და სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამები.

2020 წელს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ადმინისტრირებას ახორციელებს ორი დამოუკიდებელი უწყება, რაც ექსპერტთა მოსაზრებით, რისების ფრაგმენტაციას უწყობს ხელს და ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფას.

ნახატი 15: ჯანდაცვის სისტემის ორგანოზიაციული სტრუქტურა, 2021



წყარო: (რიჩარდსონი და ბერძული, 2017)

მომსახურების შესყიდვა: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი პრინციპით. რაც შეეხება გადაუდებელი სტაციონარული სერვისების ანაზღაურებას, გამოიყენება შემთხვევის მიხედვით და საწოლდღეების მიხედვით ანაზღაურება.

გეგმური სერვისების ანაზღაურებისთვის ასევე გამოიყენება შემტხვევის მიხედვით ანაზღაურება. თუმცა სახელმწიფოსა და მიმწოდებელს შორის ფინანსური ტვირთის გადანაწილება შემდეგი გზით ხდება: სამედიცინო დაწესებულება წარადგენს მომსახურების სათანადო ღირებულებებს ელექტრონული და დოკუმენტური ფორმატით ღირებულებები არ უნდა აღემატებოდეს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების

ფარგლებში ბოლო 1 წლის განმავლობაში დაფიქსირებულ ისტორიულ მინიმალურ ღირებულებას ($\pm 10\%$), ახალი მიმწოდებელის ფასი არ უნდა აღემატებოდეს ბაზაში დაფიქსირებულ მაქსიმალურ ღირებულებას. სააგენტოს მიერ გამოითვლება ე.წ. ტარიფის არეალი (ფასთა გადანაწილების ქვედა მეოთხედი - მაქსიმალურ ფასს გამოკლებული მინიმალური ფასი, გაცოფილი 4-ზე დამატებული მინიმალური ფასი), რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხის ლიმიტს.

2019 წლიდან დაიწყო სატარიფო მექანიზმების დანერგვა კარდიოქირურგიული და , კარდიონტერვენციული სერვისებისთვის. ტარიფების შემუშავების პროცესი გრძელდება სხვადასხვა ნოზოლოგიური ჯგუფებისთვის.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ხარჯთ-ეფექტიანობის გაზრდისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველსაყოფად დიდ ქალაქებში დაიწყო სელექტიური კონტრაქტირების დანერგვა 2017 წლის მარტიდან მშობიარობებებისა და საკეისრო კვეთების და ნეონატალური ინტენსიური დახმარების სერვისების, ივლისიდან II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის, ხოლო 2018 წლის იანვრიდან კი გადაუდებელი სტაციონარული და ინტენსიური მომსახურების სერვისების მიმართულებით. 2019 წლიდან სამინისტრომ დაიწყო ტარიფიკაციის მექანიზმების დანერგვა ჯერ კარდიოქირურგიასა და კარდიონტერვენციაში, ხოლო შემდეგ უკვე სხვა სერვისებშიც.

სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმები ამოქმედდა დიდი ქალაქებში პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებისთვისაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიწოდებას აწარმოებს პჯდ გუნდის (ოჯახის ან უბნის ექიმი და ექთანი), რომელიც ემსახურება არაუმეტეს 2,500 დარეგისტრირებულ ბენეფიციარს. პჯდ დაწესებულება არის პროგრამის მონაწილე თუ რეგისტრირებული ჰყავს 13,000 და მეტი ბენეფიციარი (ძირითადი კონტინგენტი), უზრუნველყოფს პროგრამის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებულ კლინიკო-ლაბორატორიულ კვლევებს ადგილზე და/ან ახორციელებს ბიოლოგიური მასალის ნიმუშების აღებას/ჩაბარებას და სხვა სათანადო დაწესებულებაში ტრანსპორტირებას.

რეფორმა: დაფინანსების სისტემის რეფორმების პარალელურად გაიზარდა სახელმწიფო ჩართულობა სამედიცინო სერვისების მიწოდების სფეროში. ინვესტორების მხრიდან

ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობის გამო სახელმწიფო მფლობელობაში გადავიდა ჰოსპიტალების ოპერირების საერთაშორისო საწარმოს (IHOPE) 8 კლინიკა, შეიქმნა რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი და ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი.

2020 წელს ჩამოყალიბდა სახელმწიფო სამედიცინო ჰოლდინგი, რომელშიც გაერთიანდა 1. შპს „აკად. ნ. ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა“; 2. „რუხის რესპუბლიკური საავადმყოფო“; 3. შპს „თბილისის ბავშვთა ინფექციური კლინიკური საავადმყოფო“; 4. სს „უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი“; 5. სს „ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი“; 6. შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“, რომელიც წარმოდგენილია 17 ფილიალით, საქართველოს სრულ ტერიტორიაზე; 7. შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“; 8. შპს „ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო“; 9. შპს „ქ. ბათუმის კლინიკური რესპუბლიკური საავადმყოფო.

2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა (სმჯსდ მინისტრის 2012 წლის N01-63/ნ ბრძანება). თუმცა დაწესებულებებში მათი სრულყოფილი მოქმედება ჯერ-ჯერობით პრობლემას წარმოადგენს. დახვეწას საჭიროებს ხარისხის გარე კონტროლის არსებული მექანიზმებიც.

ამრიგად, 2013 წლის თებერვლიდან სახელმწიფო, ან კერძო დაზღვევის არმქონე 2,2 მლნ მოქალაქე გახდა „მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის“ სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე. სახელმწიფო განაგრძობს ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე სტრატეგიულ რეფორმებს, რომელთა მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ყველა მოქალაქისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო ოჯახებზე ნეგატიური ეკონომიკური ზეგავლენის შემცირება. თუმცა, გათვალისწინებული უნდა იყოს სახელმწიფო რესურსების შეზღუდულობასთან დაკავშირებული საფრთხეები, რაც, შესაბამისად, ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მიწოდების სფეროში კერძო სექტორის მონაწილეობის აუცილებლობას ქმნის.

3.6. სერვისების პაკეტი (BBP)

1995-2003 წლებში სავალდებულო დაზღვევის პარალელურად, მოქმედებდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მთელი სპექტრი, რომელთა დაფინანსება ხდებოდა სხვადასხვა წყაროებით. მომსახურების მიწოდება ზოგ შემთხვევაში ითვალისწინებდა თანაგადახდებს პაციენტის მხრიდან (ცხრილი 3).

ცხრილი 3: ბაზისური პაკეტი 2001

პროგრამები	დაფინანსების წყარო	განმახორციელებელი
I ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ეპიდზედამხედველობა იმუნიზაცია ნარკომანიის, იოდისა და მიკროელემენტების დეფიციტის, ტრავმების, მალარიის და გულსისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია დაავადებების აქტიური გამოვლენა უსაფრთხო სისხლი, შიდსის და სხვა პრევენცია ონკოლოგიური დაავადებების სკრინინგი წვევამდელების შემოწმება სოფლის მოსახლეობის და მაღალი მთის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო მომსახურება	ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი	საზ. ჯანდაცვის დეპარტამენტი
II ფსიქიკური დაავადებების მართვა ტუბერკულოზის მკურნალობა ანტენატალური მოვლა და მშობიარობა 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობა ბავშვთა კარდიოქირურგია უმწეო მოსახლეობის მკურნალობის პროგრამა ინფექციური დაავადებების მართვა ონკოლოგიური დაავადებების მქონე პაციენტთა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ჰემოდიალიზი გიდ მკურნალობა ორგანოთა ტრანსპლანტაცია სპეციფიკური მედიკამენტების პროგრამა ცხინვალის მოსახლეობისა და სამეგრელო-ზემო-სვანეთში ჩასახლებული დევნილების მკურნალობა	სავალდებულო სადაზღვეო შენატანები	სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია
III ბუნებრივი კატასტროფების დროს დახმარება სანიტარული ზედამხედველობა მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობა რეფორმების მართვა ჯანდაცვის პროგრამების მონიტორინგი სამედიცინო სტატისტიკა და ინფორმაცია გაუთვალისწინებელი ხარჯები	ცენტრალური ბიუჯეტი	სამინისტრო
IV სასწრაფო დახმარება 4-14 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო მომსახურება 15 და მეტი ასაკის მოსახლეობის პჯდ დახმარება	მუნიციპალური ბიუჯეტი	მუნიციპალური ფონდები

ონკოლოგიური პაციენტების ნარკოტიკული საშუალებებით მომარაგება		
---	--	--

წყარო: (გამყრელიძე და სხვანი, 2002)

2007 წელს ამოქმედებული მოწყვლადი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 218 დადგენილება) და 2012 წელს დაწყებული 0-5 წლის ასაკის ბავშვების, საპნსიო ასაკის მოსახლეობის, სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (საქართველოს მთავრობის 2012 წლის N165 დადგენილება) სერვისების პაკეტი იყო საკმაოდ ფართო და მოიცავდა გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, გეგმიურ ქირურგიას, მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას, და ასევე საბაზისო სამკურნალო საშუალებებს (ცხრილი 4).

ცხრილი 4: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების პაკეტები, 2012

სერვისის ტიპები	სარგებელი და პაციენტის თანაგადახდა	
	2018 დადგენილების ბენეფიციარები	165 დადგენილების ბენეფიციარები
ოჯახის ექიმის მომსახურება	უფასო	უფასო
ამბულატორიულად სპეციალისტებთან ვიზიტი	უფასო	უფასო
ბაზისური მედიკამენტები (დაახლოებით 50 დასახელების)	წლიური სადაზღვევო ლიმიტი 50 ლარი (200 ლარი უმწეო პენსიონერებისთვის) 50%-იანი თანაგადახდა	საპნსიო ასაკითვის წლიური სადაზღვევო ლიმიტი 100 ლარი 50%-იანი თანაგადახდა; 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის - 50 ლარი, 50%-იანი თანაგადახდა
კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, ორსულობის ტესტი; ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, კრეატინინი)	უფასო (გარდა ქოლესტერინი სისხლში, კრეატინინი და შრატში ლიპიდების განსაზღვრა)	უფასო
ინსტრუმენტული გამოკვლევები (ეკგ, ექსკოპია, რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია; მამოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია)	უფასო (გარდა კომპიუტერული ტომოგრაფიისა)	უფასო (გარდა კომპიუტერული ტომოგრაფიისა - - ითვალისწინებს 10%-იან თანაგადახდას საპნსიო ასაკის მოსახლეობისთვის და 20%-იან თანაგადახდას დანარჩენი მოსარგებლეებისთვის)
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	უფასო	უფასო
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	უფასო	ითვალისწინებს 10%-იან თანაგადახდას საპნსიო ასაკის მოსახლეობისთვის და 20%-იან

		თანაგადახდას დანარჩენი მოსარგებლეებისთვის. თანაგადახდას არ ითვალისწინებს კრიტიკული მდგომარეობები, ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები
მშობიარობა	სადაზღვევო ლიმიტი - 500 ლარი	სადაზღვევო ლიმიტი 500 ლარი, ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას
საკეისრო კვეთა	სადაზღვევო ლიმიტი 800 ლარი	
გეგმიური ქირურგია	წლიური ლიმიტი - 15000 ლარი	წლიური ლიმიტი - 15000 ლარი; ითვალისწინებს 10%-იან თანაგადახდას საპენსიო ასაკის მოსახლეობისთვის და 20%-იან თანაგადახდას დანარჩენი მოსარგებლეებისთვის.
ქიმიო და სხივური თერაპია	წლიური ლიმიტი 12000 ლარი	

საქართველოს მთავრობა 2009, 2012

2013 წლის 28 თებერვლიდან 1 ივლისამდე მოქმედებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა მინიმალური პაკეტის დაფინანსებას, ანუ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ოჯახის/უბნის ექიმის მომსახურებას და გადაუდებელი შემთხვევების მართვას როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დონეზე. ფინანსდებოდა გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევების 450-ზე მეტი ნოზოლოგია.

2013 წლის 1 ივლისიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - გაიზარდა სამედიცინო სერვისების მოცულობა და საბაზისო პაკეტში შევიდა ყველა ის სამედიცინო მომსახურება, რომელიც იფარებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით: გეგმიური ამბულატორიული, გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ქირურგიული ჩარევები, ქიმიო, სხივური და ჰორმონო თერაპია, მშობიარობა, საბაზისო მედიკამენტები მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის.

თუ 2017 წლის 1 ივლისი მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართულ პირს ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდებოდა სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვებოდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში იღებდა ე. წ. მინიმალური პაკეტით განსაზღვრულ მომსახურებას.

2017 წლის 1 მაისიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში დიფერენცირებული (მოსარგებლის შემოსავლის მიხედვით) პაკეტები ამოქმედდა,

პროგრამული დაფინანსების დიფერენცირებული თანაგადახდით. პროგრამის მოსარგებლენი არიან:

1. სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ყოფილი მოსარგებლეები
2. „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ყოფილი მოსარგებლეები
3. ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანები
4. პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 70 000-დან-100 000 სარეიტინგო ქულა და 6-დან 17 წლის (ჩათვლით) ასაკის პირები;
5. დანარჩენი მოსახლეობა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით:
 - a) თვიური 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე ან სხვ. პირები
 - b) წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირები;
 - c) წლიურად 40,000 ლარზე მეტი შემოსავლის მქონე პირები (გარდა საპენსიო ასაკის მოსახლეობისა)

დიფერენცირებული პაკეტების და თანაგადახდების შესახებ ინფორმაცია იხილეთ ცხრილი 5-ში.

პირებს, რომელთა წლიური შემოსავალი 40 000 ლარი და მეტია, შესაძლებლობა ექნებათ მიიღონ მომსახურება პროგრამის მხოლოდ შემდეგი კომპონენტების ფარგლებში:

მშობიარობა/საკეისრო კვეთა და მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება.

თუ 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართულ პირს ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდა სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და გარდამავალ პერიოდში მიიღებს კონკრეტული ტიპის შესაბამისი ე. წ. მინიმალური პაკეტის პირობებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებას. 6 თვის შემდეგ, მაგრამ არაუადრეს 2017 წლის 1 ნოემბრისა, შეეძლება ისარგებლონ კატეგორიის შესაბამისი მომსახურების პირობებით.

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარებისა ცენტრის მიერ დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმები და სოფლის ექთნები, კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართვის მიუხედავად, რომელთა თვიური შემოსავალი 1,000 ლარზე ნაკლებია, შესაბამისი საფასურის (240 ლარი) ერთჯერადად გადახდის შემთხვევაში, მოიპოვებენ უფლებას, 2017 განმავლობაში ისარგებლონ იმ პაკეტით, რომლითაც სარგებლობენ პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 70 000-დან-100 000 სარეიტინგო ქულა.

ცხრილი 5: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოცული სერვისები (2021)

სერვისის ტიპი	პაციენტის თანაგადახდის ოდენობა	მოსარგებლეთა კატეგორია	სახელმწიფოს დასაფარი ლიმიტები
ოჯახის ექიმის მომსახურება		ყველა ჯგუფი, გარდა 5c	
ამბულატორიულ დონეზე სპეციალისტთან ვიზიტი	სერვისის ღირებულების 30%	1, 2, 3	
	არ იფარება	4, 5a, 5b	
	50%	5c	
ბაზისური მედიკამენტები (დაახლოებით 50 დასახელების)		1, 2, 3	50 ლარი წელიწადში (200 ლარი წელიწადში პენსიონერისთვის) და მე-3 ჯგუფისთვის;
			100 ლარი წელიწადში მე-2 ჯგუფის პენსიონერებისთვის; 50 ლარი 0-5 წლამდე ბავშვებისთვის;
			100000 სარეიტინგო ქულამდე მედიკამენტები 4 ქრ. დაავადებებისთვის
	არ იფარება	4, 5a, 5b, 5c	
		1, 2, 3	

კლინიკურ- ლაბორატორიული გამოკვლევები	სერვისის ღირებულების 30%	4, 5a	
	არ იფარება	5b, 5c	
ინსტრუმენტული გამოკვლევები		1, 3	
	უფასო გარდა კომპიუტერული ტომოგრაფიისა: სერვისის ღირებულების 10% - საპენსიო ასაკი; 20% - 0-5 წლამდე ასაკის და შშმ ბავშვები	2	
		4, 5a	
	სერვისის ღირებულების 30%		
	არ იფარება	5b, 5c	No
მშობიარობა		ყველა ჯგუფისთვის	500 ლარი ფიზიოლოგიური მშობიარობა; 800 ლარი საკეისრო კვეთა
გეგმიური ქირურგია	n/a	1, 3	15,000 GEL per case
	სერვისის ღირებულების 10% - საპენსიო ასაკი;	2	წლიური ლიმიტი 15000 ლარი
	სერვისის ღირებულების 20% - 0-5 წლამდე ასაკის და შშმ ბავშვები,		
	სერვისის ღირებულების 30%	4	წლიური ლიმიტი 15000 ლარი
	სერვისის ღირებულების 30%, თუ აღემატება 500 ლარს	5a	წლიური ლიმიტი 15000 ლარი
	სერვისის ღირებულების 30%, თუ აღემატება 100 ლარს,	5b	
	არ იფარება	5c	
ქიმიო, ჰორმონო და რადიოთერაპია		1, 3	წლიური ლიმიტი 20000 ლარი
	სერვისის ღირებულების 10% - საპენსიო ასაკი;	2	წლიური ლიმიტი 23000 ლარი
	სერვისის ღირებულების 20% - 0-5 წლამდე ასაკის და შშმ ბავშვები,		
	სერვისის ღირებულების 20%	4, 5a, 5b	წლიური ლიმიტი 20000 ლარი
	არ იფარება	5c	
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება		1, 2, 3, 4	
	სერვისის ღირებულების 50% (გარდა იმუნიზაციისა)	5a	
	არ იფარება	5b, 5c	
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება		1, 3	
	სერვისის ღირებულების 10% - საპენსიო ასაკი;	2	
	სერვისის ღირებულების 20% - 0-5 წლამდე ასაკის და შშმ ბავშვები, გარდა ინტენსიური თერაპიისა		

სერვისის ღირებულების	4	15,000 ლარი ერთ შემთხვევაზე
სერვისის ღირებულების 30%, თუ აღემატება 500 ლარს, გარდა ინტენსიური თერაპიისა	5a	15,000 ლარი ერთ შემთხვევაზე
სერვისის ღირებულების 30%, თუ აღემატება 1000 ლარს, გარდა ინტენსიური თერაპიისა, თანაგადახდა 10%	5b	
არ იფარება	5c	

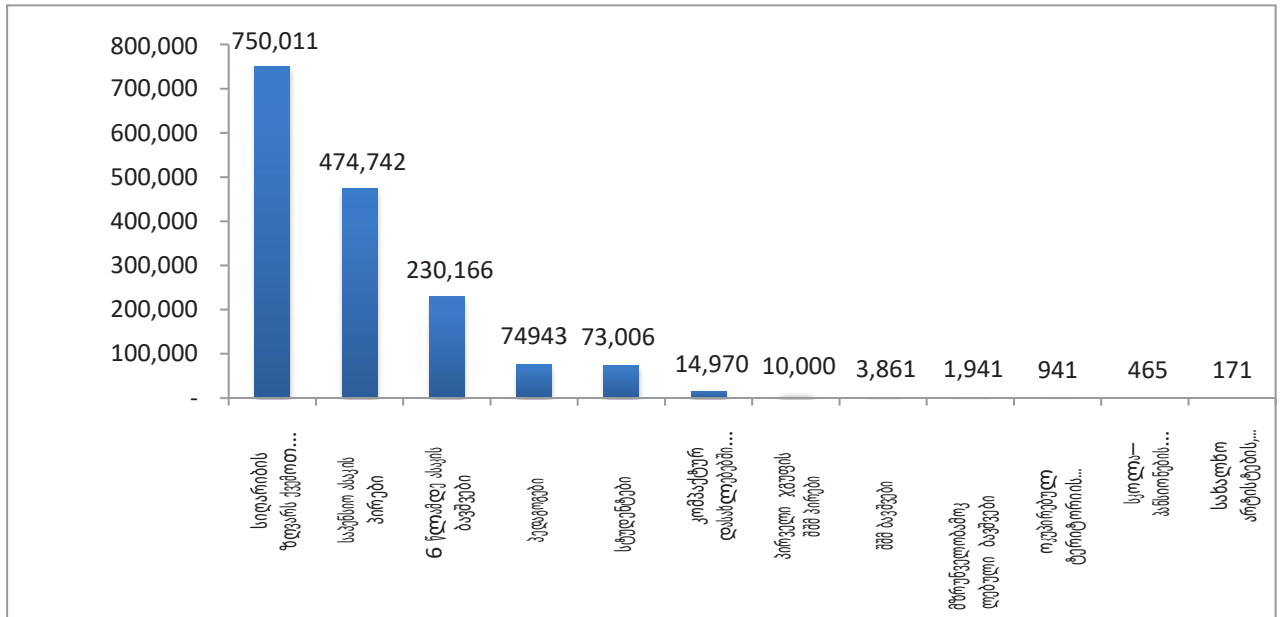
წყარო: (სშქსდს, 2020)

3.7. მოცვის არეალი

1995-2002 წლებში სახელმწიფო პროგრამებით და სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით მოცული სერვისების მიმღებს წარმოადგენდა სრულიად ქვეყნის მოსახლეობა.

მოსახლეობის მოწყვლადი ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, 2007 წელს დაწყებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეები იყვნენ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები, კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები, მზრუნველობამოკლებული ბავშვები (საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილება). 2012 წლის სექტემბერში ამოქმედდა მეორე სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა, რომელმაც მოიცვა 0-5 წლის ასაკის ბავშვები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები (საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილება). 2012 წლის ბოლოსთვის სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევამ მოიცვა 1.6 მლნ ადამიანი (ნახტი 16).

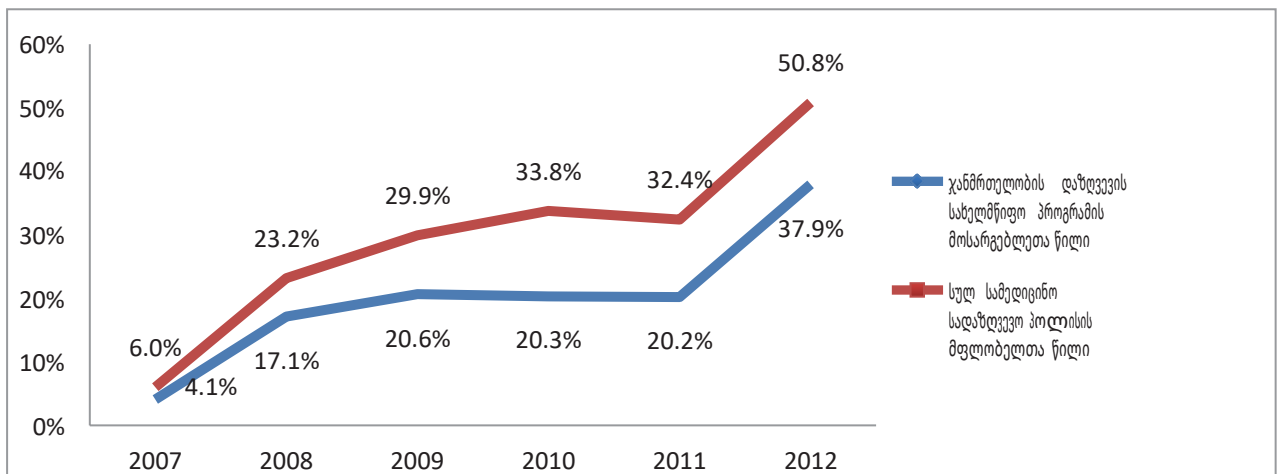
ნახტი 16: დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლე ბენეფიციართარაოდენობა ცალკეული პროგრამის მიხედვით, 2012 წლის დეკემბერი



წყარო: სმს, 2012

2007 წელს მოსახლეობის მხოლოდ 6% იყო მოცული ჯანმრთელობის დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, ხოლო 2012 წლისთვის უკვე დაზღვეული იყო საქართველოს ყოველი მეორე მოქალაქე და დაზღვეულთა 75% სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებითაა მოცული (ნახატი 17).

ნახატი 17: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახ. პროგრამის მოსარგებლეთა და სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან



SSA, (2012) წყარო: სმს, 2012

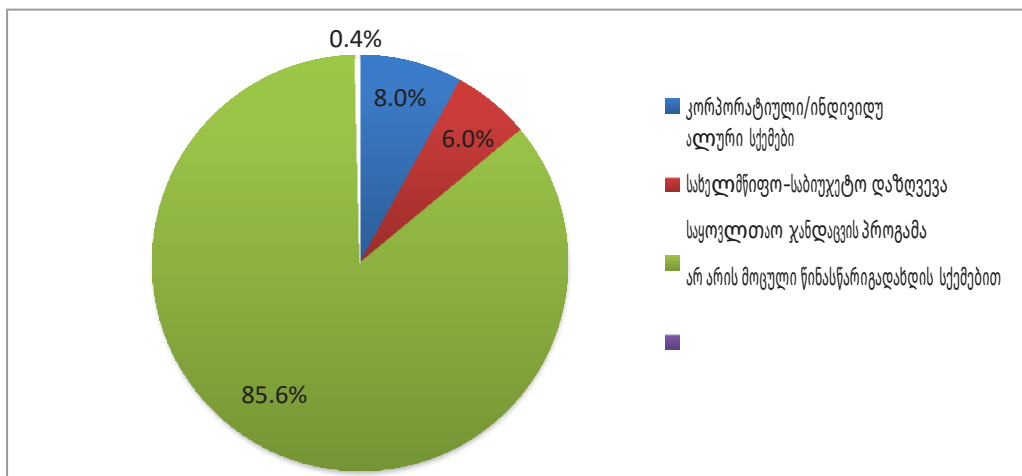
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლენი არიან საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები; ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე და თავშესაფრის მაძიებელი პირები.

2013 წლის თებერვალში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ სათავე დაუდო საქართველოს ყველა მოქალაქისთვის სახელმწიფოს მიერ ან წინასწარი გადახდის სქემებით დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას (29.5% - 2010 წელს, 40% - 2012 წელს, 100% - 2014 წლისთვის (ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014)).

2017 წლის მაისიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმირების ახალმა ტალღამ წლიური 40000 ლარის და მეტი შემოსავლების მქონე მოსახლეობისთვის (სულ 42 ათასი ადამიანი) გააჩინა შესაძლებლობა არ იყვნენ მოცული არც სახელმწიფო და არც კერძო სადაზღვევო სქემებით.

2017 წლის სექტემბრისთვის მოსახლეობის 8% დაზღვეულია კორპორატიული/ინდივიდუალური სქემებით, 6%-ს აქვს სახელმწიფო-საბიუჯეტო დაზღვევა, დანარჩენი წარმოადგენს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეს, მხოლოდ მოსახლეობის 0.4% არ არის მოცული არც სახელმწიფო და არც კერძო სქემებით (ნახატი 18)

ნახატი 18: მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებით მოცვა, 2020



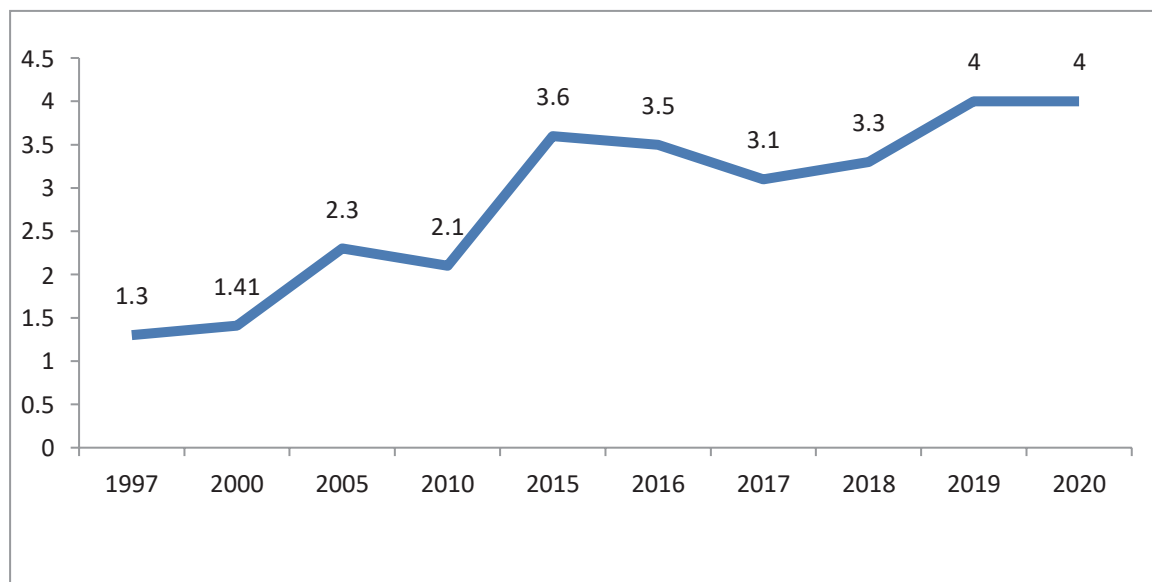
წყარო: (ჯეხ, 2020)

3.8. სერვისების უტილიზაცია

კავშირი ჯანდაცვის სისტემის რესურსებსა და გამოსავლებს შორის იზომება სერვისების უტილიზაციითა და მოცვით. თუმცა, ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგებში ასახვას ხშირად წლები ესაჭიროება. რეფორმების შედეგების შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის მაჩვენებლების შეფასება, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, ერთ სულ მოსახლეზე ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვიანობის საშუალო მაჩვენებელი ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის ≈ 6 -ს შეადგენს. საქართველოში 2002-2012 წლებში მაჩვენებელი 2.2-ს არ აღემატებოდა. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ დაფიქსირდა მოსახლეობის მიმართვიანობის მკვეთრი ზრდა როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებებში. 2015 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვათა რაოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე 4.0-ს მიაღწია. საქართველო ამ მაჩვენებლით ქვეყნების ბოლო ათეულში შედის ჯანმოს ევროპის რეგიონში (ნახატი 19).

ნახატი 19: ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო

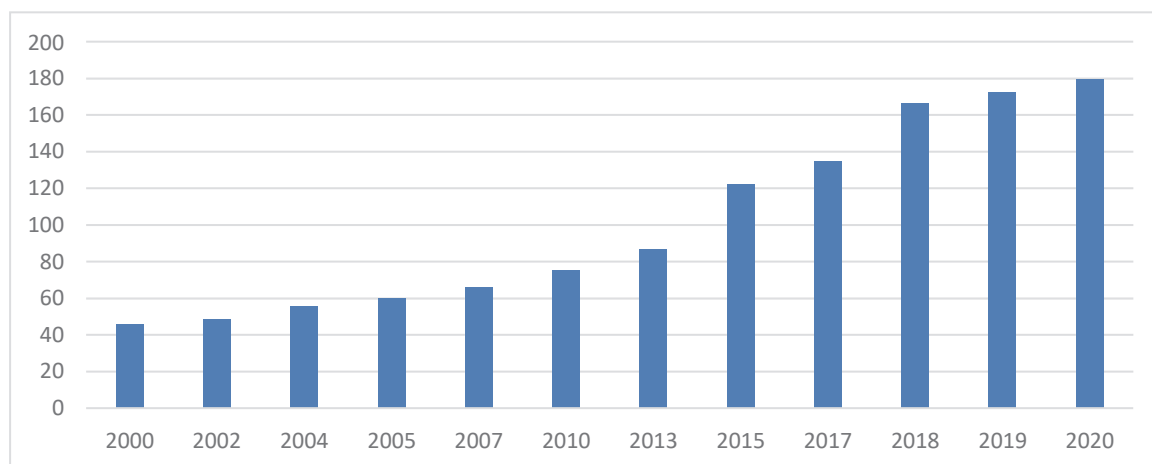


წყარო: (დესჯეც, 2020)

2000-2012 წლებში ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელს ნელი ტემპით ზრდა ახასიათებს. 2013 წლიდან, უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის პარალელურად, დაიწყო

მოსახლეობის სტაციონარულ სერვისებზე მიმართვიანობის ზრდის ტენდენცია. როგორც სერვისების უტილიზაციისა და დანახარჯების კვლევის შედეგები აჩვენებს, მომსახურების მისარებად მოსახლეობა უფრო ხშირად ირჩევს ჰოსპიტალურ დაწესებულებებს, ამბულატორიულთან შედარებით (ნახატი 20).

ნახატი 20: ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ათას სულ მოსახლეზე, საქართველო



წყარო: (დკსჯეც, 2020)

3.9. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC service coverage index)

სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია იყენებს ე.წ. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსს (UHC service coverage index) და განისაზღვრება, როგორც ძირითადი სერვისებით საშუალო მოცვა, რომელიც მოიცავს რეპროდუქციულ, დედის, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, ინფექციურ დაავადებებს, არაგადამდებ დაავადებებს და ასევე დაუცველი მოსახლეობის მომსახურების შესაძლებლობას და ხელმისაწვდომობას. აღნიშნული ინდექსის გამოთვლა ქვეყანაში პირველად განხორციელდა კვლევის ავტორის მიერ.

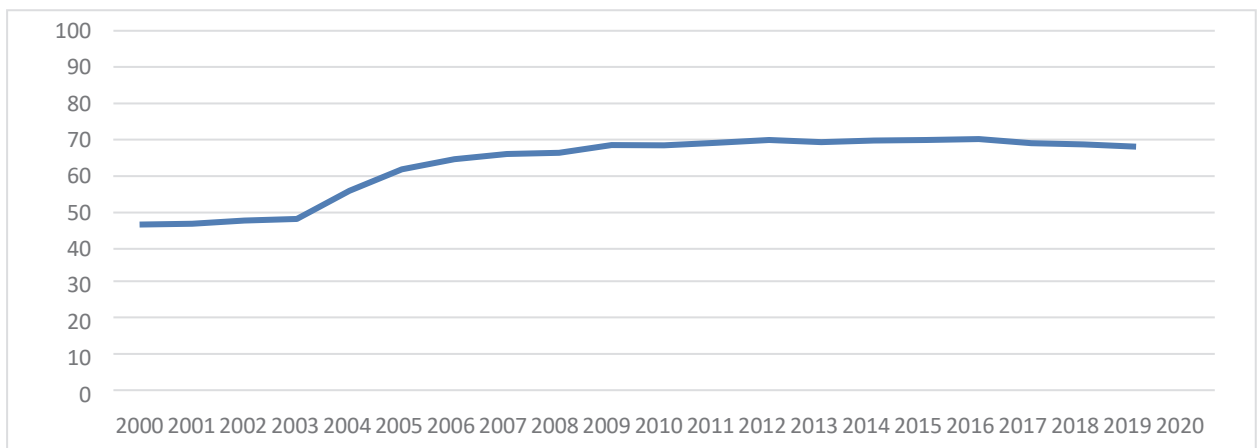
2000-2003 წლებში, რეფორმირების პირველ ეტაპზე, მიუხედავად დეკლარირებული სერვისებზე უნივერსალური მისაწვდომობისა, საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის მნიშვნელობა 47-48%-ის ფარგლებში მერყეობდა. აღნიშნულის განმაპირობებელ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენდა ინფექციური დაავადებების სერვისებით მოცვის დაბალი ინდექსი (13-15%), რაც ამ პერიოდში ქვეყანაში ანტირეტოვირუსული თერაპიის არარსებობით და ტუბერკულოზის სამკურნალო სერვისების დაბალი მოცვით იყო გამოწვეული.

2007-2012 წლებში, ქვეყნის მთავრობის მიერ მხოლოდ მიზნობრივი ჯგუფების (2007 წელი - უმწეო მოსახლეობა, 2008 წელი - პედაგოგები, 2012 წლიდან საპენსიო ასაკის მოსახლეობა ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები და შშმ პირები) დაფინანსების მიუხედავად, საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი 66%-დან 70%-მდე გაიზარდა და მის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დეტერმინანტს არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო სერვისებით მოცვის ინდექსის კლება წარმოადგენდა (2004 60.4% - 2012 წელი 54.5%).

რეფორმის ტალღის მესამე ეტაპზე, 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ 2013-2016 წლებში საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსს უმნიშვნელო ზრდა გამოიწვია (2013 – 69.3%, ხოლო 2016 წელი - 70.2%), რასაც, 2017 წელს შემოსავლის ჯგუფების მიხედვით სერვისების სტრატეგიკაციის გამო UHC ინდექსის კლება მოჰყვა 2019 – 68.1%. რეფორმის ამ ეტაპის მნიშვნელოვან გამოწვევას კვლავ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა წარმოადგენდა (53%) (ნახატი 21 წყარო: (ჯანმო/2021)

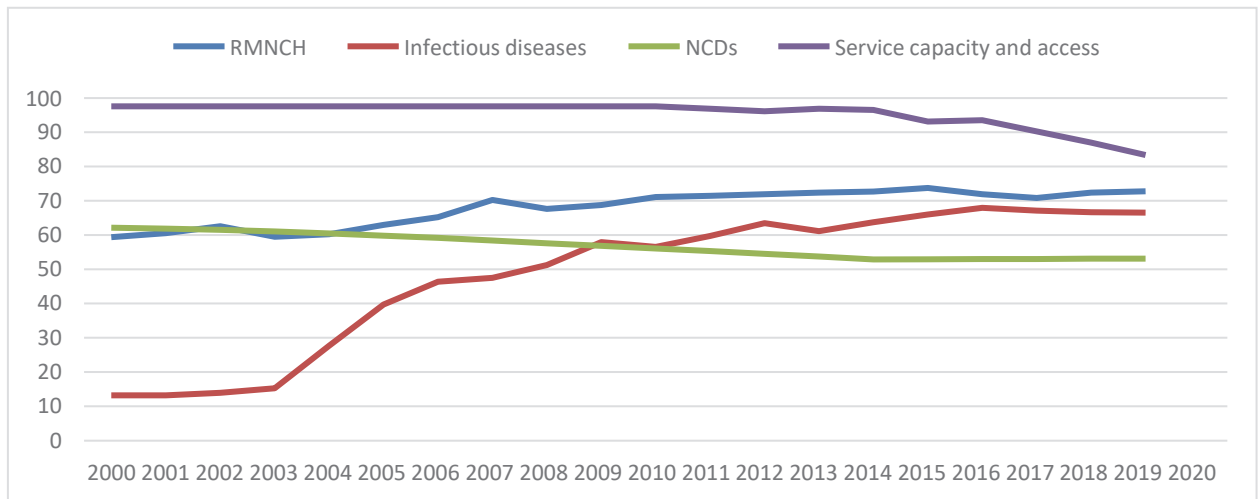
ნახატი 22).

ნახატი 21: საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC index)



წყარო: (ჯანმო/2021)

ნახატი 22: საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის ძირითადი მიმართულებები



წყარო: (ჯანმო/2021)

შეჯამებისთვის: არ არსებობს მზა რეცეპტი, მოდელი ან პროექტი, როგორ უნდა იყოს ორგანიზებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები. მათი ფუნქციონირების გაუმჯობესებისთვის არსებობს ჯანმოს მიდგომა: 1) ქვეყნებმა უნდა გამოიყენონ პოლიტიკის ამოცანები საკუთარი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის გასაუმჯობესებლად. 2) შეისწავლონ არსებული სისტემა ფუნქციებისა და პოლიტიკის ტერმინებში; 3) გაანალიზონ ფისკალური და სხვა კონტექსტუალური ფაქტორები, რათა დაადგინონ პოლიტიკის ამოცანების მიღწევის რეალისტური საზღვრები და პოლიტიკის რეფორმის დიაპაზონი; 4) გაითვალისწინონ ქვეყნისთვის სპეციფიკური ასპექტები; 5) ჩამოაყალიბონ სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესების საკუთარი ფუნდამენტური მიდგომა ღირებულებებისა და მიზნების ჩარჩოებში.

3.10. შეჯამება

საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა მნიშვნელოვნად შეიცვალა დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ. 1990-1994 წლებში არსებული საბჭოთა სემაშკოს მოდელი და ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემა 1995 წელს შეიცვალა პრიორიტეტული ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამებით, რომელთა დაფინანსება 1995-2003 წლებში საბიუჯეტო ტრანსფერებთან ერთად ხორციელდებოდა სამედიცინო დაზღვევის, მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის შენატანებით. 2004 წლიდან სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ერთადერთი წყარო გახდა საბიუჯეტო ასიგნებები, თუმცა 2007 წლიდან ხდება დაფინანსების მიზნობრიობის ზრდა უმწეოთა ინტერესების მაქსიმალური გათვალისწინებით. სახელმწიფო

ასიგნებებით მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფის განხორციელება გადაეცათ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველებს ამ ჯგუფებისთვის. 2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელმაც უზრუნველყო სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სერვისებზე უნივერსალური მოცვა.

უკანასკნელი 25 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგად საგრძნობლად გაიზარდა როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები, აგრეთვე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნება, თუმცა კვლავ მაღალია შინამეურნეობათა მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების შედეგად გაღარიბების რისკი. სწორედ ჯიბიდან გადახდების მაღალი წილი წამოადგენს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ძირითად პრობლემას.

სახელმწიფო პროგრამებით მოცული მომსახურების უმეტესობა სახელმწიფოს მიერ ფინანსდება 75%-დან 80%-ით, დანარჩენი ნაწილის გადახდა მოსახლეობას უწევს საკუთარი ჯიბიდან. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები როგორც სამკურნალო, ისე პრევენციული, მეტად ფრაგმენტირებულია, ეფუძნება ღირებულების გამოთვლის ურთულეს მეთოდებს, რომლებიც გაუგებარია როგორც პაციენტისთვის, ისე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისთვისაც.

თუ 2007 წლამდე ჯანდაცვის სისტემისთვის დაფინანსებისთვის განკუთვნილი სახსრების მოგროვება და მომსახურების შესყიდვა ხდებოდა ერთი დაწესებულების მიერ, 2007-2012 წლებში ნაწილი სამედიცინო სერვისების შესყიდვა აღარ ხდებოდა სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ. სახელმწიფო სახსრების თითქმის 30%-ის ადმინისტრირებას ახორციელებდნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები. 2013 წლიდან კვლავ დაიწყო ერთი შემსყიდველის სისტემის ჩამოყალიბება.

მიუხედავად იმისა, რომ სერვისების პაკეტი მოსარგებლეთათვის საკმაოდ მრავალფეროვანია, ქვეყანაში დაბალია პჯდ სერვისებზე მოთხოვნები, სამაგიეროდ 2013 წლიდან განუხრელად იზრდება ჰოსპიტალიზაციის (როგორც გადაუდებელი, ისე გეგმური) მაჩვენებელი. აღნიშნული განპირობებულია, ერთის მხრივ, პჯდ სისტემის არასკმარისი განვითარებით, მოსახლეობის მხრიდან პჯდ სერვისებზე ნაკლები ნდობით, ჰოსპიტალური სერვისების ანაზღაურების მექანიზმებით და რიკების მნიშვნელოვანი ფრაგმენტაციით.

თავი 4. ქვეყნის ფისკალური გარემო და ჯანდაცვაზე დანახარჯები

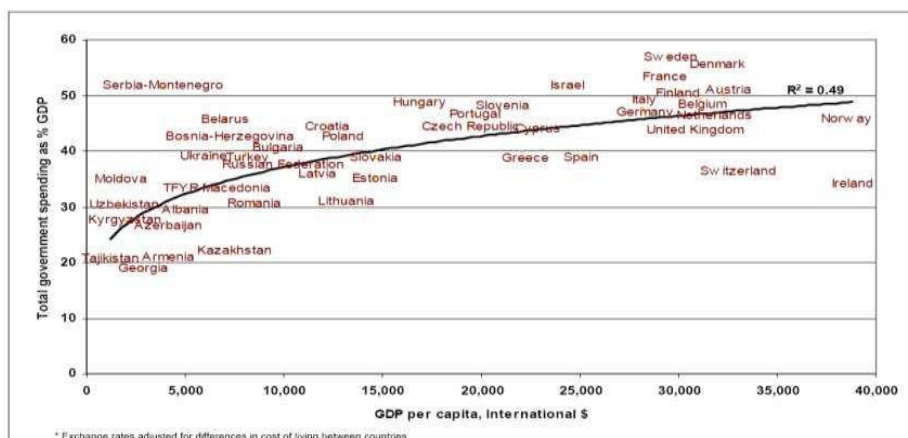
4.1. ქვეყნის ფისკალური კონტექსტი და საჯარო სექტორის ფისკალური მენეჯმენტი

ქვეყნის ფისკალური მდგომარეობა განსაზღვრავს მთავრობის შესაძლებლობას მობილიზება გაუწიოს საზოგადოებრივ შემოსავლებს და მიმართოს ის საჯარო მომსახურებებსა და პროგრამებზე, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვაზე. რაც უფრო მეტია ქვეყნის ფისკალური შესაძლებლობები, მით მეტია ჯანმრთელობის ხარჯვის სახელმწიფო პოტენციალი. აღნიშნულს კი უდიდესი მნიშვნელობა გააჩნია ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური მოცვის მიზნებისათვის, რადგან ჯანმრთელობაზე მეტი სახელმწიფო დანახარჯები ასოცირდება დაბალ ჯიბიდან გადასახადებსა და ფინანსური რისკებისგან დაცვასთან ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისას.

უნდა აღინიშნოს, რომ საბიუჯეტო სახსრების ზომა შესაძლოა არ განაპირობებდეს ჯანდაცვაზე დანახარჯების დონეს. პოლიტიკური პრიორიტეტები, რაც ასევე განსაზღვრავს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრით წილს, საკმაოდ მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია.

იმ ქვეყნებს, სადაც მაღალია მთლიანი შიდა პროდუქტი და გადასახადებისა და სხვა სახელმწიფო შემოსავლების მობილიზების დონე, მეტი სახსრების მიმართვა შეუძლიათ ჯანმრთელობაზე, ეს კი ზრდის მოსახლეობისთვის სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობას და ამცირებს ავადმყოფობის გამო ადამიანთა გაღარიბების შესაძლებლობას და ფინანსური გაჭირვების რისკს (ნახატი 23).

ნახატი 23: ფინანსური შესაძლებლობა და ეროვნული შემოსავალი ევროპის რეგიონში, 2018



წყარო: (ჯანმო/2019)

ბოლო წლებში ყურადღება გამახვილდა "ფისკალურ სივრცეზე", რაც გულისხმობს შეუძლია თუ არა მთავრობას უფრო მეტი რესურსი დაუთმოს ჯანდაცვის სექტორს, ფინანსური მდგომარეობის მდგრადობის უზრუნველყოფით. სხვა სიტყვებით, აქვს თუ არა მთავრობას შემოსავლები, რომელიც საჭიროა ჯანმრთელობის ხარჯების გაზრდისთვის.

საქართველოს ფისკალური შესაძლებლობების მიმოხილვა 1996-2020 წლების განმავლობაში და შემდეგ 2021-2026 წლების პროგნოზის ანალიზი განხორციელდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული სამი ინდიკატორით: სახელმწიფო დანახარჯების, სახელმწიფო შემოსავლებისა და მთლიანი სახელმწიფო ვალის ხვედრითი წილი მშპ-დან.

საბჭოთა კავშირის პერიოდში, საქართველო წარმოადგენდა ეკონომიკურად ძლიერ რესპუბლიკას. 1991 წელს, დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდგომ, არასტაბილურმა პოლიტიკურმა კლიმატმა, სამხრეთ ოსეთსა და აფხაზეთში სეპარატისტულმა ომებმა ღრმა ეკონომიკური კოლაფსი გამოიწვია. 1990-1994 წლებში მშპ 68%-ით შემცირდა.

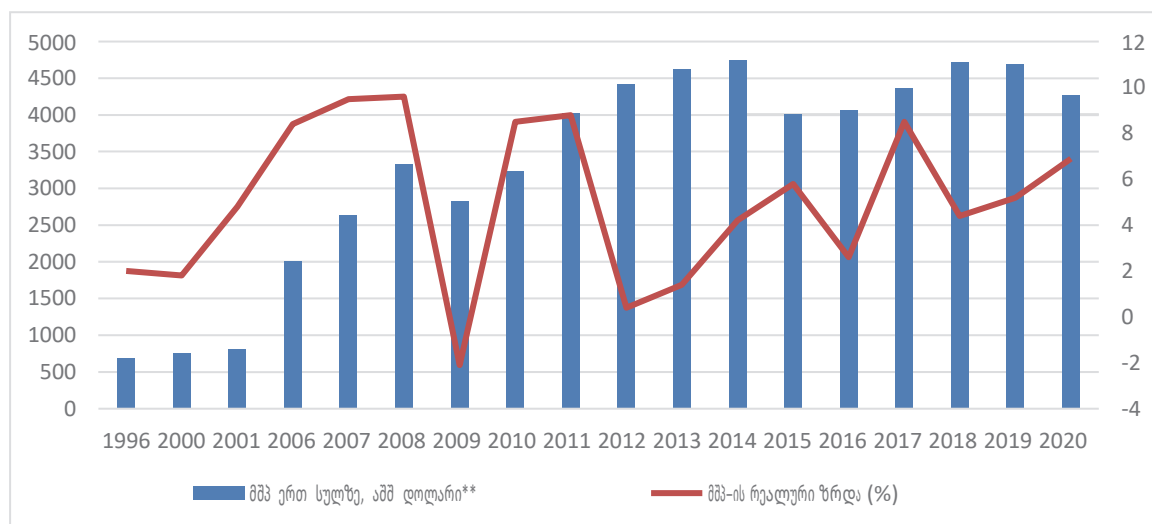
1995 წელს ჩატდა არჩევნები და ქვეყანაში დაიწყო სახელმწიფო ინსტიტუტების ჩამოყალიბების და ეკონომიკის გაუმჯობესების მიმართულებით რეფორმების შეუქცევადი პროცესი. შედეგად, თუკი 1996 წელს მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 682 დოლარს შედგენდა, 2003 წლისთვის, ე.წ. „ვარდების რევოლუციამდე“ 1010 აშშ დოლარამდე გაიზარდა (საქსტატი 2020).

საქართველოს მთავრობის ჯანსაღმა მაკროეკონომიკურმა და ფისკალურმა მენეჯმენტმა მყარი საფუძველი შექმნა ქვეყნის ძლიერი ეკონომიკური განვითარებისთვის. მშპ-ის სწრაფი ზრდის შემდეგ (1996-2000 3-4%, ხოლო 2004-2008 საშუალოდ 6-7%-ზე მეტი), 2008 წლის ომისა და 2008-2009 წლების გლობალური ფინანსური კრიზისული ფონზე, 2009 წელს ფინანსური მდგომარეობა კვლავ გაუარესდა და პირველად ქვეყნის დამოუკიდებლობის ისტორიაში მშპ-ის უარყოფითი ზრდის ტემპი დაფიქსირდა (-2.2%) (საქსტატი, 2020).

2010-2014 წლებში კვლავ დაიწყო ეკონომიკური ზრდა (საშუალოდ წლიური 5-6%). შედეგად, 2015 წელს ქვეყანამ საშუალოზე მაღალი შემოსავლების ჯგუფში გადაინაცვლა მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციის მიხედვით (ერთ სულ მოსახლეზე მშპ 3,767 აშშ დოლარი). 2015-2016 წლებში კვლავ აღინიშნა მშპ-ის ზრდის შენელების ტენდენცია, თუცა

2017 წლიდან საგადასახადო სფეროში გატარებულმა რეფორმებმა კვლავ შესაძლო გახადა ზრდის ტემპის დაჩქარება. უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველო არის ღია ეკონომიკის ქვეყანა, რომელიც მოწყვლადია გარე შოკებისადმი და ეკონომიკაზე მყისიერად აისახება რეგიონში არსებული არასტაბილური სიტუაცია თუ ნავთობის ფასების ცვლილება (ნახატი 24).

ნახატი 24: მშპ ერთ სულზე, აშშ დოლარი და მშპ-ის ზრდის რეალური ზრდა %



წყარო: (საქსტატი, 2020)

სახელმწიფო ხარჯების წილი მშპ-სთან მიმართებაში აჩვენებს სახელმწიფო სექტორის სიდიდეს ეკონომიკაში. უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს განვითარებული, თუ განვითარებადი ქვეყნების უმეტესობაში, მშპ-დან შემოსავლების ხვედრითი წილი ჩამორჩება დანახარჯებს. თუ სახელმწიფო ბიუჯეტის დეფიციტია ქვეყანაში, ანუ როდესაც სახელმწიფო ხარჯები აღემატება შემოსავალს, ძნელია სახელმწიფო ხარჯების გაზრდა ჯანმრთელობის ან სხვა სექტორებზე.

მშპ-თან მიმართებაში სახელმწიფო შემოსავლების, ხარჯების და ვალის მაჩვენებლები შეიძლება გამოყენებულ იქნას გადასახადის დაბალი, ან მაღალი ამოღების შესაძლებლობის შესაფასებლად.

სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტულ წილს მშპ-დან 1996-2003 წლებში კლების ტენდენცია ახასიათებს (21.9% - 1997 და 16.0% - 2003). საერთაშორისო სავალუტო კლასიფიკაციის მიხედვით, 15%-20% - შუალედი ასახავს ქვეყნის დაბალ ფისკალურ შესაძლებლობას. 2004-2009 წლებში ხარჯების წილი თითქმის ორმაგდება (2004 – 22.2%

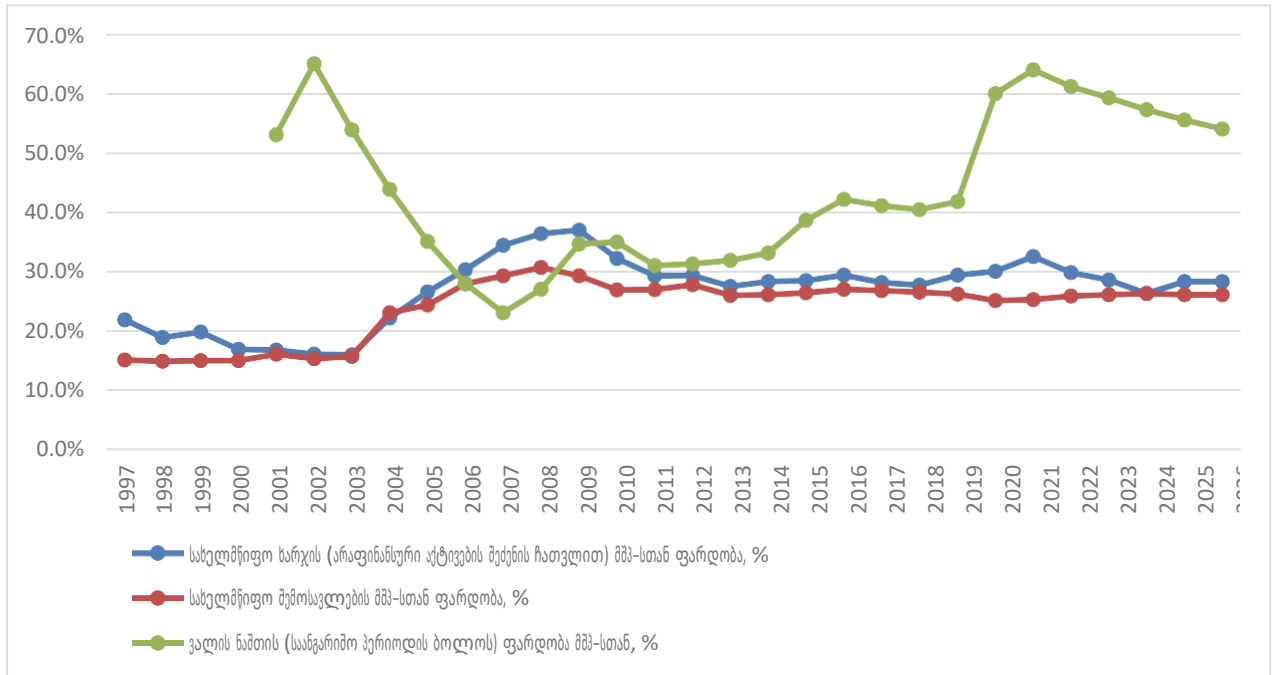
და 2009 - 37.0%) და ქვეყნის ფისკალური სივრცე უმჯობესდება (IMF-ის კლასიფიკაციით, საშუალოზე მაღალის ქვედა ზღვარი), ხოლო 2009-2020 წლებში 28%-32%-ის შუალედში მერყეობს, რაც საშუალო ფისკალურ შესაძლებლობას აღნიშნავს. დაგეგმილი პროგნოზიც თითქმის არ სცდება 28%-იან ზღვარს (საქართველოს სავალუტო ფინდი, 2020).

რაც შეეხება მშპ-დან სახელმწიფო შემოსავლების ხვედრით წილს, იგი აფასებს სახელმწიფო საგადასახადო სისტემის შესაძლებლობას. შემოსავლების პროცენტული წილის ტენდენციები იმეორებს ხარჯების დინამიკას 1996-2003 – 14-15%, 2004 წლიდან 2009 წლამდე იზრდება 23%-დან 29%-მდე, ხოლო 2010 წლიდან იწყებს კლებას და 25%-26%-ის შუალედში მერყეობს.

თუ ბიუჯეტი დეფიციტურა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, მასში იქმნება დაგროვილი დავალიანება. სესხის დაფარვის აუცილებლობა და პროცენტი ზღუდავს მთავრობის შესაძლებლობას, გაზარდოს ხარჯები ჯანმრთელობაზე ან სხვა სექტორებზე. ამიტომ სახელმწიფო სესხი მშპ – სთან მიმართებაში მნიშვნელოვანი ინდიკატორია და მისი გათვალისწინება აუცილებელია. საერთაშორისო სავალუტო ფონდის რეკომენდაციით, მშპ-თან მიმართებაში "გონივრული" დავალიანება არის 60% მაღალი შემოსავლის ან განვითარებული ქვეყნებისათვის და 40% დაბალი და საშუალო და საშუალო შემოსავლის, ან განვითარებადი ქვეყნებისათვის.

საქართველოში, სახელმწიფო ვალის ფარდობამ მშპს-თან ისტორიულ ნიშნულს მიაღწია 2002 წელს 65%, 2003 წლიდან აგვისტოს ომამდე ვალის ხვედრითი წილი ორჯერ შემცირდა და 2008 წელს 27% შეადგინა. მსოფლიო კრიზისისა და ქვეყანაში რუსეთის აგრესიის შედეგად, ვალის ოდენობამ კვლავ დაიწყო ზრდა და 2019 წელს 42% გახდა. ახალი კორონავირუსით გამოწვეული პანდემიაზე საპასუხოდ მთავრობას კვლავ დასჭირდა საგარეო და საშინაო ვალის აღება და 2020 წელს ვალი 60%-დე გაიზარდა. 2021-2026 წლებში დაგეგმილია კლების პროგნოზი 54%-მდე (ნახატი 25)

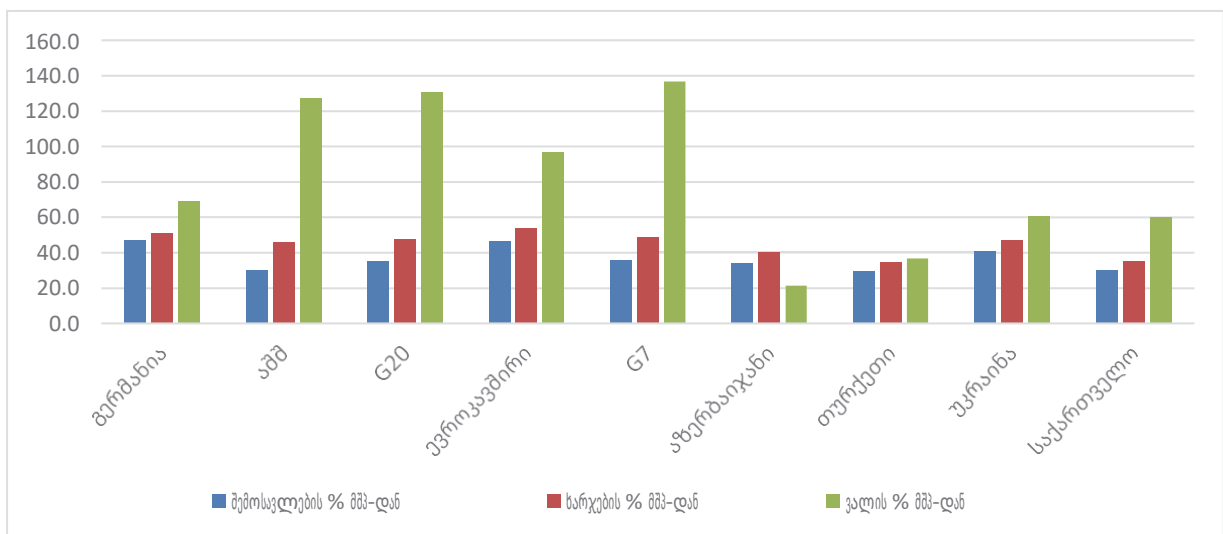
ნახატი 25: სახელმწიფოს ნაერთი ბიუჯეტის ხარჯების, შემოსავლებისა და ვალის ნაშთისპროცენტული ფარდობის დინამიკა მთლიან შიდა პროდუქტთან (%)



წყარო: (საქსტატი, 2020)

საინტერესოა, ნახატი 26-ზე ასახული ტენდენციები. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებად ბაზრებზე, ან საშუალო შემოსავლების მქონედ კლასიფიცირებულ ქვეყნებში მოქმედებს საერთაშორისო სავალუტო ფონდის სახელმძღვანელო პრინციპები, მშპ-ის დონის დავალიანება "მოწინავე ეკონომიკაში" ბევრად აღემატება სავალუტო ფონდის "გონივრულ" დონეს (137% - G7; 127% - აშშ).

ნახატი 26: სახელმწიფო შემოსავლების, ხარჯების და ვალის წილი მშპ-დან (%), 2020



წყარო: (საერთაშორისო სავალუტო ფონდი / IMF, 2021)

შეჯამება: 1995-2021 წლებში ქვეყნის მთლიანი შიდას პროდუქტი განუზრვლად იზრდება. 2015 წლიდან ქვეყანა უკვე წარმოადგენს საშუალოზე უფრო მაღალი განვითარების ქვეყნების ჯგუფს მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციით.

მშპ-დან სახელმწიფო შემოსავლების ხვედრითი წილი 2010 წლიდან სტაგნაციას განიცდის და 25-27%-ის შუალედში მერყეობს, ქვეყნის სახელმწიფო ხარჯების წილი მშპ-დან საკმაოდ მაღალია საბიუჯეტო შემოსავლებზე. პარალელურად იზრდება ქვეყნის ვალის პროცენტული მაჩვენებელი მშპ-თან მიმართებაში (2021 – 64%), რაც ქვეყანას ეკონომიკური კრიზისებისადმი მოწყვლადს ხდის და სათუოს ხდის სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესების მიმართულებით დაგეგმილი ღონისძიებების განხორციელებას.

4.2. ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები

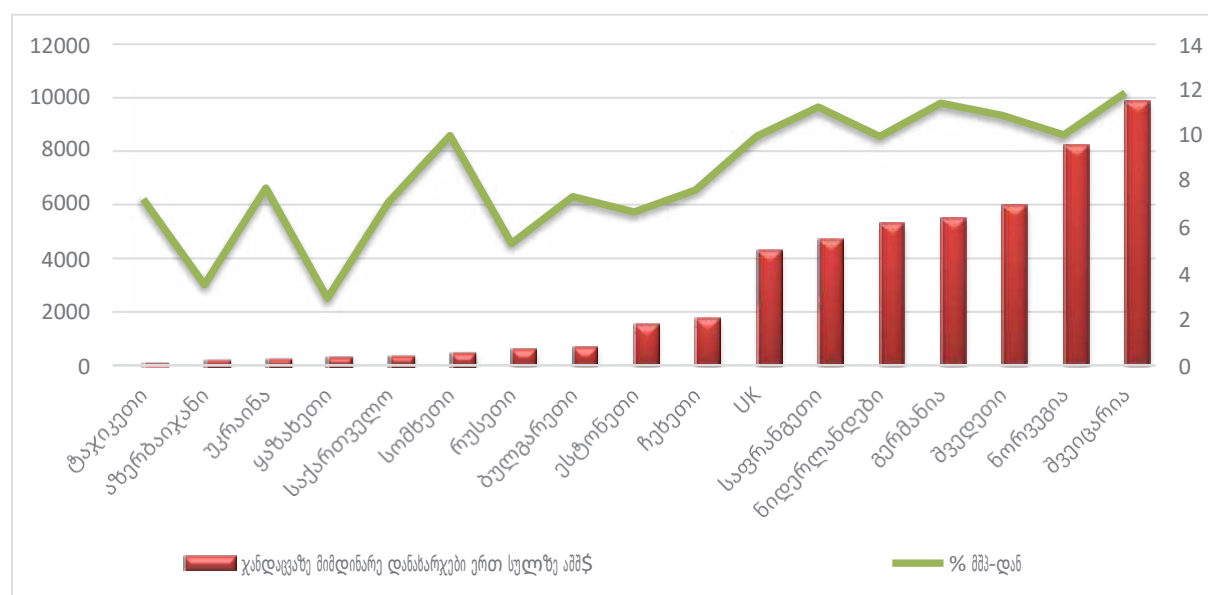
ქვეთავში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ეკონომიკურ ასპექტებს, რა თანხები იხარჯება საქართველოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის და რამდენად ადექვატურია ის მოსახლეობის მოთხოვნებთან, როგორ ხდება ფინანსური ტვირთის განაწილება სახელმწიფო და კერძო სექტორის შორის.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების მონაცემები ეყრდნობა ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემას, რომელიც საქართველოში 2003 წლიდან იწარმოება.

ჯანმრთელობა მეტად ძვირადღირებული სიამოვნებაა, “ჯანდაცვის ინდუსტრია” არის ეკონომიკის ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ვექტორი მსოფლიოში და შეადგენს მსოფლიოს გლობალური პროდუქტის დაახლოებით 10%-ს, რაც 2018 წლისთვის დაახლოებით 9.8 ტრილიონი აშშ დოლარია (მსოფლიო ბანკი, 2018).

საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ყოველწლიურად ზომიერად იზრდება, რაც სამედიცინო მომსახურეობაზე მოთხოვნის მატებასა და გადახდისუნარიანობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. მისი ხვედრითი წილი მშპ-სთან მიმართებაში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის. საკუთარი ეკონომიკიდან საქართველო ჯანდაცვაზე ხარჯავს თითქმის იმდენივეს (8-9%), რამდენსაც ევროპის მდიდარი ქვეყნები (ჯანმო/WHO, 2020) (ნახატი 27).

ნახატი 27: ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯები ერთ სულზე და მშპ, 2018



წყარო: <https://apps.who.int/nha/database>

ჯანდაცვაზე გაწეული სახელმწიფო დანახარჯების ეფექტიანობაზე მნიშვნელოვანწილადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურებაზე გარანტირებული და თანასწორუფლებიანი ხელმისაწვდომობა და პაციენტის კმაყოფილების ზრდა.

1995 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ჯერ კიდევ მუშაობდა საბჭოთა სემაშკოს მოდელი, რომელიც ცენტრალიზებული მართვის სისტემით, სექტორის სახელმწიფო ფლობითა და სახელმწიფო შემოსავლებით სრული დაფინანსებით ხასიათდებოდა. 1990 წლიდან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარაჯი ერთ სულ მოსახლეზე 135 აშშ დოლარის ეკვივალენტიდან 1993-94 წლებში 45-80 ცენტამდე შემცირდა, რასაც შედეგად მოჰყვა სამედიცინო მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდების სწრაფი ზრდა (გამყრელიძე, 2002).

1995-2002 წლებში ჯანდაცვის რეფორმას საფუძვლად დაედო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა სავალდებულო დაზღვევის სისტემის შემოტანით. 2007-2012 წლებში გატარებული რეფორმის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების რაციონალიზაციის მიზნით წინასწარი გადახდის პრაქტიკის დამკვიდრება, ნაცვლად ჯიბიდან წარმოებული გადახდებისა. 2013 წლიდან ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ ჯანმრთელობის

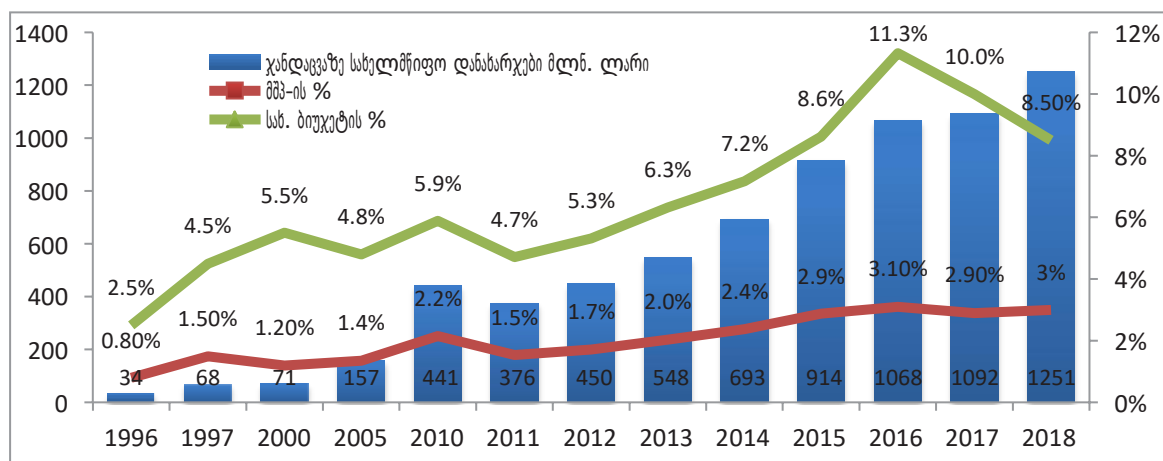
პოლიტიკას და ყველა მოქალაქისთვის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას.

1995-2003 წლებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მოცულობა თითქმის გასამმაგდა და 34 მლნ ლარიდან - 101 მლნ. ლარი შეადგინა. 2007 წლიდან რეფორმის ახალი ტალღის პარალელურად, დაიწყო სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი თანხების თანდათანობით ზრდა (2007 წ. 203 მლნ. ლარი და 2012 წ. 450 მლნ. ლარი). თუმცა, 2011 წელი წარმოადგენდა გამონაკლისს, როდესაც 15%-ით შემცირდა სახელმწიფო ხარჯი. 2013 წლიდან, საყოველთაო კეთილდღეობაზე ორიენტირებული პოლიტიკის დეკლარირებამ რეალური ასახვა ჯანდაცვის ჰპოვა სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო ზრდაში (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2018 წ. 1251 მლნ ლარი) (ნახატი 28).

ქვეყნის ფისკალური მდგომარეობის და საზოგადოების კეთილდღეობის საუკეთესო საზომია სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-სთან მიმართებაში. 2007-2012 წლებში მშპ-დან ჯანდაცვაზე ნახარჯების წილს ფლუქტუაცია ახასიათებდა. თუმცა, მთლიანობაში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა (2007 – 1.2%; ხოლო 2012 წ. 1.7%). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 2009 წელს მშპ-ის უარყოფითი ზრდის ტემპს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილის 2.2%-მდე ზრდა მოყვა, რაც 2010 წელსაც შენარჩუნდა (ნახატი 28).

2013-2016 წლებში 2%-დან 3%-მდე გაიზარდა ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სახელმწიფო ხარჯების წილი მშპ-დან, და 5.3%-დან 9%-მდე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, რითაც საქართველო კიდევ უფრო დაუახლოვდა ევროპულ ნორმებს (ნახატი 28).

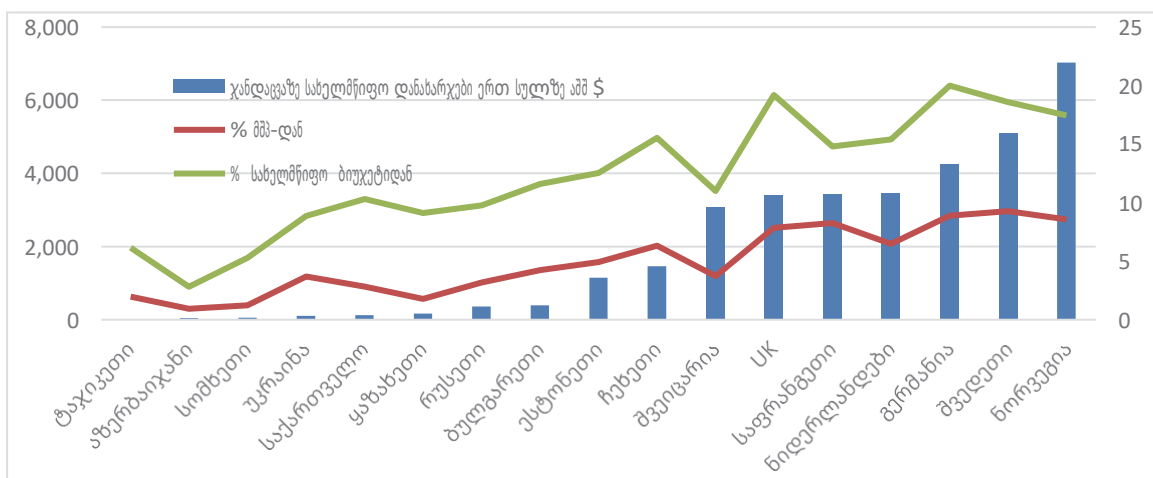
ნახატი 28: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები



წყარო: (სშჯსდს, 2020)

ბოლო ხუთ წელიწადში სახელმწიფო ასიგნებების მნიშვნელოვანი ზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან შედარებით დაბალია საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით. ანალოგიური შემოსავლების ქვეყნებთან შედარებით, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები საკმაოდ მაღალია, ხოლო ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები - საშუალოზე დაბალი (ნახატი 29).

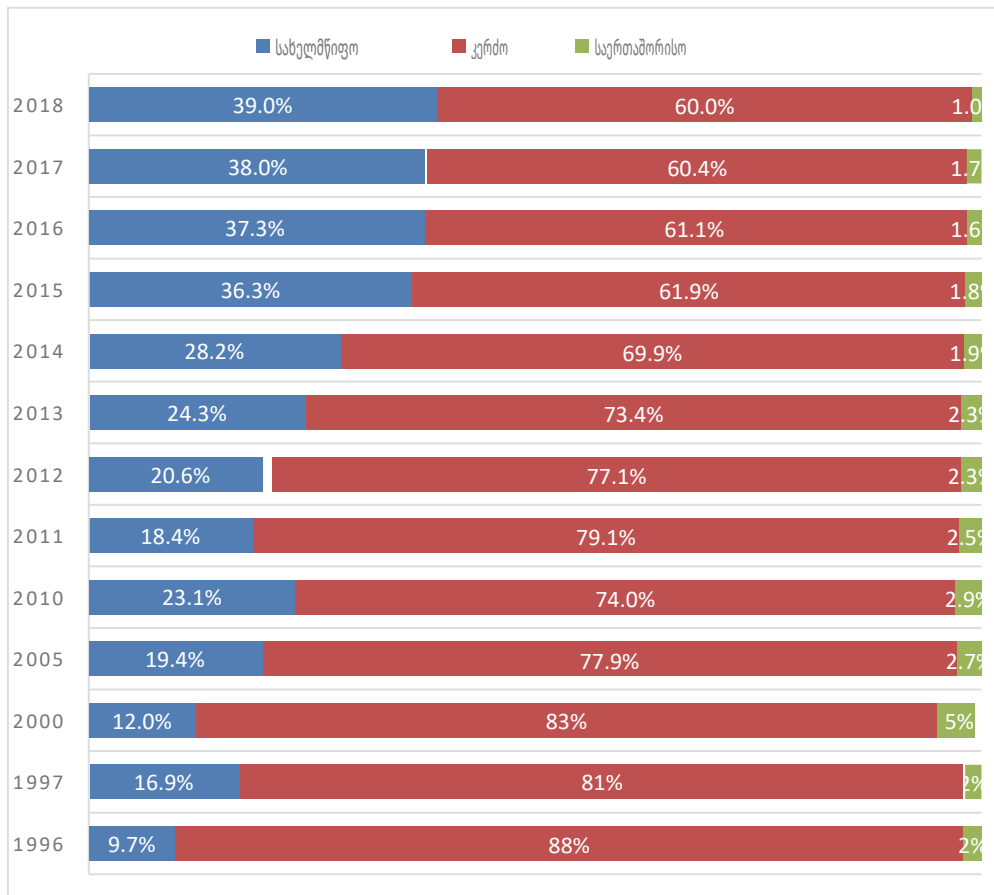
ნახატი 29: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულზე და ხვედრითი წილი მშპ-დან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, 2018



წყარო: <https://apps.who.int/nha/database>

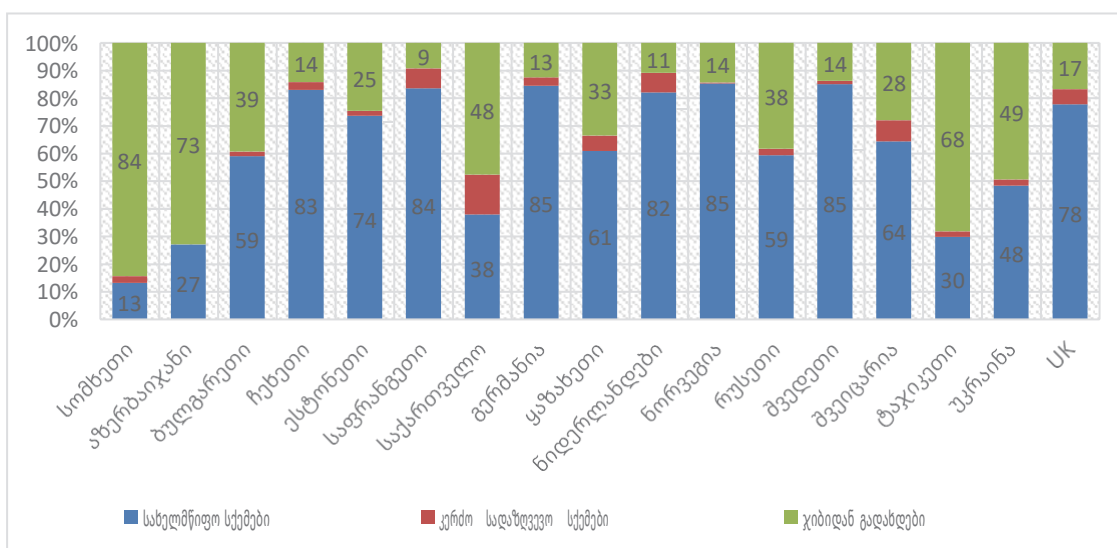
აბსოლუტურ ციფრებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მატების პარალელურად, იზრდება მისი ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში (ნახატი 30), თუმცა კვლავ დაბალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით (ნახატი 31).

ნახატი 30: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა, საქართველო



წყარო: (სშჯსდს, 2020)

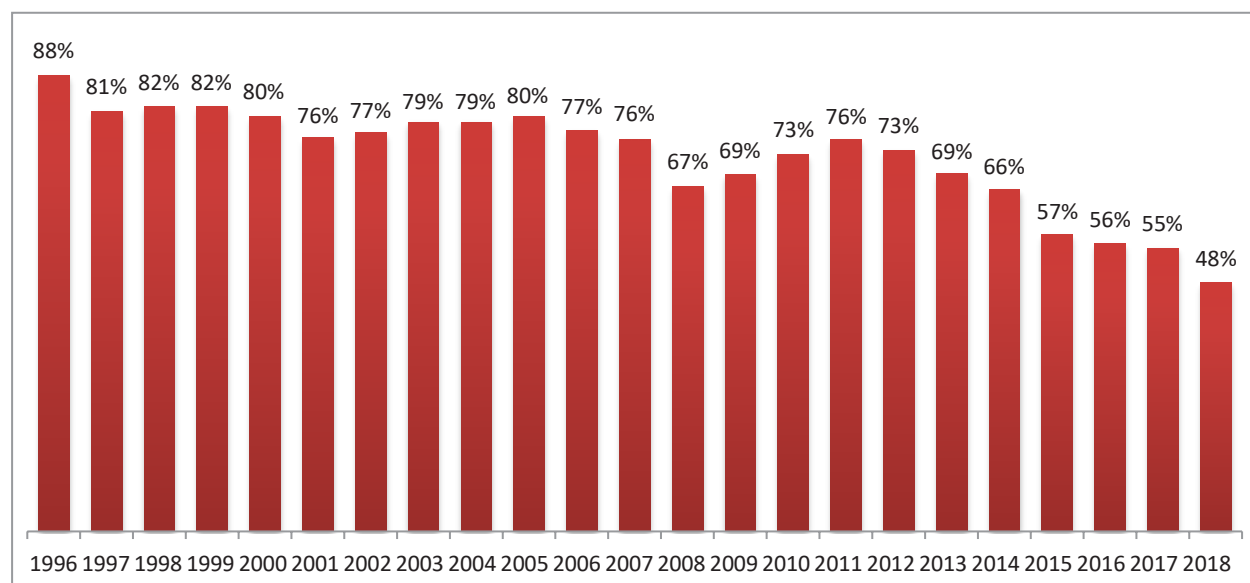
ნახატი 31: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, 2018



წყარო: <https://apps.who.int/nha/database>

ჯიბიდან გადახდების ხვედრითი წილი 1996-2012 წლებში პრაქტიკულად არ იცვლებოდა და ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში მერყეობდა. მისი მნიშვნელოვანი კლება აღნიშნებოდა 2013-2018 წლებში. აღნიშნული ქვეყანაში სახელმწიფო დაფინანსების მკვეთრი მატებით, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდით და როგორც ამბულატორიული ისე სტაციონარული სერვისების უტილიზაციის მნიშვნელოვანი მატებითაა განპირობებული (ნახტი 32).

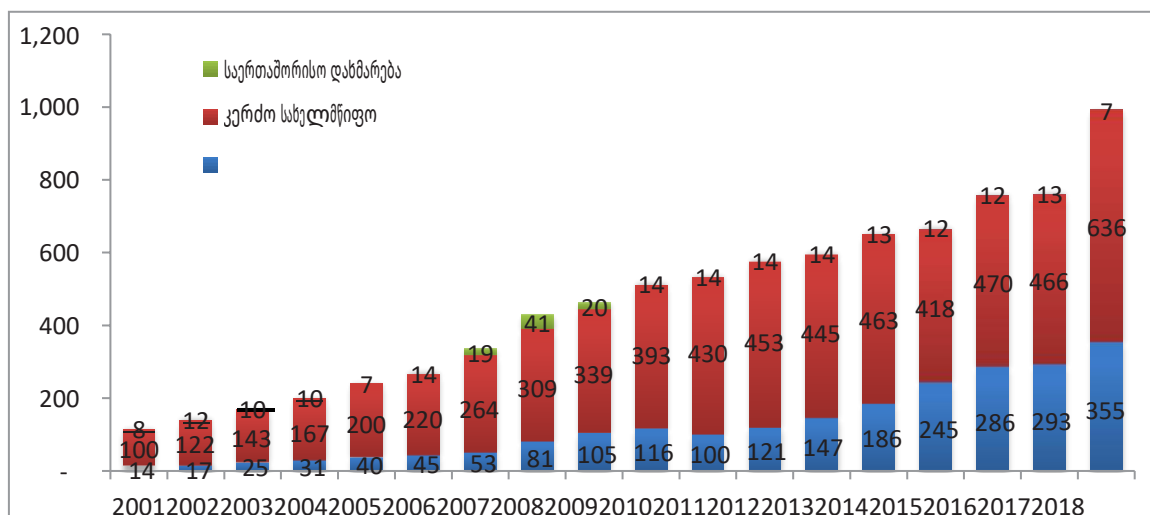
ნახტი 32: ჯიბიდან გადახდების წილი (%) ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან, საქართველო



წყარო: სშჯსდს, (2020)

ერთ სულზე გადაანგარიშებით, 2014-2018 წლებში მკვეთრად გაიზარდა ჯანდაცვაზე დანახარჯები, რაც ერთის მხრივ საყოველთაო აღწერის მიხედვით მოსახლეობის მნიშვნელოვანი შემცირებით და მეორეს მხრივ, ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დაფინანსების მატებით უნდა აიხსნას. 2002-2013 წლებისთვის აღნიშნული ინდიკატორის ხელახალი გადაანგარიშება მოხდება საქსტატის მიერ მოსახლეობის რაოდენობის დაზუსტების შემდეგ (ნახტი 33).

ნახტი 33: ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)



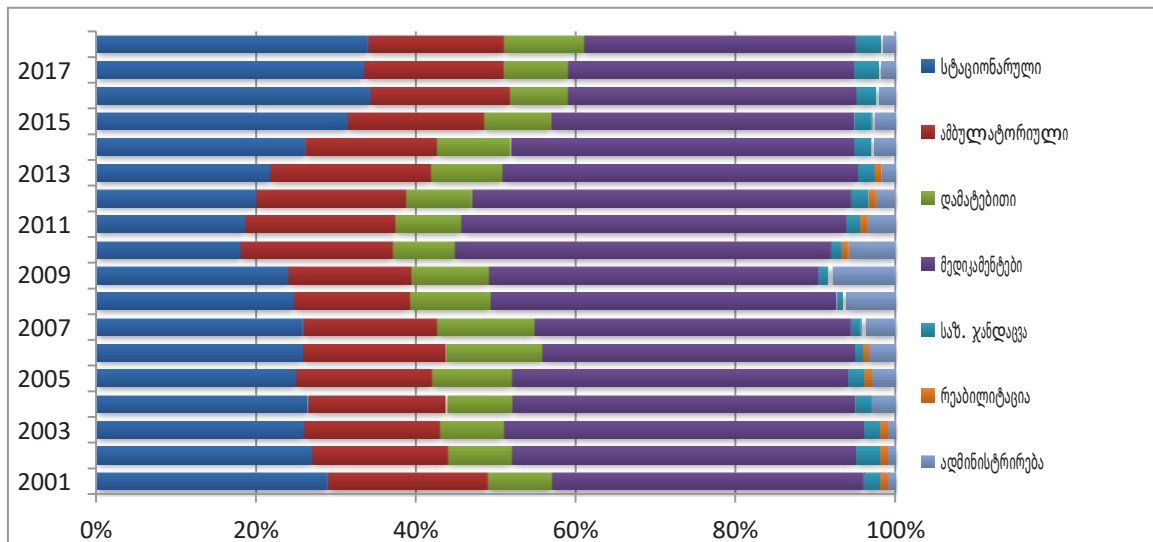
წყარო: სმჯსდს, (2020)

2007-2015 წლებში ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსებასთან შედარებით, კვლავ დაბალია ამბულატორიულ და პრევენციულ სერვისებზე დანახარჯები. სამკურნალო საშუალებებზე დანახარჯების მთავარ წყაროს ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენს (ნახტი 34). ევროპის რეგიონის განვითარებულ ქვეყნებში სტაციონარის და ამბულატორის ხვედრითი წილი ჯანდაცვის ხარჯებში თითქმის თანაბარია (ნახტი 35), რაც დაავადებების მართვისა და პრევენციის პრიორიტეტულობაზე მიუთითებს ამ ქვეყნებში, ნაცვლად მკურნალობისა.

მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებისა, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების ხარჯები 2013-2015 წლებში მთლიანი ადმინისტრაციული ხარჯების 7%-ს არ აღემატება და 5 მლნ. ლარს შეადგენს, მაშინ როდესაც ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირებაზე კერძო სადაზღვევო კომპანიები 20-23 მლნ ლარს ხარჯავდნენ 2008-2012 წლებში. აღნიშნული ზუსტად ასახავს მულტიშემსყიდველებიდან (კერძო სადაზღვევო კომპანიები) ერთი შემსყიდველის ჩანაცვლების უპირატესობას.

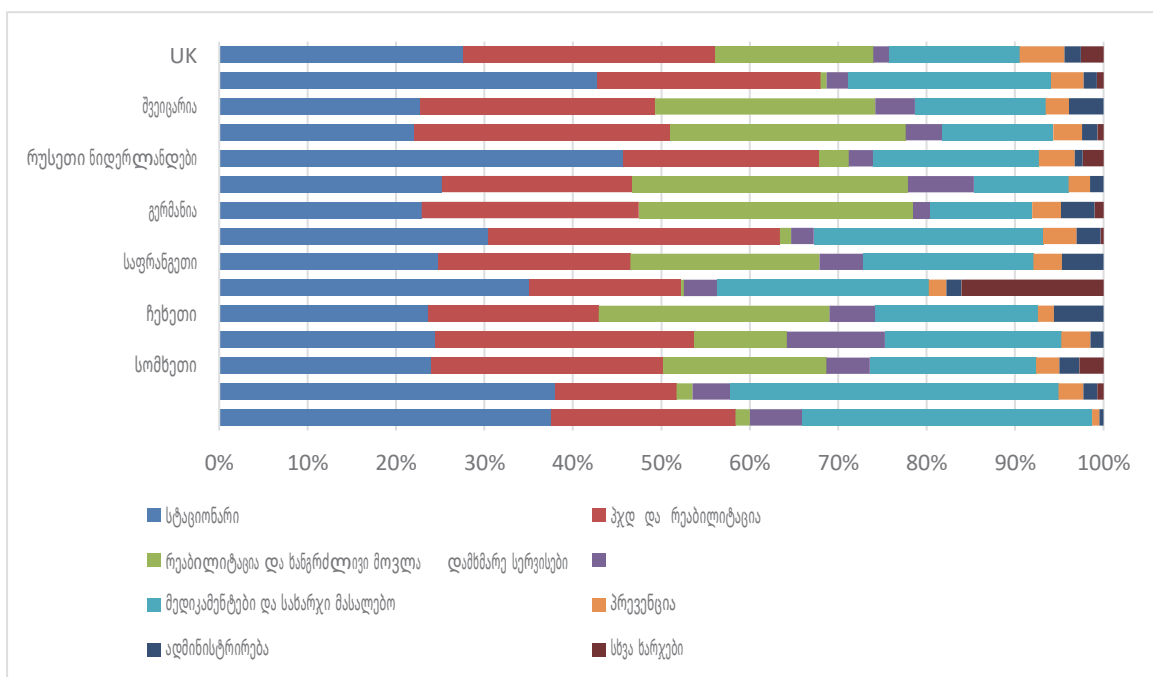
2013 წლამდე საქართველოში ჯანდაცვის ადმინისტრირებაზე დანახარჯები მაღალი იყო OECD-ის წევრი ქვეყნების უმეტესობაზე, მათ შორის შვეიცარიის ადმინისტრაციულ ხარჯზე, რომელსაც ასევე აქვს ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული სისტემა.

ნახტი 34: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით



წყარო: (სშჯსდს, 2020)

ნახატი 35: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, 2018



წყარო: <https://apps.who.int/nha/database>

შეჯამებისთვის, მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ჯანდაცვის ნებისმიერი სისტემის პირობებში შესაძლებელია არსებული რესურსით მეტი შედეგის მიღწევა. ამისათვის აუცილებელია:

1. დამატებითი სახელმწიფო ინვესტიციები ჯანდაცვის სფეროში (ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილის ზრდა მშპ-სთან და სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში)
2. ხარჯთეფექტურ ამბულატორიულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა უკეთესი ჯანმრთელობის, კეთილდღეობისა და ცხოვრების ხარისხისთვის
3. პირველადი ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის საჭიროების გაზრდა და მეტი ძალისხმევის მიმართვა პრევენციულ სერვისებზე
4. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ახალ პრინციპებზე გადასვლა, როგორცაა სელექტიური კონტარქტირება, აქტიური შესყიდვა, შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება და ა.შ

თავი 5. ფინანსური დაცვა და სამართლიანობა დაფინანსებაში, სერვისების მოხმარებასა და რესურსების გამოყენებაში

ფინანსური დაცვის და სამართლიანობის შეფასებისთვის გამოიყენება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მეთოდოლოგია, რომელიც ქვეყანაში პრაქტიკულად არ იზომება და ნაშრომის ავტორის მიერ მოხდა მისი შეფასება. ფინანსური დაცვა იზომება ორი ძირითადი ინდიკატორის გამოყენებით: კატასტროფული და გამაღატაკებელი ჯიბიდან გადახდები.

კვლევაში გაანალიზებულია 2010 წლიდან 2019 წლამდე საქართველოს შინამეურნეობების შემოსავლებისა და დანახარჯების გამოკვლევის კვარტალური მიკრო მონაცემები. ეს კვლევები საქსტატის მიერ 1996 წლიდან ხორციელდება და წარმოადგენს ეროვნული მასშტაბით წარმომადგენლობით კვლევებს.

5.1. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა (*satisfaction*)

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ფინანსური ბარიერების არსებობა ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემაა, რომელიც უარყოფითად ისახება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე და, ხშირ შემთხვევაში, არ აძლევს მოსახლეობას საშუალებას, სათანადო მომსახურების მისაღებად მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებებს.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, საქართველომ აირჩია საკუთარი გზა ამ მიზნის რეალიზაციისათვის, რომელიც 1995-2002 - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის; 2007-2012 წლებში მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის შეძენით, ხოლო 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით არის გამოხატული.

შეფასება, თუ რამდენად წარმატებულია მთავრობის მიერ გატარებული პოლიტიკა შინამეურნეობებისათვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ტვირთის შემსუბუქების მიმართულებით, შესაძლებელია გაიზომოს მსოფლიო ბანკისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული „ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და დანახარჯების კვლევების“ (HUES) შედეგად.

მიუხედავად იმისა, რომ 2007-2012 წლებში ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევით მოცვა არსებითად გაიზარდა, მაინც უმნიშვნელო ცვლილებები აღინიშნებოდა

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით მთელი მოსახლეობისათვის, თუმცა არსებითი გაუმჯობესება აღინიშნება 2013 წლიდან.

კვლევის შედეგებით, 2007 წელს დაავადების მწვავე შემთხვევების (გამოკითხვის წინა 30 დღის განმავლობაში) დროს გამოკითხულთა დაახლოებით 15% ვერ იტარებდა სამედიცინო კონსულტაციას მათი სიმძვირის გამო, 2010 წელს მაჩვენებელი უმნიშვნელოდ გაიზარდა და 16% გახდა. სერვისების საყოველთაოობამ 2014 წელს 10%-მდე, ხოლო 2017 წელს უკვე 6.8%-მდე შეამცირა ასეთი მოსახლეობის წილი (მსოფლიო ბანკი, 2017)..

იმ ადამიანთა წილი, რომელთაც ესაჭიროებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ არ იყვნენ ჰოსპიტალიზებული ფინანსური მიზეზებით, 2007 წელს - 4%-დან შემცირდა 2.6%-მდე - 2010 წელს, ხოლო 0.7%-მდე - 2017 წელს (მსოფლიო ბანკი, 2017)..

კვლევების მონაცემები აჩვენებს, რეფორმების ორივე ტალღას მნიშვნელოვანი ეფექტი არ ჰქონია მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის თვალსაზრისით. კვლევა აჩვენებს, რომ გამოკითხულთა მნიშვნელოვან რაოდენობას არ შეუძლია თავს უფლება მისცეს შეიძინოს დანიშნული მედიკამენტები მათი სიმძვირის გამო. ასეთი მოსახლეობის ხვედრითმა წილმა 2007 წელს 11.4% შეადინა, 2010 წელს 2%-ით მოიმატა, ხოლო 2017 წელს კი 3.5%-ით შემცირდა (მსოფლიო ბანკი, 2017).

კვლევის შედეგების მიხედვით, საგრძნობი განსხვავება არსებობდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილს შორის. იმ პირთა პროცენტული წილი, რომლებმაც მიუთითეს, რომ სამედიცინო დახმარება მათთვის ფინანსურად ხელმიუწვდომელია, ვარირებდა დახმარების სახეობების მიხედვით, თუმცა საგრძნობლად შემცირებულია ორივე კვინტილში 2014 და 2017 წლების კვლევების მონაცემებით 2010 წელთან შედარებით (ცხრილი 6).

უღარიბეს კვინტილში მოსახლეობის პროცენტული წილი, ვისაც დაენიშნა მედიკამენტები და ვერ მოახერხა მათი შეძენა, ორჯერ და მეტად აღემატება უმდიდრეს კვინტილში ასეთი პირების პროცენტულ რაოდენობას. ამასთან, 2007-2010 წლებში 5%-ით გაიზარდა მოსახლეობის წილი უღარიბეს და 3%-ით უმდიდრეს კვინტილურ ჯგუფებში, რომელთაც დაენიშნათ მედიკამენტები, მაგრამ ვერ შეძლეს მათი შეძენა ფინანსური

ხელმიუწვდომლობის გამო; მაშინ, როდესაც 2014-2017 წლებში ეს მაჩვენებელი უღარიბეს კვინტილში 7%-ით, ხოლო უმდიდრეს კვინტილში 5%-ით შემცირდა (ცხრილი 6).

ცხრილი 6: ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველყოფის შეფასების რამდენიმე ინდიკატორი

ინდიკატორი	წელი	უღარიბესი კვინტილი	უმდიდრესი კვინტილი	სულ
მოსახლეობის %, როცა იყო ავად ბოლო 30 დღის განმავლობაში და ვერ მიიღო კონსულტაცია, ვინაიდან ეს იყო ძალიან ძვირი (% ყველა მიზეზებიდან)	2007	18.2	11.8	15.1
	2010	25.3	5.3	16.7
	2014	18.7	4.9	10.0
	2017	12.3	2.7	6.8
კონსულტაციების %, სადაც მოხდა მედიკამენტების დანიშვნა, მაგრამ ვერ მოხდა შეძენა, სიმპირის გამო(ბაზა: ყველა კონსულტაცია)	2007	15.7	7.2	11.4
	2010	21.7	10.3	13.1
	2014	18.6	5.6	10.2
	2017	15.2	5.5	9.6
კონსულტაციების %, სადაც მოხდა ლაბორატორიული კვლევების დანიშვნა, მაგრამ ვერ ჩატარდა სიმპირის გამო(ბაზა: ყველა კონსულტაცია)	2007	5	3.9	4.1
	2010	6.3	2.9	4.2
	2014	5.1	1.9	2.9
	2017	3.4	1.3	2.4
მოსახლეობის %, რომელთაც ესაჭიროებოდათ ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ ვერ იქნა ჰოსპიტალიზებული, ვინაიდან ეს იყო ძალიან ძვირი (ბაზა: სულ)	2007	4.6	3.5	4.0
	2010	3.4	2.6	2.6
	2014	1.4	1.2	1.2
	2017	0.7	0.5	0.7

WB&WHO (2017)

შეჯამება: საქართველოში მოცვის კომპლექსური სისტემაა, რომელსაც მნიშვნელოვანი ხარვეზები აქვს. 2013/2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შედეგად გაიზარდა სახელმწიფო დაფინანსების დაფარვა და მოსახლეობის ნახევრის ნაცვლად გავრცელდა თითქმის მთელ მოსახლეობაზე. ამ დიდი რეფორმის შედეგად, რომელსაც ახლდა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯვის ზრდა, შემცირდა ხელმისაწვდომობის ფინანსური ბარიერები და ხელი შეეწყო შინამეურნეობების ყველა კვინტილში ჯანდაცვის მომსახურების გამოყენების ზრდას, როგორც ურბანულ, ისე სოფლის დასახლებებში. 2017 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოცვიდან გამოირიცხა ყველაზე მაღალშემოსავლიანი შინამეურნეობები (მოსახლეობის დაახლოებით 1%), რომლებსაც აღარ ეკუთვნით სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის სერვისების დიდი ნაწილით სარგებლობის უფლება.

სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული შეღავათების პაკეტი - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტი - მოიცავს გადაუდებელ სერვისებს, ამბულატორიულ

სერვისებს, გეგმიურ ოპერაციას (აუცილებელი გამოკვლევებითა და დიაგნოსტიკით), სიმსივნის მკურნალობასა და მშობიარობას. შეღავათების პაკეტს ორი ძირითადი ხარვეზი აქვს: სტომატოლოგიური მომსახურება არ არის დაფარული საერთოდ და შეზღუდულია ამბულატორიული მედიკამენტების დაფარვა, 2017 და 2019 წელს განხორციელებული გაფართოების შემდეგაც კი.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებულ შეღავათებზე ვრცელდება თანაგადახდის კომპლექსური სისტემა, თანაგადახდა განსხვავდება ჯანდაცვის მომსახურების სახეობისა და ბენეფიციარის კატეგორიის მიხედვით. გეგმიური სტაციონარული სერვისებისათვის, თანაგადახდის უმეტესობა პროცენტის სახით არის განსაზღვრული, როდესაც მომხმარებელი იხდის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მაქსიმალური ტარიფის წილს და თუ სერვისის ფასი აღემატება მაქსიმალურ ტარიფს, პაციენტი იხდის სხვაობას (სხვაობის დარიცხვა). მართალია, სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფი პირები და ვეტერანები თავისუფლდებიან თანაგადახდისაგან ჯანდაცვის მომსახურების უმრავლესობის შემთხვევაში, ისინი არ თავისუფლდებიან სხვაობის დარიცხვისაგან და არ არსებობს ჯიბიდან გადახდისთვის ზედა ზღვარი.

ამბულატორიული მედიკამენტების შეზღუდული დაფარვის შედეგად, თანაგადახდის პოლიტიკის დიზაინში არსებული სისუსტეების და იმის გამო, რომ პროვაიდერებს უფლება აქვთ, დაარიცხონ პაციენტებს სხვაობა, ლატაკი შინამეურნეობებიც და ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებიც დგანან ჯიბიდან გადახდების რისკის წინაშე, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო სერვისებით სარგებლობისას. შესაბამისად, გასაგებია, თუ რატომ რჩება საქართველოში ღირებულება ჯანდაცვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების ძირითადი წარმმართველი, იმის მიუხედავად, რომ მოცვა ვრცელდება თითქმის მთელ მოსახლეობაზე. მოლოდინის დრო არ არის პრობლემა, ვინაიდან არ არსებობს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის სერვისების მოცულობის კონტროლის მექანიზმები.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის სისტემაში მცირეა, იგი მოიცავს მოსახლეობის მხოლოდ 9%-ს, ძირითადად თანამშრომლებს და მათ ოჯახებს, ჯგუფური დაფარვით - 2017 წელს კერძო დაზღვევის წილმა მიმდინარე დანახარჯების 6% შეადგინა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან 2017 წელს ყველაზე მაღალშემოსავლიანი

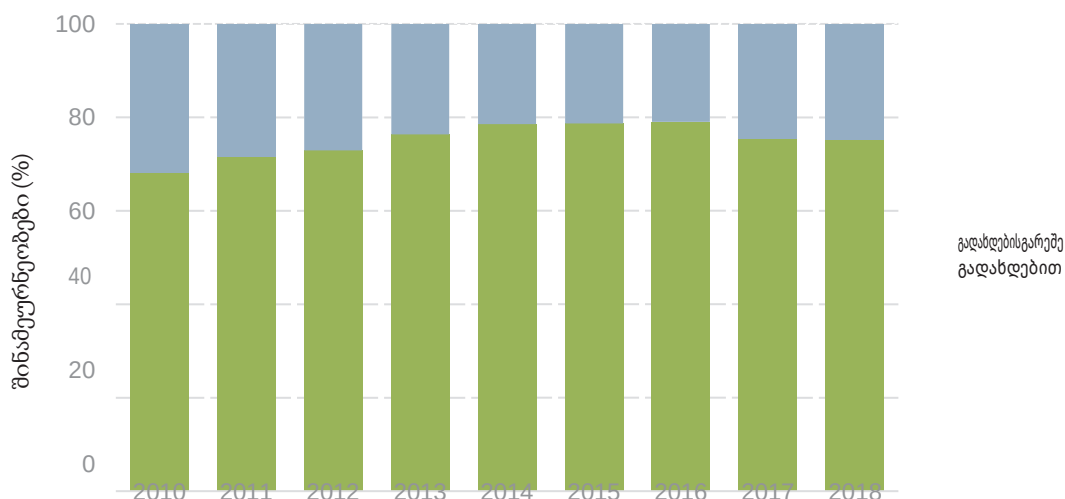
ადამიანების გამორიცხვამ არ გაზარდა კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის მაჩვენებელი.

5.2. ჯიბიდან გადახდები

ჯიბიდან გადახდა მოიცავს თანაგადახდას და თანადაფინანსებას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისთვის და ჯანდაცვის სხვა სახელმწიფო პროგრამებისთვის, ასევე პროვაიდერების მიერ გაწეული მომსახურებისთვის პირდაპირ გადახდებს, რომლებსაც სახელმწიფო არ ფარავს. მათში შედის ყველა ფორმალური და არაფორმალური გადასახადი.

შინამეურნეოების ჯიბიდან გადახდების წილი 2010 წელს არსებული 68%-იდან 2016 წელს 79%-მდე გაიზარდა და შემდეგ მცირედით, 75%-მდე შემცირდა 2017 და 2018 წლებში (ნახატი 36).

ნახატი 36: შინამეურნეოების წილი ჯიბიდან გადახდებით და მის გარეშე

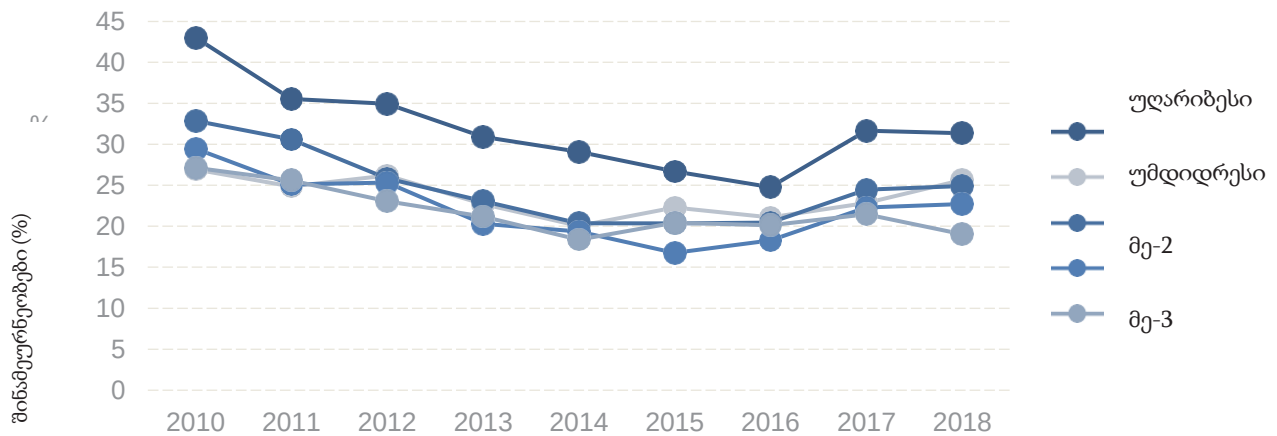


წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

2010-2018 წლებში ყველაზე ღარიბ კვინტილში წარმოდგენილი შინამეურნეოები ჯიბიდან გადახდების არსებობას არ მიუთითებდნენ (ნახატი 37). შინამეურნეოების შემოსავლების კვლევები, როგორც წესი, არ შეიცავენ შეკითხვებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის და ჯანმრთელობის თვალსაზრისით დაუკმაყოფილებელი საჭიროების შესახებ, ამიტომ შეუძლებელია იმის დადგენა, თუ რითია განპირობებული ჯანდაცვის სფეროში ჯიბიდან გადახდების ტენდენციებში ცვლილებები: ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროების ნაკლებობით თუ

ჯანმრთელობის ხარჯების საფასურისა და ჯანმრთელობის დაცვის ბარიერების არარსებობით. თუმცა, შინამეურნეობების წილის შემცირებას, რომლებიც არ აცხადებენ ჯიბიდან გადახდებს 2010-2016 წლებში, ჯანმრთელობის დაცვაზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროების შემცირების ფონზე, ყველა კვინტილში ჰქონდა ადგილი.

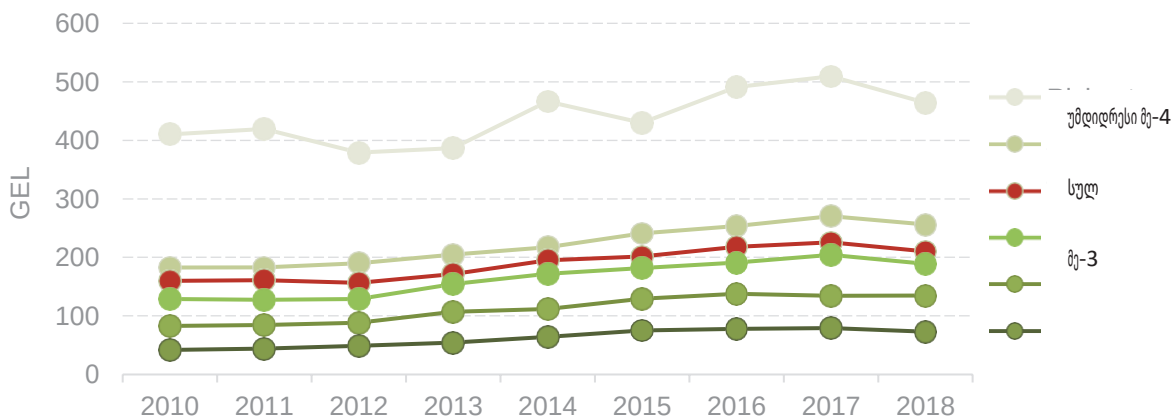
ნახატი 37: შინამეურნეობების წილი, რომლებიც არ აცხადებენ ჯიბიდან გადახდების არსებობას სერვისებით სარგებლობის კვინტილის მიხედვით



წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

საშუალოდ, ჯიბიდან გადახდა ყოველწლიურად ერთ სულ მოსახლეზე დაახლოებით 200 ლარს შეადგენდა 2018 წელს, და დახარჯულ მოცულობებში ყველაზე დიდი სხვაობა ყველაზე ღარიბ კვინტილში (73 ლარი) და ყველაზე მდიდარ კვინტილში (464 ლარი) გამოიკვეთა (ნახატი 38). ჯიბიდან გადახდები რეალურად 2010-დან 2011-მდე და 2013-დან 2017-მდე პერიოდებში გაიზარდა და ოდნავ შემცირდა 2012 და 2018 წლებში. ყველა კვინტილში ფიქსირდებოდა ჯიბიდან გადახდების ზრდა.

ნახატი 38: საშუალო წლიური ჯიბიდან დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე მოხმარების კვინტილის მიხედვით

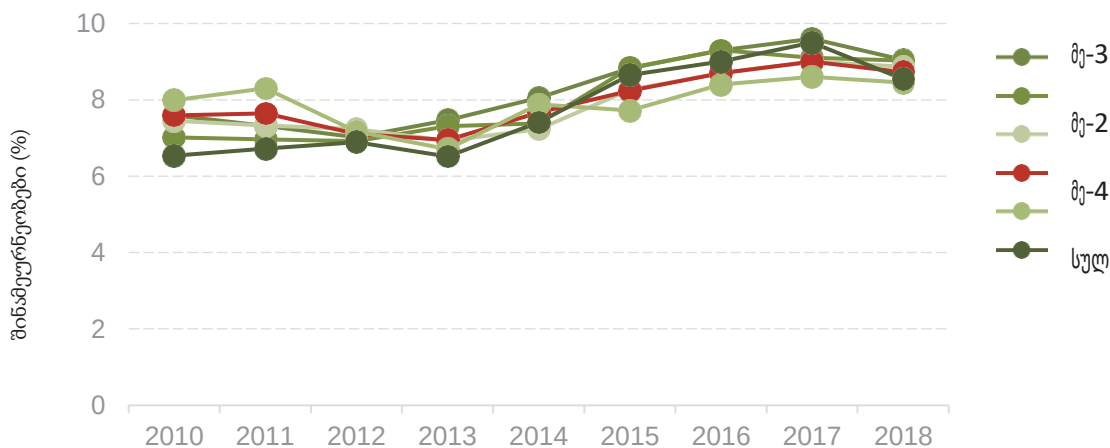


შენიშვნა: თანხები ნაჩვენებია ნომინალურ ფასებში.

წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

2018 წელს ჯიბიდან გადახდამ საშუალოდ შეადგინა შინამეურნეობების მთლიანი დანახარჯების თითქმის 9% (შინამეურნეობის ბიუჯეტი) (ნახტი 39). ეს თანაფარდობა მაღალია ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნებთან შედარებით (ჯანმო-ს რეგიონული ოფისი ევროპაში, 2019). შინამეურნეობების ბიუჯეტში ჯიბიდან გადახდების წილი 2011-2013 წლებში შემცირდა, და შემდეგ მკვეთრად გაიზარდა 2017 წლამდე. ყველა კვინტილის შინამეურნეობებმა განიცადეს ეს ზრდა. დროთა განმავლობაში, ჯიბიდან გადახდების წილი უფრო რეგრესული გახდა, რამაც შინამეურნეობების ბიუჯეტის ანალოგიური წილი შეადგინა ყველაზე მდიდარ და ღარიბ შინამეურნეობებში.

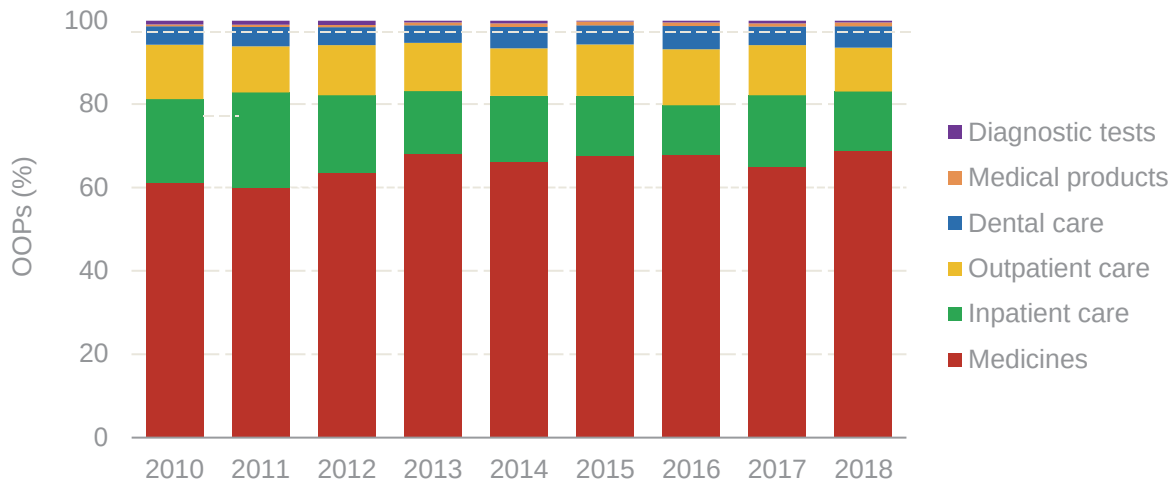
ნახტი 39: ჯანდაცვის მომსახურებისთვის ჯიბიდან გადახდები - შინამეურნეობის ბიუჯეტის წილი მოხმარების კვინტილის მიხედვით



წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

ჯიბიდან გადახდების ყველაზე დიდ წილს მუდმივად შეადგენს მედიკამენტების ხარჯები (69% 2018 წელს), რასაც მოჰყვება სტაციონარული მომსახურების (14%) და ამბულატორიული მომსახურების (11%) (ნახტი 40) ხარჯები. ჯანდაცვის სხვა მომსახურებაზე ხარჯების ძალიან მცირე წილი მოდის. მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების წილი დროთა განმავლობაში გაიზარდა, მაშინ როდესაც სტაციონარული მომსახურების წილი შემცირდა 2013 - 2016 წლებში, ხოლო 2017 წელს ისევ ზრდა დაფიქსირდა.

ნახტი 40: ჯიბიდან ჯამური ხარჯები ჯანდაცვის მომსახურების ტიპის მიხედვით

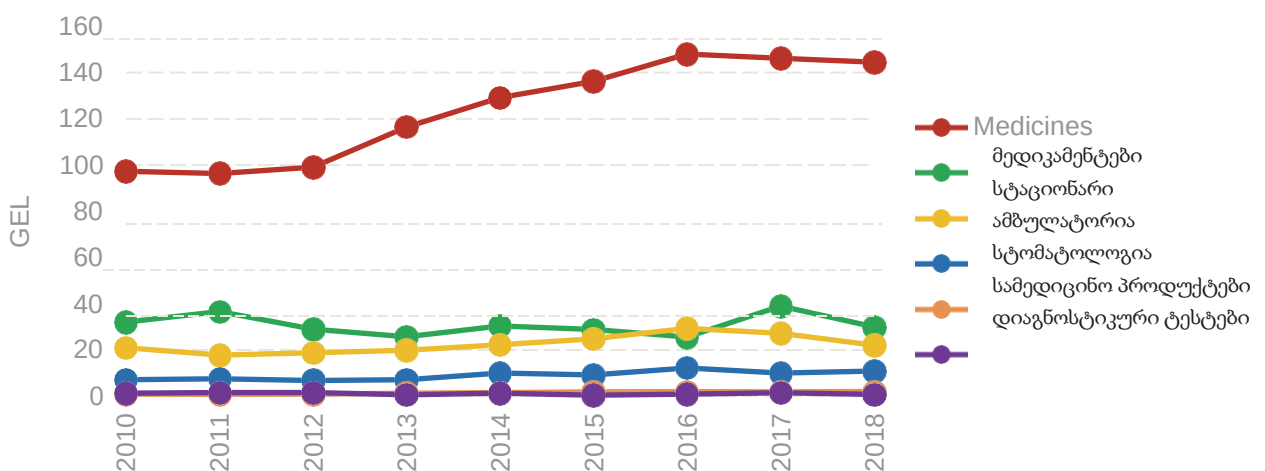


შენიშვნა: OOPs: ჯიბიდან გადახდები. დიაგნოსტიკური ტესტები მოიცავს სხვა დამხმარე სამედიცინო სერვისებს; სამედიცინო პროდუქტებში შედის არა სამკურნალო პროდუქტები და აღჭურვილობა.

წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

ნახატი 41-ზე ნაჩვენებია, რომ მედიკამენტების წილის ზრდა განპირობებული იყო 2012- 2016 წლებში მედიკამენტებზე ჯიბიდან გადახდების რეალურ პირობებში სწრაფი ზრდის ტემპით. ყველა კვინტილში ნაჩვენებია ჯიბიდან გადახდების სწრაფი ზრდა მედიკამენტებზე. ხარჯები ამბულატორიულ მომსახურებაზე და სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე ასევე შედარებით სწრაფად გაიზარდა, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები მერყეობდა, მაგრამ მთლიანობაში შემცირდა.

ნახატი 41: საშუალო წლიური ჯიბიდან დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის მომსახურების ტიპის მიხედვით



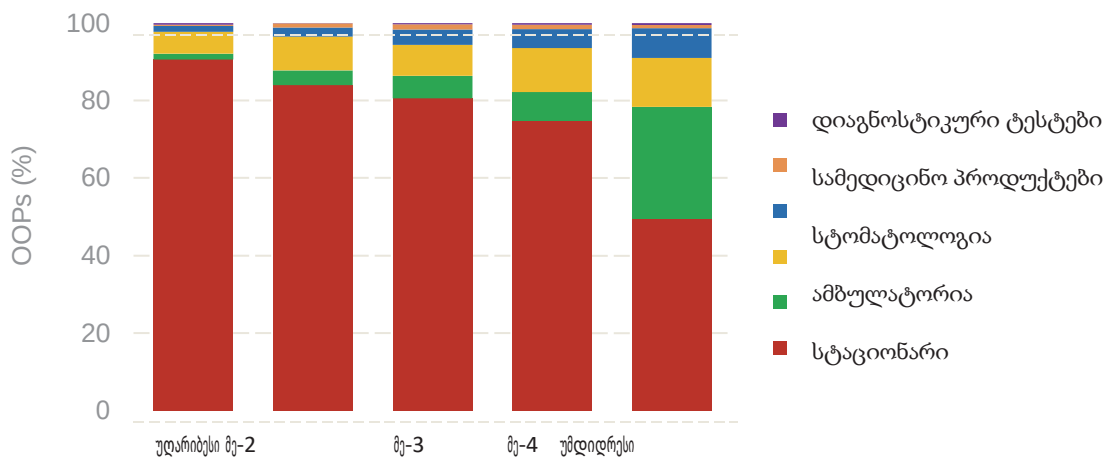
შენიშვნა: თანხები ნაჩვენებია ნომინალურ ფასებში.

წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

ჯიბიდან გადახდების განაწილება მომსახურების ტიპისა და კვინტილის მიხედვით 2018 წელს აჩვენებს, რომ ღარიბი შინამეურნეოები შედარებით მეტს ხარჯავდნენ მედიკამენტებზე და უფრო მდიდარი შინამეურნეოები შედარებით მეტს ხარჯავდნენ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებასა და სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე. 2018 წელს დაფიქსირებული ტენდენცია დროთა განმავლობაში უფრო თვალშისაცემი გახდა (

ნახატი 42).

ნახატი 42: ჯიბიდან დანახარჯების განაწილება ჯანდაცვის მომსახურების ტიპის დამოსარგებლეთა კვინტილების მიხედვით, 2018 წ



შენიშვნა: OOPs: ჯიბიდან გადახდები.

წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

5.3. არაფორმალური გადახდები

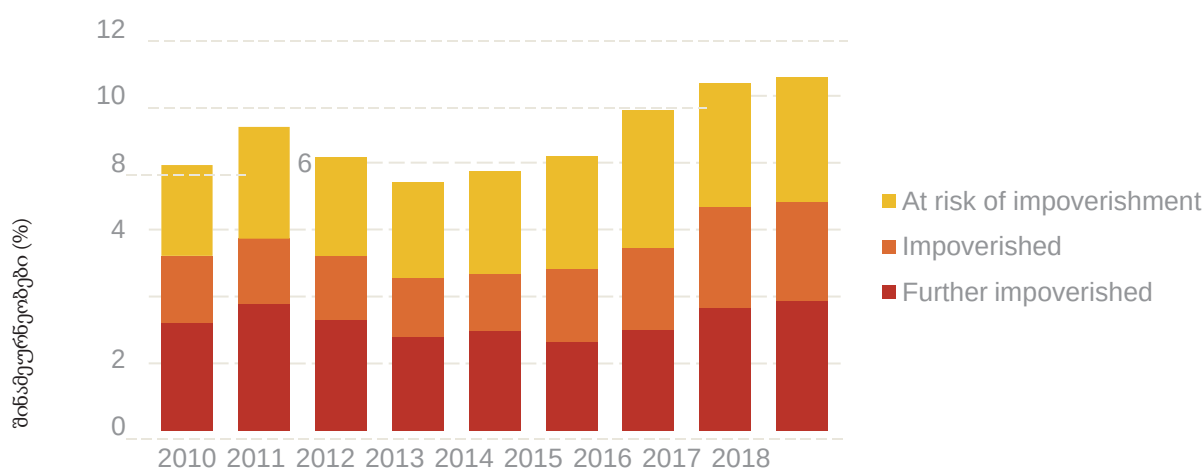
როგორც კვლევიდან ჩანს, საქართველოში არაფორმალური გადახდების შემთხვევები შემცირდა. კვლევის მონაცემების თანახმად, პაციენტთა წილი, რომლებმაც მიიღეს ქვითარი ჯანდაცვის მომსახურების ყველა გადახდაზე დროთა განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა და 2010 წელს არსებული 45%-დან 2014 წელს 76% შეადგინა (ჯანმო, მსოფლიო ბანკი, აშშ-ს საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, გამოუქვეყნებელი მონაცემები, 2016). 2016 წელს იმ პირთა წილი, ვინც განაცხადა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში არაოფიციალური გადასახადი აქვთ გადახდილი ან საჩუქარი შეთავაზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ჯანმრთელობის დაცვისთვის, საქართველოში შედარებით დაბალი იყო, ვიდრე ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის სხვა საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში (EBRD, 2016) .

5.4. ჯიბიდან გადახდები და გაღარიბების რისკი

ნახატი 43-ზე ნაჩვენებია ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გაწეული დანახარჯების შედეგად გაღარიბების საფრთხის წინაშე მყოფი შინამეურნეოების წილი. სიღარიბის ზღვარი ასახავს საქართველოს მოსახლეობის შედარებით ღარიბი ნაწილის ძირითად საყოფაცხოვრებო ხარჯებს (საკვები, იჯარა და კომუნალური გადახდები) (შინამეურნეოები მოხმარების განაწილების 25-ე და 35-ე პერცენტილებს შორის, შინამეურნეობის ზომისა და შემადგენლობის შესაბამისად). 2018 წელს ამ ძირითადი საჭიროებების დაკმაყოფილების ყოველთვიური ღირებულება (ძირითადი საჭიროებების ზღვარი) 227 ლარს შეადგენდა.

გაღარიბებული და შემდგომში გადატაკებული შინამეურნეოების წილი ჯიბიდან გადახდების შემდეგ 2011–2013 წლებში შემცირდა და 2015–2018 წლებში გაიზარდა, ხოლო 2018 წელს თითქმის 7%-ს მიაღწია (ნახატი 43). გაიზარდა გაღარიბების რისკის ქვეშ მყოფი შინამეურნეოების წილი.

ნახატი 43: ჯიბიდან გადახდების შემდეგ გაღარიბების რისკის ქვეშ მყოფი შინამეურნეოების წილი



შენიშვნა: შინამეურნეობა გაღარიბებულია, თუ ჯიბიდან გადახდების შემდეგ მისი მთლიანი ხარჯები ძირითადი საჭიროების ზღვარს ჩამოუვარდება (OOPs); გადატაკებულია, თუ მისი მთლიანი ხარჯები ძირითადი საჭიროებების ზღვარს ქვემოთ არის ჯიბიდან გადახდებამდე; და გაღარიბების რისკის ქვეშ იმყოფება, თუ მისი მთლიანი ხარჯვა ჯიბიდან გადახდების შემდეგ ძირითადი საჭიროებების ზღვარის 120%-იანი მაჩვენებლის ფარგლებშია.

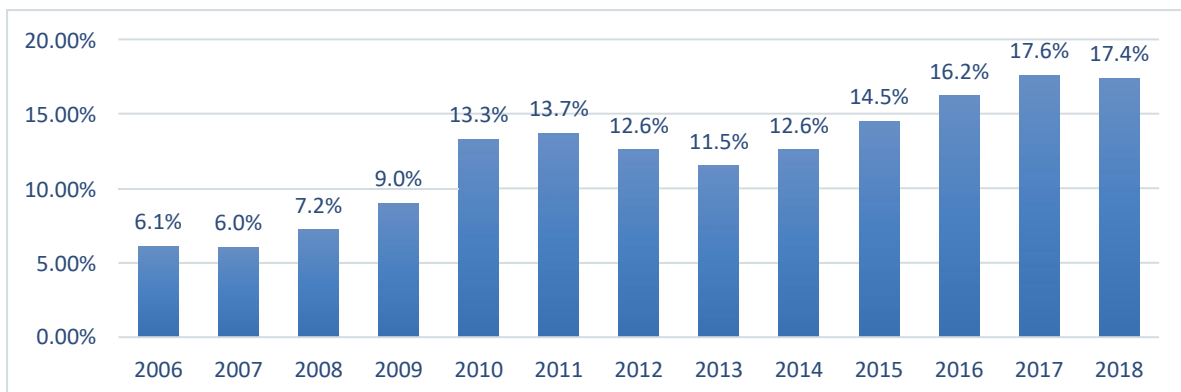
წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

5.5. კატასტროფული დანახარჯები

ჯიბიდან გაწეული კატასტროფული დანახარჯების მქონე შინამეურნეობები განისაზღვრება (ამ მიმოხილვაში), როგორც ის შინამეურნეობები, რომლებიც თავიანთი შემოსავლების 40%-ზე მეტს ჯანმრთელობის დაცვაზე ხარჯავენ. ეს მოიცავს იმ შინამეურნეობებს, რომლებიც ჯიბიდან გადახდის შემდეგ გაღარიბდნენ (რადგან მათ აღარ აქვთ გადახდის შესაძლებლობა) და გადატაკდნენ (რადგან მათ არ ჰქონდათ სამედიცინო მომსახურების საფასურის ჯიბიდან გადახდის შესაძლებლობა).

2018 წელს შინამეურნეობების 17%-ს მოუწია ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების გაწევა (ნახატი 44) კატასტროფული ხარჯების შემთხვევები 2012 და 2013 წლებში დაეცა და მოიმატა 2014 და 2017 წლებში.

ნახატი 44: შინამეურნეობების წილი, რომლებმაც ჯიბიდან კატასტროფული დანახარჯები გაწიეს

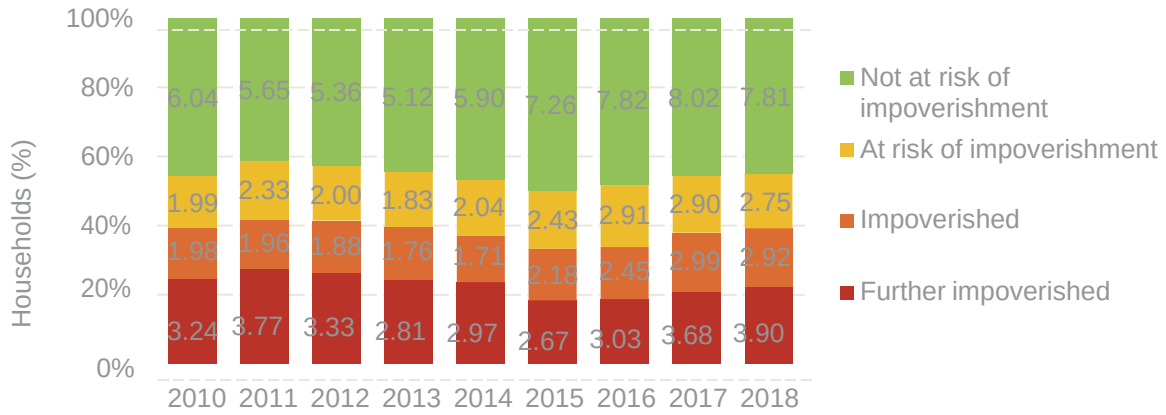


წყარო: გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021; რუხაძე & გოგინაშვილი, 2011

5.6. ვინ განიცდის ფინანსურ შეჭირვებას

კატასტროფული დანახარჯები კონცენტრირებულია შინამეურნეობებში, რომლებიც გაღარიბების რისკის ქვეშ იმყოფებიან, გაღარიბებულნი და ან გადატაკებული არიან ჯიბიდან გადახდების შემდეგ (ნახატი 45).

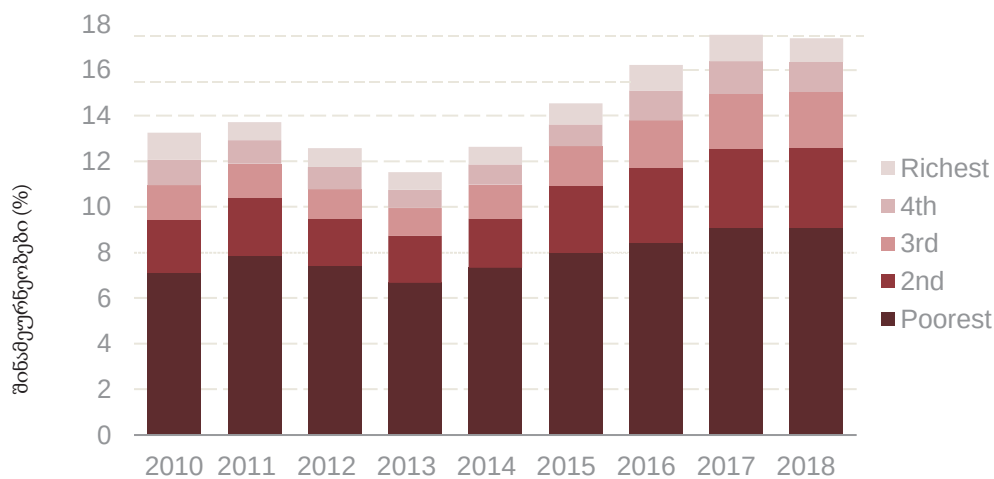
ნახატი 45: შინამეურნეობების წილი კატასტროფული დანახარჯებით გაღარიბების რისკის მიხედვით



წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

ჯიბიდან კატასტროფული გადახდების შემთხვევები კონცენტრირებულია ორ უღარიბეს კვინტილში (ნახატი 46). 2018 წელს ყველაზე ღარიბი კვინტილის შინამეურნეობების 45%-მა და მეორე კვინტილის შინამეურნეობების 17%-მა გაწია კატასტროფული დანახარჯები, უმდიდრესი კვინტილის (მონაცემები არ არის ნაჩვენები) მხოლოდ 5%-თან შედარებით. დროთა განმავლობაში კატასტროფული ხარჯების ზრდა ძირითადად განპირობებულია ინციდენტობის ზრდით ორ უღარიბეს კვინტილში.

ნახატი 46: შინამეურნეობების წილი კატასტროფული ხარჯებით, სამომხმარებლო კვინტილის მიხედვით

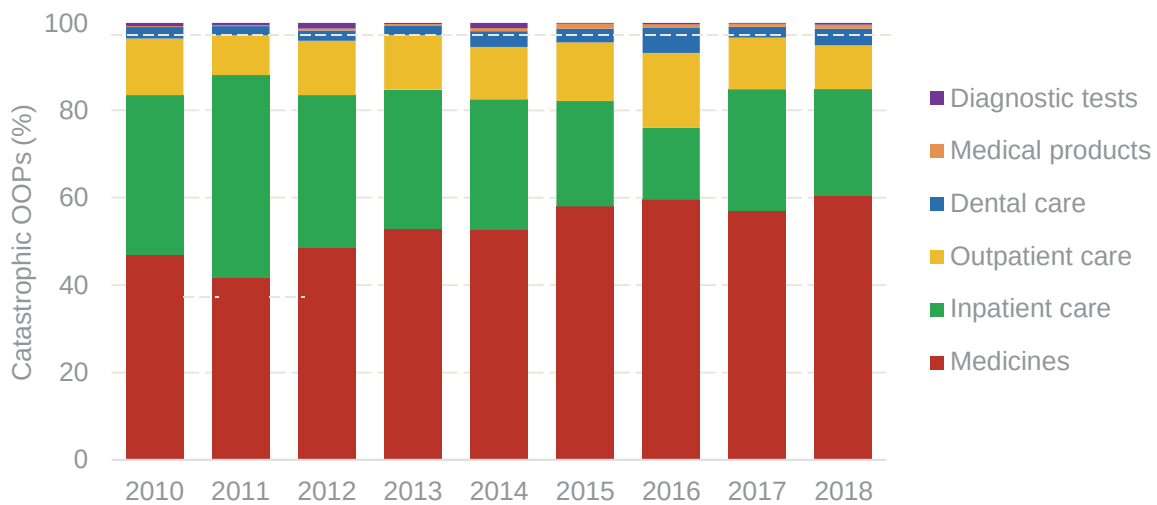


წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

5.7. რომელი მომსახურება იწვევს ფინანსურ შეჭირვებას?

სამუალოდ ყველა წლისთვის, გარდა 2011, მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები განაპირობებენ კატასტროფულ ხარჯებს, რასაც მოჰყვება სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურება (ნახატი 47). დროთა განმავლობაში, მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების წილი 2011 წელს 42%-დან 2018 წელს 61%-მდე გაიზარდა. სტაციონარული მომსახურების წილი კი შემცირდა 2011 წელს 46%-დან 2016 წელს 16%-მდე, ხოლო 2017 წელს გაიზარდა 28%-მდე.

ნახატი 47: კატასტროფული ხარჯების ანაზღაურება ჯანდაცვის ტიპის მიხედვით

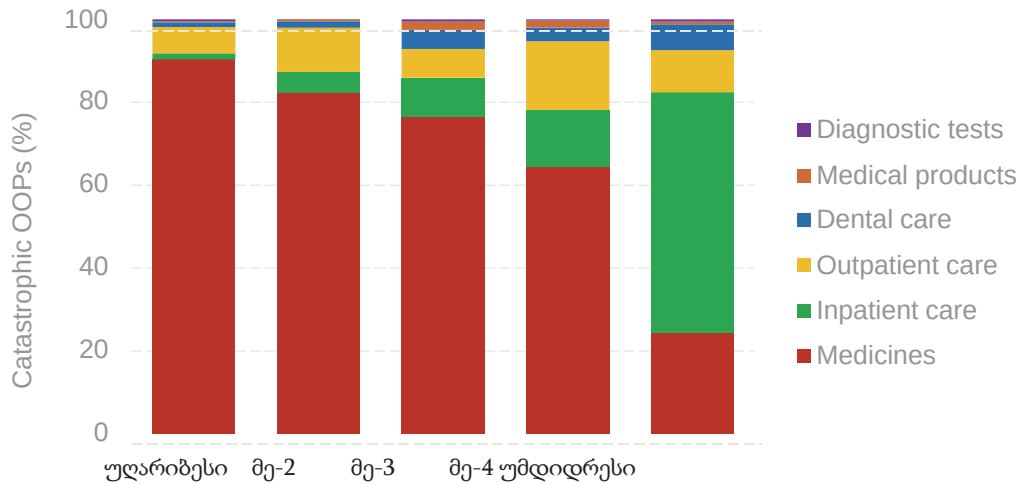


შენიშვნა: ჯიბიდან გადახდები. დიაგნოსტიკური ტესტები მოიცავს სხვა დამხმარე სამედიცინო სერვისებს; სამედიცინო პროდუქტებში შედის არასამკურნალო პროდუქტები და აღჭურვილობა.

წყარო: წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

კვინტილების ფარგლებში მედიკამენტები კატასტროფული ხარჯის მთავარი მამოძრავებელია ყველა შემთხვევაში, ყველაზე მდიდარი კვინტილის გარდა. შინამეურნეობის მოხმარების ზრდასთან ერთად მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების წილი მცირდება (ნახატი 48). კატასტროფული დანახარჯები უმდიდრეს კვინტილში ძირითადად განპირობებულია სტაციონარული მომსახურებით. სტაციონარულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილი იზრდება შინამეურნეობის მოხმარების ზრდასთან ერთად. ეს ტენდენცია შეინიშნება ყველა წლის განმავლობაში (დიაგრამა 21).

ნახატი 48: კატასტროფული ხარჯვა ჯანდაცვის მომსახურების ტიპისა და მოსარგებლეთა კვინტილების მიხედვით 2018 წელს



შენიშვნა: (OOPs) - ჯიბიდან გადახდები. დიაგნოსტიკური ტესტები მოიცავს სხვა დამხმარე სამედიცინო სერვისებს; სამედიცინო პროდუქტებში შედის არასამკურნალო პროდუქტები და აღჭურვილობა.

წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

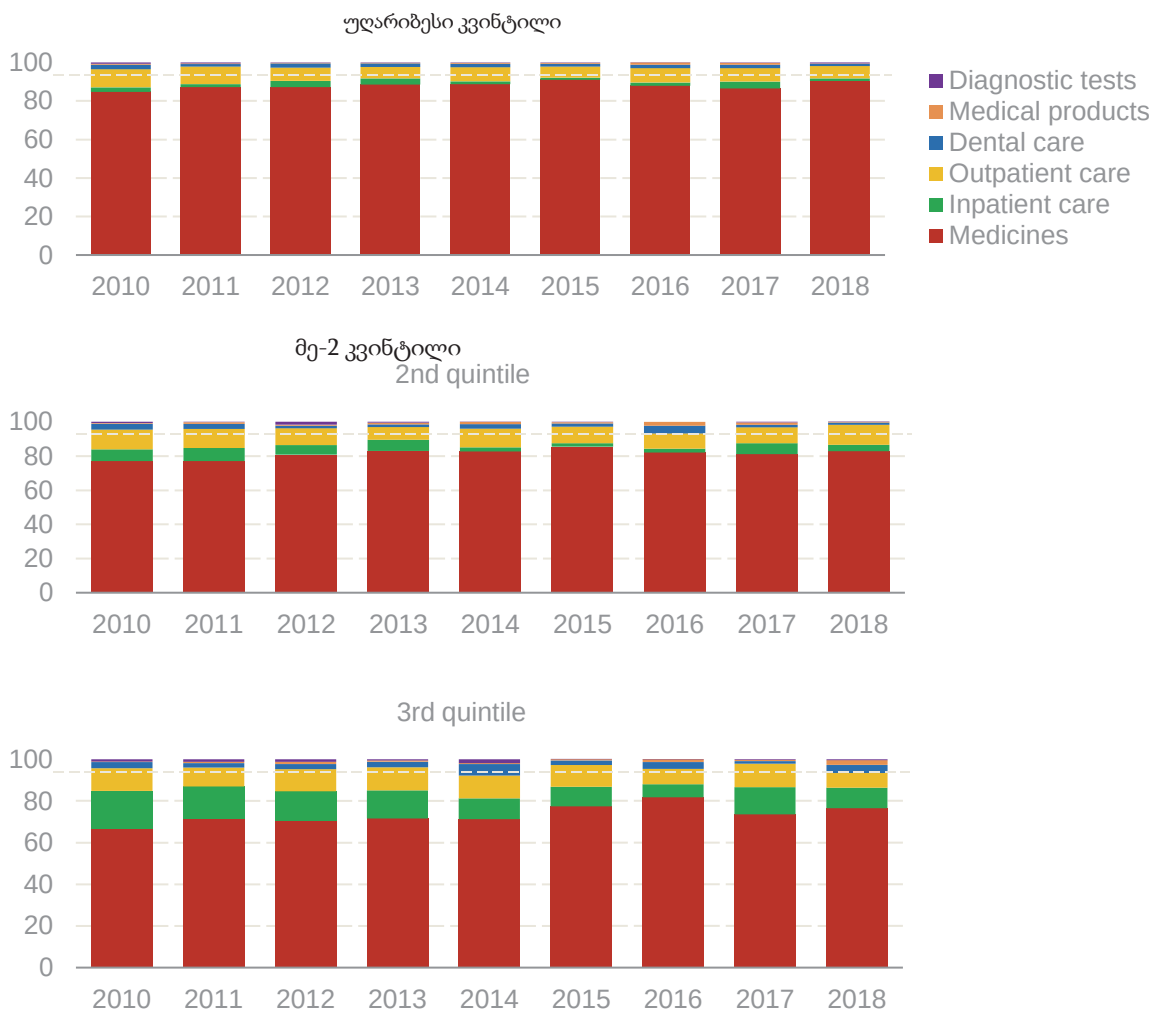
ამბულატორიულ მედიკამენტებზე გაწეული დანახარჯების შეზღუდული ანაზღაურება არის კატასტროფული ხარჯების გამომწვევი მთავარი მიზეზი, გარდა ყველაზე მდიდარი კვინტილისა, თუმცა ეს არათანაზომიერად მოქმედებს უღარიბესი კვინტილის შინამეურნეობებზე. 2018 წელს მედიკამენტებზე გაწეულმა ხარჯებმა ჯიბიდან გადახდების 90%-ი შეადგინა ყველაზე ღარიბი კვინტილის შინამეურნეობებში კატასტროფული ხარჯებით, ხოლო 83% მეორე კვინტილში, უმდიდრესი კვინტილის 24%-თან შედარებით. ეს იმაზე მეტყველებს, რომ 2017 წელს დამატებით ოთხი ქრონიკული დაავადების სამკურნალო საშუალებების დაფარვა არ იყო საკმარისი ღარიბი შინამეურნეობების ფინანსური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

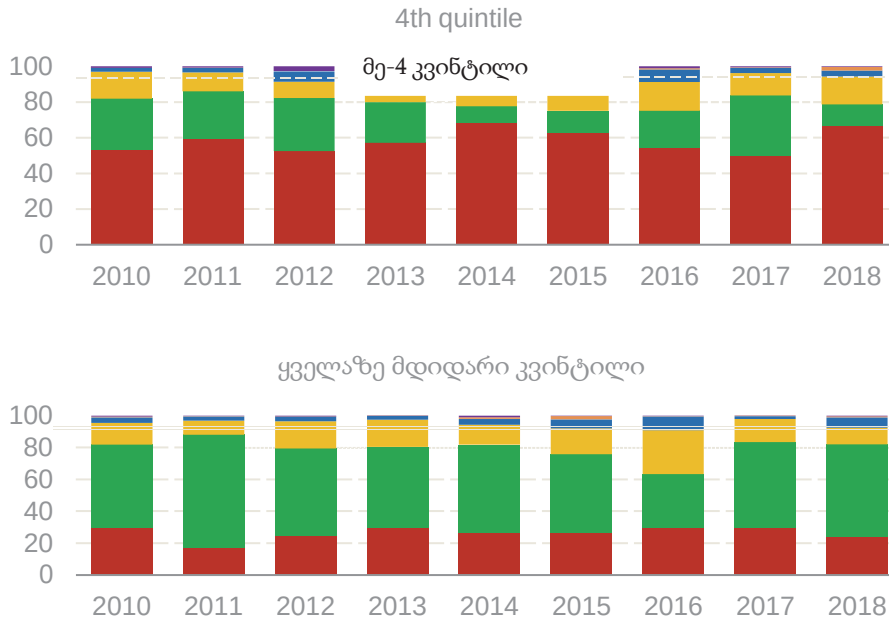
სტაციონარულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილი ძალიან დაბალია ორი უღარიბესი კვინტილისთვის, რომელთაც არ უწევთ თანამონაწილეობის გადახდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. მაჩვენებელი უფრო მაღალია მესამე და მეოთხე კვინტილებისთვის (ნახატი 49). 2018 წელს, ეს იყო ყველაზე მდიდარი კვინტილის კატასტროფული ხარჯის მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი. ყველაზე მდიდარი კვინტილის შინამეურნეობებისთვის, სტაციონარულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების

წილი დროთა განმავლობაში მერყეობდა. 2018 წელს სტაციონარულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილის მნიშვნელოვანი ზრდა შეიძლება ასახავდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეღავათების შეზღუდვას მდიდარი შინამეურნეობებისთვის 2017 წელს.

შინამეურნეობის მოხმარების ზრდასთან ერთად იზრდება სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილი. იმის გამო, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ მოიცავს სტომატოლოგიურ მომსახურებას, სტომატოლოგიური მომსახურების დაუკმაყოფილებელი საჭიროება, განსაკუთრებით, უფრო ღარიბ შინამეურნეობებს შორის იქნება (ჯანმო-ს რეგიონული ოფისი ევროპაში, 2019).

ნახატი 49: კატასტროფული დანახარჯების გადანაწილება ჯანდაცვის ტიპისა და მოსარგებლეთა კვინტილების მიხედვით





შენიშვნა: OPPs - ჯიბიდან გადახდები. დიაგნოსტიკური ტესტები მოიცავს სხვა დამხმარე სამედიცინო სერვისებს; სამედიცინო პროდუქტებში შედის არასამკურნალო პროდუქტები და აღჭურვილობა.

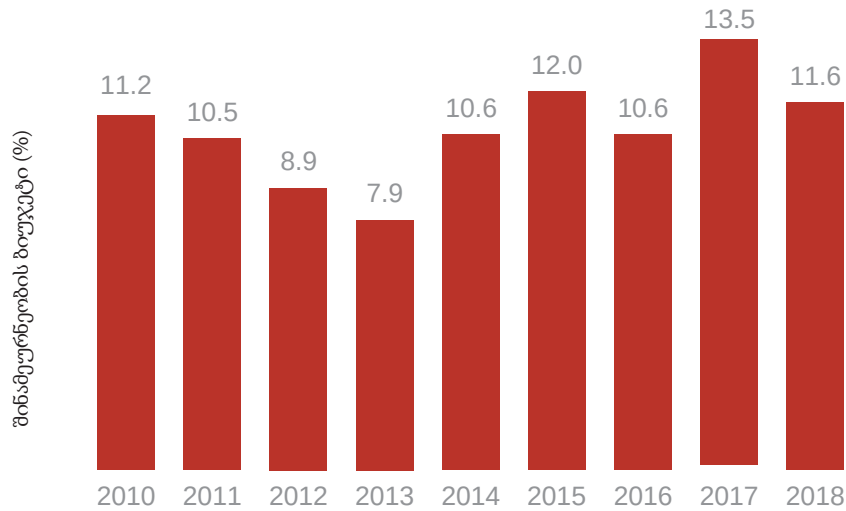
წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

5.8. ფინანსური შეჭირვების მაჩვენებელი

შინამეურნეობების მთლიანი დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდების საშუალო წილი დროთა განმავლობაში იცვლებოდა ყველაზე ღარიბ შინამეურნეობებში, რომლებიც უკვე ისედაც არიან ძირითადი საჭიროების ზღვარს ქვემოთ - ისინი, ვინც ჯიბიდან გადახდების შემდეგ კიდევ უფრო გაღარიბდა. მაჩვენებელი 2010 წელს თითქმის 11%-დან 2013 წელს 8%-მდე დაეცა და 2017 წლისთვის თითქმის 14%-მდე გაიზარდა (ნახატი 50)

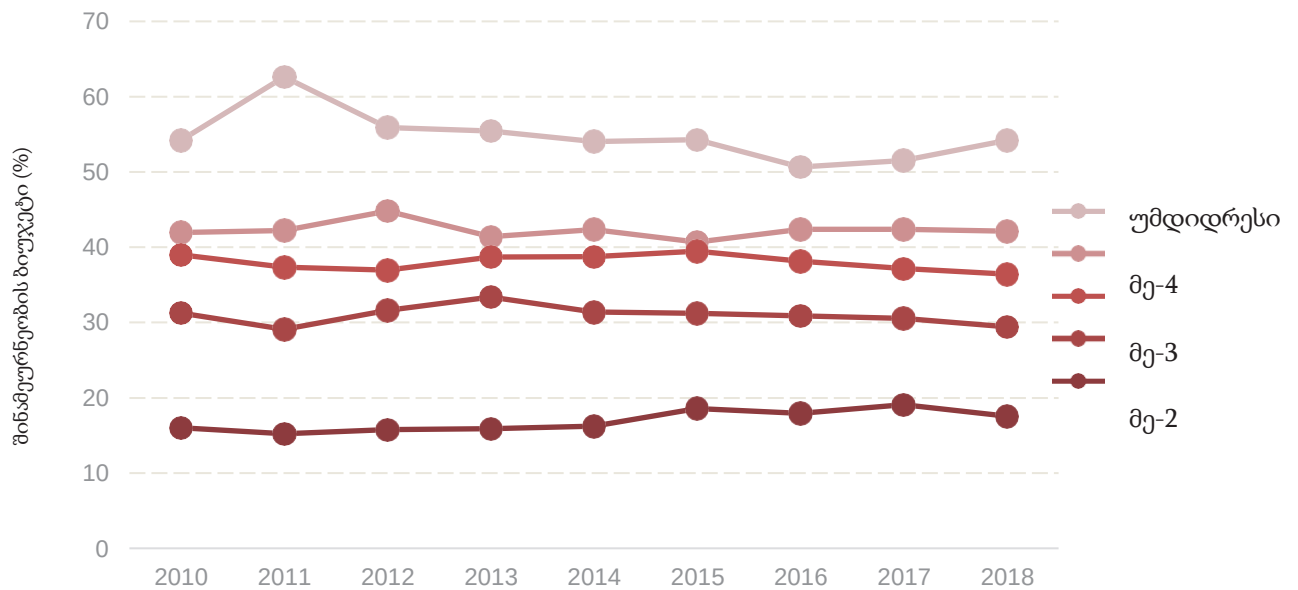
კატასტროფული დანახარჯების მქონე ყველა შინამეურნეობაში, ჯანმრთელობის დაცვაზე დახარჯული თანხა, როგორც მთლიანი საყოფაცხოვრებო ხარჯების წილი, თანდათან იზრდება შემოსავალთან ერთად (ნახატი 51ნახატი 50).

ნახატი 50: ჯიბიდან გადახდები, როგორც შინამეურნეობის ხარჯების წილი გადატაკებულ შინამეურნეობებს შორის



წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

ნახატი 51: ჯიბიდან გადახდები, როგორც საყოფაცხოვრებო ხარჯების წილი კატასტროფული ხარჯების მქონე შინამეურნეობებს შორის, მოხმარების კვინტილის მიხედვით

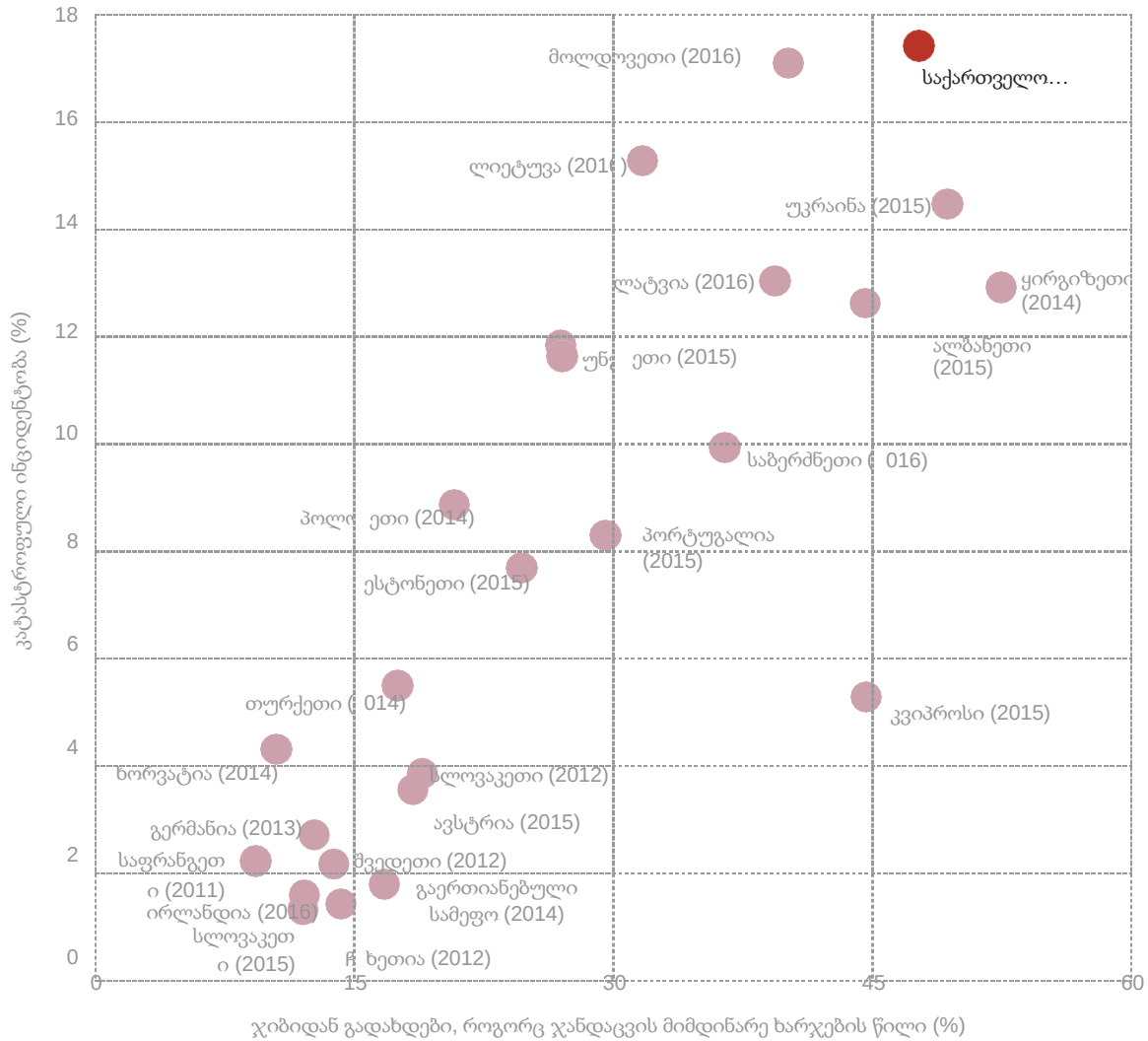


წყარო: (გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021)

5.9. საერთაშორისო შედარება

ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯის ინციდენტობა საქართველოში მაღალია ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნებთან შედარებით (ნახატი 52).

ნახატი 52: ჯანდაცვაზე გაწეული კატასტროფული ხარჯვის ინციდენტობა და ჯანდაცვის მიმდინარე ხარჯების ჯიბიდან გადახდის წილი ევროპის შერჩეულ ქვეყნებში, ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემები



შენიშვნა: ჯიბიდან გადახდების მონაცემები იგივე წლისაა, რაც კატასტროფული ხარჯვისთვის. საქართველო მონიშნულია წითლად.
წყარო: WHO (2019).

5.10. შეჯამება

2018 წელს შინამეურნეობების დაახლოებით 7%-მა გაიღო ჯანდაცვის ხარჯები, რამაც გადარიბება გამოიწვია, ხოლო 17%-მა ჯანდაცვასთან დაკავშირებით კატასტროფული ხარჯები გაწია. ფინანსური სიდუხჭირის ეს დონე ყველაზე მაღალია ევროპის რეგიონში.

ფინანსური სიდუხჭირე მეტადაა კონცენტრირებულია უღარიბეს კვინტილში ყველა წლისთვის. 2018 წელს ყველაზე ღარიბი კვინტილის შინამეურნეობების 45%-მა და მეორე კვინტილის შინამეურნეობების 17%-მა გაწია კატასტროფული ხარჯები, ხოლო უმდიდრესი კვინტილის მხოლოდ 5%-მა გაწია ეს ხარჯები.

ყველა კვინტილმა განიცადა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯების ზრდა დროთა განმავლობაში, მაგრამ ზრდის ძირითადი ნაწილი გამოწვეულ იქნა ორ უღარიბეს კვინტილში უფრო მაღალი ინციდენტობით.

კატასტროფული ხარჯვა ყველა კვინტილში ძირითადად მედიკამენტებით არის განპირობებული, გარდა ყველაზე მდიდარი კვინტილისა. 2018 წელს მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები ჯიბიდან გადახდების 90%-ს შეადგენდა ყველაზე ღარიბი კვინტილის შინამეურნეობებში კატასტროფული ხარჯებით, ხოლო უმდიდრესი კვინტილის შემთხვევაში - 24%-ს.

ეს იმაზე მეტყველებს, რომ 2017 წელს შემოღებული ოთხი ქრონიკული დაავადების სამკურნალო საშუალებების გაძლიერებული მოცვა არ იყო საკმარისი ღარიბი შინამეურნეობების ფინანსური სიდუხჭირის შესამცირებლად. სტაციონარული მომსახურების წილი ძალიან დაბალია ორი უღარიბესი კვინტილისთვის, რომლებიც გათავისუფლებულნი არიან თანადაფინანსებისგან სტაციონარული მომსახურებისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. სტომატოლოგიური მომსახურების წილი იზრდება შინამეურნეობების მოხმარების ზრდასთან ერთად, რაც, სავარაუდოდ ასახავს უფრო ღარიბ შინამეურნეობებში სტომატოლოგიური მომსახურებების დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მაღალ ხარისხს.

თავი 6. ხარისხი და კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესება

6.1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, ფართო გაგებით, შესაძლოა განისაზღვროს, როგორც საჭირო დროსა და შესაბამის პირობებში სათანადო სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობა. კარგი სამედიცინო მომსახურება, თავის მხრივ, გულისხმობს რაციონალურ სამედიცინო პრაქტიკას, რომელიც ემყარება სამედიცინო მეცნიერებას, პრევენციაზე ყურადღების გამახვილებას, გააზრებულ თანამშრომლობას არაპროფესიონალ საზოგადოებასა და სამეცნიერო მედიცინის პრაქტიკოსებს შორის, ინდივიდის, როგორც ერთი მთლიანის, მკურნალობას, ექიმსა და პაციენტს შორის მჭიდრო და უწყვეტი ურთიერთობის შენარჩუნებას, სოციალური კეთილდღეობის საქმიანობასთან კოორდინირებას, ყველა ტიპის სამედიცინო სერვისების კოორდინირებას, თანამედროვე, სამეცნიერო მედიცინის ყველა ტიპის სერვისების გამოყენებას მოსახლეობის საჭიროებებისათვის.

ავედის დონაზედიანის განმარტებით, სტრუქტურის, პროცესისა და გამოსავლის პარადიგმა არის ხარისხის შესაფასებლად საჭირო ინსტრუმენტი.

ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება უნივერსალური მოცვის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანია, ვინაიდან საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი სერვისები უნდა იყოს მაღალი ხარისხის და ეფექტიანი. ხშირად მნელია ზუსტი და რუტინულად ხელმისაწვდომი ინფორმაციის მოძიება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გასაზომად.

სტრუქტურის დონეზე ხარისხის შეფასებისთვის გამოიყენება პერსონალისა და მათი დატვირთვის ინდიკატორები; ფუნქციონალური აღჭურვილობის ხელმისაწვდომობა (რაც გავლენას ახდენს პაციენტებისთვის შესაბამისი დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობის ეფექტურობაზე); და სამედიცინო დაწესებულებებში აუცილებელი მედიკამენტების სრული სპექტრის რუტინული ხელმისაწვდომობა.

პროცესის დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაჩვენებლები განსაკუთრებით ეხება იმას, თუ რამდენად შესაფერისია მკურნალობა პაციენტების დიაგნოზთან. პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიაზე არახელმისაწვდომობის შემთხვევაში, ამ შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, არსებობს თუ არა სტანდარტული

მკურნალობის სახელმძღვანელო მითითებები ყველაზე გავრცელებული დაავადებების დროს და რამდენად იცავენ კლინიკისტები მითითებებს.

გამოსავლების გასაზომად გამოიყენება ისეთი ინდიკატორები, რომლებიც უშუალოდ განსაზღვრავს მკურნალობის ხარისხს. საქართველოში ე.წ. „კლასიკური“ ინდიკატორების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება ძნელია, ვინაიდან ქვეყანაში ჯერ კიდევ სრულად არ დანერგილა ჯანდაცვის ელექტორნული ისტორიები და არ ხდება ე.წ. ხარისხის ინდიკატორების რუტინული აღრიცხვა.

გამოსავლების ხარისხის შესაფასებლად გამოყენებულია ჯანმოს შემოთავაზებული ორი ინდიკატორი: ტუბერკულოზით განკურნების მაჩვენებელი და საავადმყოფოებში სიკვდილიანობის მაჩვენებლები (ლეტალობა).

აღნიშნული ინდიკატორები გამოხატავს კლინიკური მოვლის ხარისხის დონეს და აფასებს მომსახურების ხარისხს ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისებისთვის.

ტუბერკულოზი ქვეყნის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. 1990-იან წლებში ეკონომიკურ კრიზისს, მოშლილ იმუნიზაციას და არასრულფასოვან კვებას შედეგად მოჰყვა ტუბერკულოზის შემთხვევათა მნიშვნელოვანი ზრდა. ჯანდაცვის სექტორის ძალისხმევა მიწოდებული სერვისების მხრივ და მოვლის ხარისხი დიდ წილად განაპირობებს ტუბერკულოზის დადებითი გამოსავლების ზრდას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შეთავაზებული ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევებიდან განკურნების და შეწყვეტილი მკურნალობის მაჩვენებლების გამოთვლა ქვეყანაში 2004 წლიდან ხორციელდება. იმუნიზაციის უწყვეტი ჯაჭვის, მკურნალობაზე პირდაპირი დაკვირების (DOTs) მეთოდის წარმატებულმა დანერგვამ და მოსახლეობისთვის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის სერვისების სრულიად უფასოდ შეთავაზებამ მნიშვნელოვნად მნიშვნელოვანი შედეგი გამოიღო, 2000 წლიდან ახალი შემთხვევების ზრდამ ნელ-ნელა იკლო და პლატო გააკეთა, ხოლო 2017 წლიდან კი დაიწყო განუხრელი კლება. თუ 2004 წელს განკურნების მაჩვენებელი რეგისტრირებულ შემთხვევათა ნახევარს შეადგენდა, ზემოაღნიშნული ღონისძიებების დანერგვის შედეგად დღესდღეისობით განკურნების მაჩვენებელი უკვე 2/3-ს შეადგენს. ასევე იკლო შეწყვეტილი მკურნალობის მაჩვენებელმაც (ცხრილი 7).

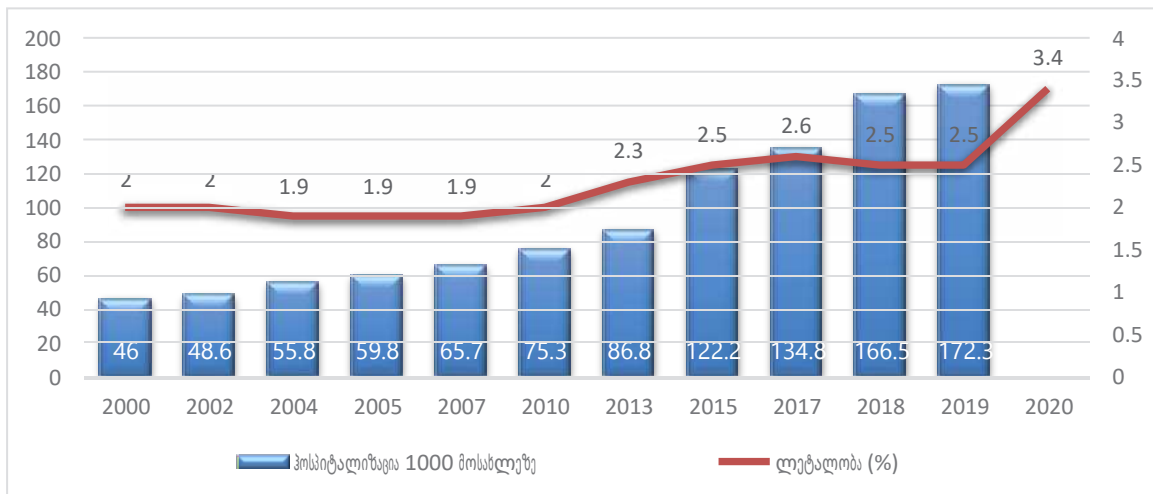
ცხრილი 7: 12 თვის წინ რეგისტრირებული ფილტვის მტბ+ ტუბერკულოზის მურნალობის შედეგები

	2004	2005	2007	2010	2013	2015	2019	2020
რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა	995	1300	1580	2055	1647	1003	604	562
%								
განკურნება	53.9	59.5	63.9	63.7	65.6	73	77	77
დასრულებული მკურნალობა	16.6	11.2	11.6	11.6	8.8	7.9	6.6	6
უშედეგო მკურნალობა	4.6	5.5	6.1	3.5	4.3	4.6	5	4
გარდაიცვალა	2.7	2.8	3.0	3.1	2.0	4.3	5	5
შეწყვეტილი მკურნალობა	16.6	14.6	8.9	7.3	5.5	6.5	5	4
შუფასებული შემთხვევები	0.9	0.7	1.0	1.3	2.3	1.4	2	4

დსსჯეც (2020)

სტაციონარებში პაციენტთა მაღალი ლეტალობა მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი ხშირად გამოყენებადი ინდიკატორია. მოვლის ხარისხის მართვის დონე დიდად განაპირობებს სტაციონარში გარდაცვალების მაჩვენებლების ზრდას. 2000 წლიდან, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლების ზრდის მიუხედავად, ლეტალობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად არ იცვლება და 2-2.5%-ს შორის მერყეობს (ნახტი 53).

ნახტი 53: ჰოსპიტალიზაციის და ლეტალობის ტენდენციები



დსსჯეც (2020)

რეფორმირების პირველ ეტაპზე საფუძველი ჩაეყარა ხარისხის მართვის ინსტრუმენტების შემუშავებასა და დანერგვას. როგორცაა პერსონალის განათლება, სერტიფიცირება-რესერტიფიცირება (1997) და სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლება (2002).

ამავე პერიოდში ამოქმედდა სტაციონარული დაწესებულებების აკრედიტაციისა და ლიცენზირების პირობები.

2011 წელს ამოქმედებული სტაციონარული დაწესებულებების ნებართვების სისტემა შემუშავებულ იქნა პაციენტების უსაფრთხოების დაცვის უზრუნველსაყოფად.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების მიზნით, 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა (სშჯსდ მინისტრის 2012 წლის N01-63/ნ ბრძანება). თუმცა გაუქმდა რესერტიფიცირების და უწყვეტი სამედიცინო მზადების მანდატორული სისტემა

2013-2020 წლებში ჯანდაცვის სისტემა გადავიდა ხარისხის მართვის ახალ ეტაპზე. საფუძველი ჩაეყარა სერვისების რეგიონალზიაციის (2015), სელექტიური კონტრაქტირების, შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურების მექანიზმების შემუშავებას.

მიუხედავად გატარებული ღონისძიებებისა და ხარისხის ინდიკატორების გაუმჯობესებული მაჩვენებლებისა, ქვეყანაში მნიშვნელოვანი ნაბიჯებია გადასადგმელი როგორც მომსახურების ხარისხის, კადრების განათლებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების მიმართულებით, ასევე ხარისხის შეფასების ინდიკატორებისთვის საინფორმაციო სისტემის გამართვის მიმართულებით.

6.2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება

ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნებიდან პირველს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება წარმოადგენს. ჯანმოს კონსტიტუციის მიხედვით, ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი სტანდარტის მიღწევა და ცხოვრების პროდუქტიულად გატარება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად არის აღიარებული.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საზომად ხუთი ინდიკატორი იქნა გამოყენებული: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, ჩვილ ბავშვა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა. აღნიშნული ინდიკატორები აფასებს არა მარტო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას ქვეყანაში, არამედ

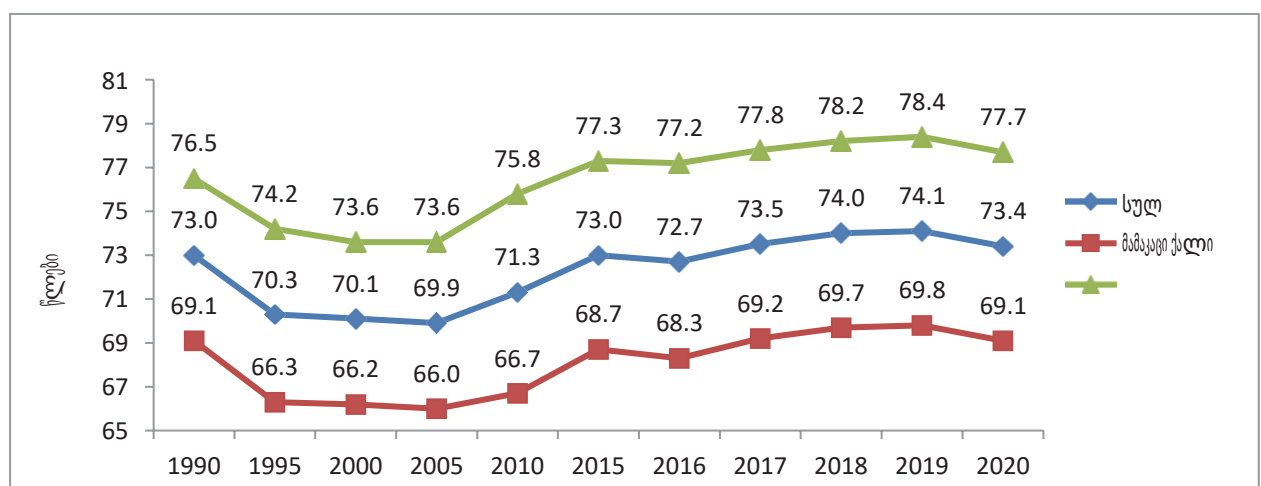
განსაზღვრავს რამდენად უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მხრივ სასურველი შედეგების მიღწევას.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას ასახავს ადამიანის მოსალოდნელი სიცოცხლის წლების რაოდენობას, აფასებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს. საქართველოში მიმდინარე სამოქალაქო ომებისა და ეკონომიკური კრიზის გამო სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 90-იან წლებში საგრძნობლად შემცირდა, თუმცა 1995-2010 წლებში პლატო გააკეთა და 69.8-70.2 წლებს შეადგენდა. 2010 წლიდან კვლავ დაიწყო მატების ტენდენცია და 2019 წელს დაფიქსირდა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი - 74.1 წელი, თუმცა 2020 წელს ახალი კორონავირუსით გამოწვეული პანდემიის გამო კვლავ 0.7 წლით შემცირდა.

ქვეყანაში საკმაოდ მაღალი განსხვავებაა ქალებისა და მამაკაცების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობას შორის (საშუალოდ 7-8 წელი).

საქართველოს მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო მოსალოდნელი ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპის რეგიონის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლისა (77.8 წელი), ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (80.9 წელი) და სკანდინავიის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (81.8) (ნახატი 54)

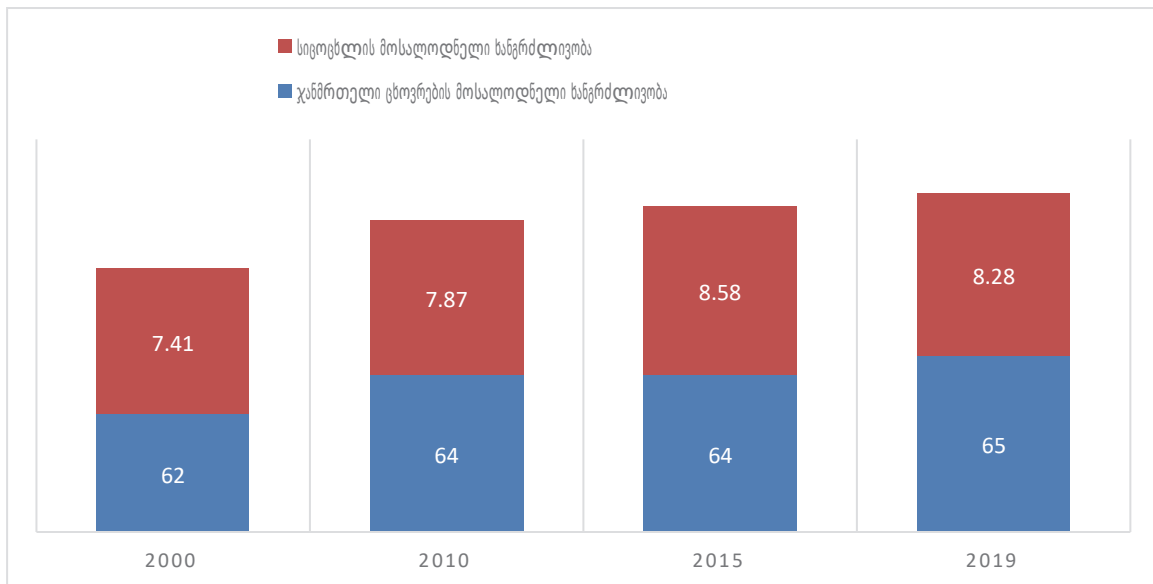
ნახატი 54: სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა დაბადებისას



Geostat, 2021

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა არ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების საუკეთესო მაჩვენებელს. ამისთვის შემოღებულ იქნა ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, რომელიც ასახავს ჯანმრთელად სიცოცხლის მოსალოდნელ წლებს. ბოლო ოცი წლის განმავლობაში 3 წლით მოიმატა ჯანმრთელი ცხოვრების ხანგრძლივობამ, ამავე პერიოდში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა კი სულ 0,8 წლით გაიზარდა. აღნიშნული სტატისტიკა კიდევ ერთხელ აფასებს ჯანმრთელობის სისტემაში გატარებული რეფორმების ეფექტურობას ორი დეკადის განმავლობაში (ნახატი 55).

ნახატი 55: სიცოცხლის და ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას (წლები)

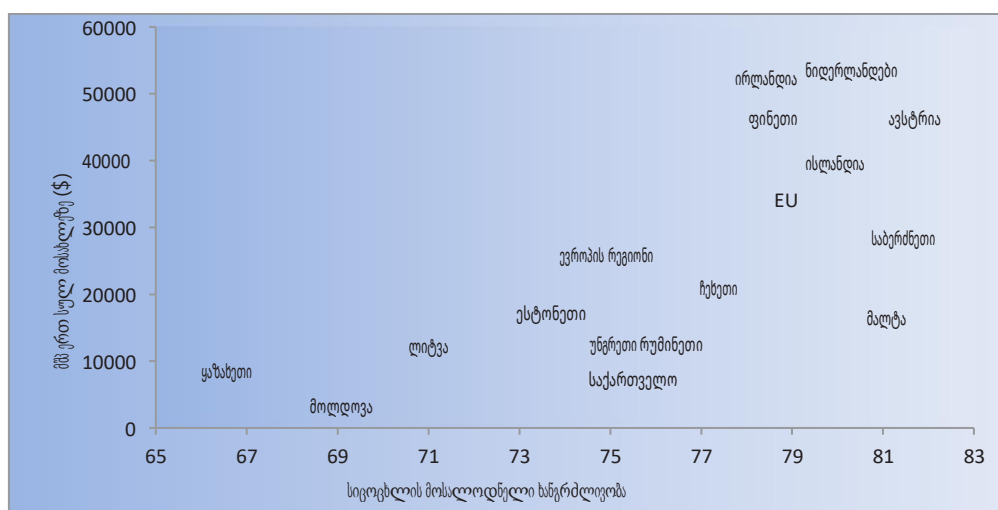


WHO, 2021

ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა მამაკაცებში 2000 წლიდან 2010 წლამდე 1 წლით გაიზარდა, თუმცა 2010-2020 წლის განმავლობაში პრაქტიკულად არ შეცვლილა. მაშინ როცა ბოლო ორ დეკადაში ქალთა ჯანმრთელი ცხოვრების ხანგრძლივობა 3 წლით გაიზარდა. მართალია, ქალები საშუალოდ ცხოვრობენ 10 წლით მეტს მამაკაცებზე, მაგრამ ჯანმრთელად სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის საშუალო განსხვავება არის 7 წელი. ეს კი ნიშნავს, რომ ქალები უფრო ნაკლებს ცხოვრობენ კარგი ჯანმრთელობით, ვიდრე მამაკაცები. ქალებში სიცოცხლის ბოლო წლებში გროვდება გაუარესებული ჯანმრთელობის უფრო დიდი ტვირთი.

გარკვეული დამოკიდებულება არსებობს ქვეყნის განვითარების დონესა და სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობას შორის. ეს დამოკიდებულება უფრო ძლიერია, როდესაც ერთ სულ მოსახლეზე ეროვნული შემოსავალი ნაკლებია 5000 დოლარზე. ამ თანხის ზემოთ უფრო სუსტი დამოკიდებულებაა ამ ორ პარამეტრს შორის. მაგალითად, ამერიკა უმდიდრესი ქვეყანაა მსოფლიოში და ჯანდაცვაზე დანახარჯებიც მაღალი აქვს, თუმცა თითქმის ისეთივე სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებელი აქვს როგორც კოსტარიკას ან კუბას. რუსეთს აქვს გაცილებით მაღალი მშპ და ჯანდაცვაზე დანახარჯები საქართველოსთან შედარებით, მაგრამ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბალია საქართველოს ანალოგიურ მაჩვენებლებზე. ავსტრიასა და მალტას თითქმის ერთნაირი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი აქვთ, თუმცა ავსტრიის მშპ სამჯერ განსხვავდება მალტის მშპ-ისგან (ნახატი 56).

ნახატი 56: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა და მშპ ერთ სულ მოსახლეზე ევროპის რეგიონის ზოგიერთ ქვეყანაში, 2018



წყარო: WHO (2020)

ჯანდაცვის სისტემის და ზოგადად ქვეყნის განვითარების დონეს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები განსაზღვრავს. საქართველოში უკანასკნელი ორი ათწლეულის განმავლობაში, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისა და ჯანდაცვის სექტორში გატარებული რეფორმების შედეგად, საყურადღებო პროგრესი შეინიშნება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით.

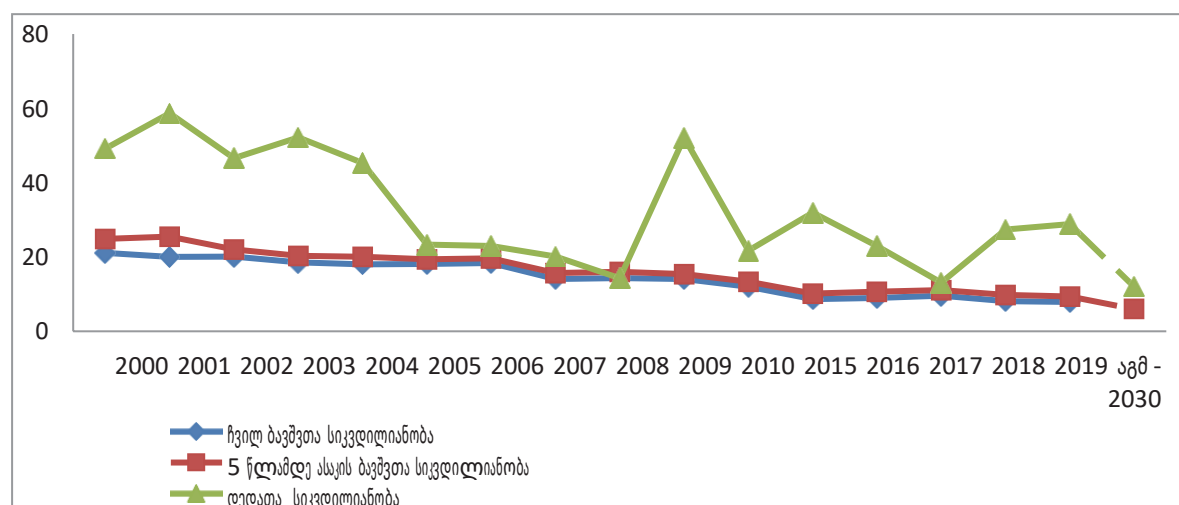
ჩვილ ბავშვთა და 5 წლამდე ასაკის სიკვდილიანობის დონე აღნიშნულ პერიოდში თითქმის ორჯერ შემცირდა (ნახატი 57). საქართველოში ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა

მაღალია ევროპის განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელთან შედარებით. სომხეთი, მოლდოვა და საქართველო თითქმის ერთნაირი მაჩვენებლებით ხასიათდება (18–20 ბავშვი 1000 ცოცხალშობილზე). მეზობელ აზერბაიჯანში და ყირგიზეთში, სადაც მაღალია შობადობის მაჩვენებელი, ასევე მაღალია ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობაც (35–40 ბავშვი 1000 ცოცხალშობილზე), მაშინ როდესაც ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში წლის განმავლობაში საშუალოდ მხოლოდ 4-5 ბავშვი იღუპება.

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებთან ერთად მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევის შეფასების ინდიკატორს წარმოადგენს. ქვეყანაში ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 2000 წლიდან 2019 წლამდე პერიოდში 24.9-დან 9.4-მდე, ხოლო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა კი 21.1-დან 7.9-მდე შემცირდა. ბოლო ორ დეკადაში 3-ჯერადი შემცირების ამ ორი ინდიკატორის მაჩვენებლები აღემატება ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელს (3.6 - ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა და 4 - ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა) (ნახატი 57).

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელს დიდი ფლუქტუაცია ახასიათებს რეალური რიცხვების „სიმცირის“ გამო, შედეგად მათი მცირე ცვლილებაც კი მაჩვენებლების დათვლისას იწვევს საკმაოდ დიდ „ნახტომებს“. აღნიშნული მაჩვენებლების შედარება ევროპის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან ცხადყოფს, რომ საქართველოში დედათა სიკვდილიანობა ერთ-ერთი მაღალია ევროპის რეგიონში და აღემატება როგორც ევროპის ქვეყნების, ისე ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (ნახატი 57).

ნახატი 57: ჩვილ ბავშვთა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა და მდგრადი განვითარების მიზნები



შეჯამებისთვის: ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, ჩვილ ბავშვა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მნიშვნელობა ქვეყნის ეკონომიკური და სოციალური კეთილდღეობის შეფასების მნიშვნელოვანი ინდოკატორებია. რეფორმირების პირველ ეტაპზე, ეკონომიკური კოლაფსს და ჯანდაცვის სექტორის სტაგნაციას მოჰყვა იმუნიზაციის ჯაჭვის გაწყვეტა, ინფექციური დაავადებების აფეთქებები, ქრონიკული დაავადებებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილობა, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის დონე, ხოლო დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ისტორიულად მაღალი მაჩვენებლები გამოიწვია.

ჯანდაცვის რეფორმირების მეორე ეტაპზე, ეკონომიკურ წინსვლას და ჯანდაცვის სექტორის განვითარებას მოჰყვა სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება. 2014 წლიდან, თითქმის თითოეულ ბავშვსა და დედასთან ხარისხიანი ჯანმრთელობის სერვისების მიტანამ ხელი შეუწყო ბავშვთა სიკვდილობის განუხრელ კლებას და დაიწყო დედათა სიკვდილობის მაჩვენებლების სტაბილიზაცია.

ყოველივე ზემოაღნიშნული განაპირობებს დასკვნას, რომ მძლავრი კორელაციაა ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას, ჯანდაცვაზე დანახარჯებსა და ჩილ ბავშვთა და დედათა სიკვდილობას შორის, ისევე, როგორც ჯანდაცვის დანახარჯების მოსალოდნელი ცვლილება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მოსახლეობის რაოდენობასა და დემოგრაფიულ სტრუქტურაზე.

თავი 7. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა - ექსპერტთა შეფასება

7.1. ხარისხობრივი კვლევა ჯანდაცვის სისტემების ეფექტიანობის შესაფასებლად ექსპერტების მიერ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელების ეფექტიანობის შეფასების კვლევისთვის გამოყენებული იქნა ხარისხობრივი კვლევა, ჩაღრმავებული ინტერვიუს სახით დარგის 16 საერთაშორისო და ეროვნულ ექსპერტთან, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის, სერვისებით მოცვის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის და ფინანსური დაცვის მიმართულებით.

კვლევა მოიცავდა 2019 წლის ნოემბრიდან 2020 წლის იანვრის პერიოდს (ნოემბერი ინსტრუმენტარის მომზადება; დეკემბერი-იანვარი - კვლევის ჩატარება და შედეგების ანალიზი) და შედგებოდა შემდეგი ეტაპებისაგან:

1. კვლევის ფორმატის განსაზღვრა
2. კვლევის მიზანის განსაზღვრა
3. კვლევის ინსტრუმენტარის მომზადება
4. სამიზნე ჯგუფის განსაზღვრა
5. კვლევის ინსტრუმენტარის პილოტირება
6. ინტერვიუების ჩატარება
7. შედეგების ანალიზი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელების ეფექტიანობის შეფასება, შემდეგ ასპექტებზე ფოკუსირებით:

1. ქვეყანაში გატარებული რეფორმების შედეგების ზეგავლენა შემოსავლების მიხედვით მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებზე მოსახლეობაზე სერვისებზე ხელმისაწვდომობის, მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების, ჯიბიდან გადახდების, გაღარიბების მაჩვენებლებისა და ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების კუთხით.
2. ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების გამომწვევი მთავარი დეტერმინანტები, რომლებზეც საჭიროა მეტი ყურადღების გამახვილება და მომავალში მიზანმიმართული ქმედებების მიმართვა მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის გაზრდის მიზნით;

3. რეკომენდაციების შემუშავება, რომელიც გაცილებით უკეთ უზრუნველყოფს მოსახლეობის ფინანსურ დაცვას, ფინანსური ტვირთის თანაბარ გადანაწილებას და ასევე, არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენებას

მომზადდა საკვლევი კითხვები:

1. რას ნიშნავს უნივერსალური მოცვა? არის თუ არა საქართველოში ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური მოცვა/მიდის თუ არა ქვეყანა უნივერსალური მოცვისკენ?
2. ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებიდან გამომდინარე (მშპ-ის ზრდა, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანარჯების ოდენობა), რომელი უფრო უპრიანია უნივერსალური მოცვა თუ, მიზნობრივი ჯგუფების დაფინანსება (ღარიბები, საპენსიო ასაკი ...)?
3. შეუწყობს სავალდებულო კერძო დაზღვევის განვითარება (მაგ. ფორმალურ სექტორში დასაქმებული საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე პირების) სერვისებზე უნივერსალური მოცვის ზრდას და თვლით თუ არა, რომ კერძო დაზღვევის სავალდებულო განვითარება იქნება ჯანმოს უნივერსალიზმის განმარტებიდან ცოტა გადახვევა?
4. რომელი იქნება უპრიანი ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის - სავალდებულო დაზღვევის შენატანი, თუ ზოგადი საბიუჯეტო გადასახადი?
5. ჩვენი ქვეყნისთვის, რომელია საუკეთესო: კერძო, თუ სახელმწიფო შემსყიდველი, თუ სხვა?
6. რა მიგაჩნით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ადმინისტრირების ეფექტიანობის გაუმჯობესების საუკეთესო გზა?
7. როგორ უნდა გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის სისტემის, მ.შ. საყოველთაო ჯანდაცვის ეფექტიანობა/ეფექტურობა?

სამიზნე ჯგუფად განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემების ეროვნული და საერთაშორისო 16 ექსპერტი (კვლევაში მონაწილე პირები - დანართი 1). ექსპერტები შეირჩა შემდეგი პრინციპით: ინტერვიუ შედგა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სამივე პერიოდში გადაწყვეტილების მიმღებებ პირებთან და დამოუკიდებელ ექსპერტებთან.

კვლევაში მონაწილეების შერჩევა მოხდა ნებაყოფლობით, ეთიკური ფაქტორების გათვალისწინებით. სიღრმისეული კვლევის ჩატარებისას დაცული იქნა პრეინტერვიუს, ინტერვიუს და პოსტინტერვიუს ფაზები. გამოკითხვა/ინტერვიუ ატარებდა

კონფიდენციალურ ხასიათს. რესპონდენტის ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში, ხდებოდა მისი აუდიო მოწყობილობაზე ჩაწერა.

ინტერვიუს ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 35 წუთს. თითოეულ რესპონდენტთან ინტერვიუს პროცესი წარიმართა კოლეგიალურ გარემოში. შერჩეულ კითხვებზე პასუხის გაცემისას რესპონდენტებს სრული თავისუფლება მიენიჭათ საკუთარი აზრის გამოხატვისას. წინასწარ მოხდა ინტერვიუს/დისკუსიის გეგმის შემუშავება, რომელიც იყო ინტერვიუს კონტროლის ინსტრუმენტი, რათა მნიშვნელოვანი საკითხები არ დარჩენილიყო საუბრის მიღმა და რესპონდენტისგან ჩვენთვის საინტერესო საკითხების შესახებ მაქსიმალური ინფორმაცია ყოფილიყო მიღებული.

7.2. კვლევის შედეგები

საქართველოს დამოუკიდებლობის შემდგომ, ჯანდაცვის სექტორში გატარებული რეფორმები პირობითად სამ პერიოდად იყოფა, 1995-2003 - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის შემოღება (ე.წ. 3%+1%); 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით და 2013 წლიდან დღემდე - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვა.

მოსახლეობის ფინანსურ დაცულობასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების და ჯანდაცვაში ინვესტიციების ზემოქმედების შესაფასებლად, ჩატარებული ინტერვიუები ჩატარდა 16 რესპონდენტთან (25% ქალი და 75% მამაკაცი). კვლევაში მონაწილე პირები შერჩეული იყო შემდეგი პრინციპით: ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სამივე პერიოდში გადაწყვეტილების მიმღებები პირები, საერთაშორისო ექსპერტები, რომლებიც წლების განმავლობაში აკვირდებიან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებს, დამოუკიდებელი საერთაშორისო და ეროვნული ექსპერტები ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მიმართულებით.

რესპონდენტების შერჩევის კრიტერიუმებიდან გამომდინარე, ეთიკური მოსაზრებებით, ინტერვიუს კითხვები ისე იქნა შერჩეული, რომ რესპონდენტები არ მორიდებოდნენ საკუთარი მოსაზრებების და შეხედულებების დაფიქსირებას.

რესპონდენტებთან ინტერვიუმ კიდევ უფრო ნათლად გამოკვეთა ის ძირითადი მიღწევები და გამოწვევები, რომელიც ახასიათებდა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების ამა თუ იმ ეტაპს, და გამოყო მომავალში გასატარებელი ის აუცილებელი მიმართულებები,

რომლებიც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურ და ეფექტიან ფუნქციონირებას.

რა არის უნივერსალური მოცვა და გადადგა თუ არა ქვეყანამ ნაბიჯები სერვისებზე უნივერსალური მოცვის მიმართულებით?

ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური წვდომა წარმოადგენს ფუნდამენტურ პრიორიტეტს და საშუალებას იძლევა ყველა ადამიანისთვის უზრუნველყოფილი იყოს ხელმისაწვდომობა ეფექტიან ჯანდაცვის სერვისებზე და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური ტვირთის გარეშე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, უნივერსალური მოცვა გულისხმობს ყველა ადამიანისთვის საჭირო სერვისების მიღების შესაძლებლობას (იგულისხმება, პრევენცია, ხელშეწყობა, მკურნალობა რეაბილიტაცია და პალიატიური სერვისები) ფინანსური შეჭირვების გარეშე.

ექსპერტთა ხედვა, ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური მოცვის აუცილებლობის შესახებ ერთიანია. ასევე, მეტ-ნაკლებად ერთიანია მათი შეხედულება უნივერსალიზმის განმარტების მიმართ.

შეჯერებული განმარტება ასე გამოიყურება: სამედიცინო დახმარებით უნივერსალური მოცვა ეს არის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობა, რომ ყველა ადამიანს, მიუხედავად თავისი შემოსავლისა, სოციალური ფენისა, რეგილიური მრწამსისა და ა.შ, ჰქონდეს თანაბარი ხელმისაწვდომობა ბაზისურ სამედიცინო სერვისებზე.

ერთ-ერთი ექსპერტის მიერ შემოთავაზებულ იქნა უნივერსალური მოცვის მისეული და უფრო კომპლექსური განმარტება: „უნივერსალური მოცვა არის მიზანი, რომ შეიქმნას ისეთი სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს საზოგადოების და სახელმწიფოს შესაძლებლობის მიხედვით მოსახლეობის მაქსიმალურ მოცვას სერვისების მაქსიმალურად მაღალი პაკეტით, მაქსიმალურად მაღალი ხარისხის სტანდარტების დაცვით, მინიმალური ფინანსური ტვირთით და ხარჯების კონტროლის ეფექტური მექანიზმებით“. აქედან ერთ-ერთი კომპონენტიც რომ ამოვარდეს, უნივერსალური მოცვის პოლიტიკა იქნება არაეფექტური.

თუმცა აქვე აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა უმეტესობა უნივერსალიზმს უფრო კონცეპტუალურ ტერმინად მიიჩნევს და ტექნიკურ და პროგრამულ დონეზე მისი რეალიზაცია შეიძლება სრულად ვერ ხერხდებოდეს.

ექსპერტთა შეხედულებით, უნივერსალიზმი არ ნიშნავს, რომ ყველანაირ საჭიროებას უნდა ფარავდეს სახელმწიფო ბიუჯეტი. აქ უნდა იყოს ჯანდაცვის რისკების სწორი გადანაწილება. მნიშვნელოვანია განისაზღვროს ვალდებულებები, როგორც სახელმწიფოს მხრიდან, ისე ინდივიდუალური ადამიანის მხრიდან ჯანდაცვაზე რისკების გადანაწილების კუთხით და ფინანსური პასუხისმგებლობებიც გადანაწილდეს შესაბამისად. ამ მიმართულებით ჯერ-ჯერობით ბევრია გასაკეთებელი. საქართველოში უნივერსალური მოცვა უფრო მეტად ასოცირდება სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სერვისების დაფარვის ვალდებულებასთან. ძალიან მწირია დღესდღეობით სხვა ალტერნატიული დაფინანსების მექანიზმების გამოყენების პოტენციალი და არასრულად არის გამოყენებული, მოდით ასე ვთქვათ. მათ შორის სადაზღვევო სისტემის, რაც შესაძლოა სამომავლოდ შეიცვალოს.

ჯანმოს მოცემულობით, უნივერსალური მოცვის განმსაზღვრელია სამი მდგენელი: მოსახლეობის რა წილია მოცული, სერვისების რა ნაწილია მოცული და რამდენად არის ფინანსური რისკები დაცული. აღნიშნული საზომების თვალსაწიერიდან, ექსპერტთა 2/3 თანხმდება, რომ საქართველოში მცდელობა და სურვილი არის, რომ ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უნივერსალურობა იყოს მიღწეული, ანუ ადამიანმა მიიღოს ფინანსურად და გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი სერვისი საჭირო დროს და საჭირო ადგილას. გზა სწორია, რაც აირჩია ქვეყანამ 2013 წელს - სვლა უნივერსალიზმისკენ.

პირველი მდგენელი - მოცული ადამიანების რაოდენობა თითქმის 100%-ია და შესრულებულია უნივერსალიზმის პირველი პრინციპი.

2013 წლიდან დღემდე, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების თითქმის გასამმაგების მიუხედავად, კვლავ გამოწვევად რჩება ჯანდაცვის მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური ტვირთი. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯიჩიდან გადახდების ოდენობა - 72% - 2012 წელს და 52% - 2018 წელს, თუმცა, ის კიდევ ძალიან მაღალია და ქვეყანა ევროპის რეგიონში ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა მოსახლეობის ფინანსური დაცვულობის მაჩვენებელით.

რესპონდენტთა უმრავლესობამ ასევე აქცენტი გააკეთა სერვისებით მოცვის მნიშვნელობაზე. ქვეყნის მთავარ გამოწვევას წარმოადგენს ქრონიკული დაავადებების მართვა და მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, რომელიც ჯიბიდან გადახდების ძირითად წილს - 60-65%-ს შეადგენს. ასევე მნიშვნელოვანი პრობლემაა ჰოსპიტალურ სერვისებზე მეტი აქცენტი და პირველადი ჯანდაცვის და პრევენციის სერვისების თითქმის უგულვებელყოფა.

ექსპერტთა მიერ, ასევე, ხაზგასმული იქნა, რომ ქვეყანაში არის სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, ნაკლები ყურადღება ექცევა სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ხარჯების კონტროლის ეფექტურ მექანიზმებს.

ექსპერტთა მესამედზე მეტი აღნიშნული პრობლემის მიზეზს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების სიმწირეში ხედავს, რომელიც მშპ-ის მხოლოდ 3%-ია. მათი რეკომენდაციაა აღნიშნული მაჩვენებლის ეტაპობრივი გაზრდა 2019 წლის გაეროს ასამბლეაზე აღიარებულ ნიშნულამდე - 5%-მდე.

უნივერსალური მოცვა, თუ მიზნობრივი ჯგუფების დაფინანსება?

2007 წელს, ქვეყნის მთავრობის განაცხადს წარმოადგენდა მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედება, ხოლო დარჩენილი მოსახლეობისთვის ნებაყოფლობითი დაზღვევით უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. 2013 წელს კი ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებით მოცვა და ქვეყნის ყველა მოქალაქისთვის სამედიცინო სერვისებზე წვდომის უზრუნველყოფა.

კითხვა - მიზნობრივი ჯგუფები თუ უნივერსალური მოცვა მრავალმა ფაქტორმა განაპირობა. ერთ-ერთი მათგანს წარმოადგენს ჯანდაცვის ექსპერტთა ხშირად გამოთქმული სკეპტიკური მოსაზრებები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსების მდგრადობის შესახებ. მეორე ეს არის ყოველწლიური განსხვავება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაგეგმვით და დახარჯულ თანხებს შორის მნიშვნელოვანი სხვაობა. ასევე, ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების ტემპი. და რაც მთავარია, ეკონომისტთა ხშირი აქცენტი აღნიშნული ფულის ეკონომიკის სხვა სფეროში ინვესტიციისას დიდი ეკონომიკური მოგების შესახებ.

ექსპერტების 90% თანხმდება, რომ დისკრეტულად ამაზე საუბარი მიზნობრივი ჯგუფები, თუ უნივერსალური მოცვა არ შეიძლება. რეალურად მთელმა მსოფლიო ნაბიჯ-ბანიჯ მიდის უნივერსალური მოცვისკენ. ერთ-ერთი რესპონდენტის სიტყვებით, „სამედიცინო დახმარებით უნივერსალური მოცვა ყველაზე უფრო სწორი გზაა თანასწორობის და სამართლიანობის მიღწევისა“.

რესპონდენტის ნაწილის მოსაზრებით, დღეს გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკას რა ინსტიტუციებიც განსაზღვრავენ და ძირითადად კი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ყველგან ცალსახად არის აღნიშნული, რომ საყოველთაო ჯანდაცვა არის პირდაპირი ინვესტიცია ეკონომიკაში. ასევე განსაზღვრულია, რომ მიზნობრივი მოცვა თავისი შინაარსით ბევრად უფრო ხარჯიანია და საყოველთაო ჯანდაცვა კი უფრო ეფექტური. ეს არ არის მხოლოდ სოლიდარობის ფილოსოფიაზე დაფუძნებული, საყოველთაო ჯანდაცვა არა მარტო ჰუმანური აქციაა, არამედ არის ყველაზე ხარჯეფექტური მოდელი.

მეორე რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ „უნივერსალური თუ მიზნობრივი - ეს საკითხი ყოველთვის დისკუსიის საგანია განსაკუთრებით განვითარებადი სამყაროსთვის. განვითარებულ ქვეყნებში მას ალტერნატივა არ აქვს. განვითარებულმა ქვეყნებმა უკვე დიდი ხანია მიაღწიეს უნივერსალიზმს სხვადასხვა მასშტაბით“.

უნივერსალიზმს, რომ ალტერნატივა არ აქვს რესპონდენტთა თითქმის უმრავლესობამ ეთობლივად დაადასტურა. აქვე აღინიშნა, რომ 2017 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით სტრატეგიცირებამ ერთის მხრივ, შეამცირა უთანაბრობა და გაზარდა სამართლიანობა, ხოლო მეორე მხრივ, უფრო მიზნობრივ ჯგუფებზე ორიენტირებული გახადა ის. მით უფრო, რომ პროგრამა დატოვა 40 ათას ლარზე მეტი წლიური შემოსავლების მქონე მოსახლეობამ და გაჩნდა წინასწარი გადახდის არმქონე მოქალაქეთა მცირე ნაწილი.

ჯანმოს ექსპერტის რეკომენდაციით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში აუცილებლად უნდა შევხედოთ მოწყვლად ჯგუფებს, მათ ფინანსურ დაცულობას, როგორია მათი ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სამედიცინო სერვისებზე. ანუ, სად არის უთანაბრობა. მოსახლეობის რომელ ჯგუფს აქვს სამართლიანობის დაბალი ინდექსი. ამის მიხედვით უნდა იქნეს პოლიტიკა შემუშავებული, რათა მათ მიუწვდებოდეთ ხელი ხარისხიან სამედიცინო სერვისებზე ფინანსური ტვირთის გარეშე.

ექსპერტთა მცირე ნაწილის მოსაზრებით (15%), მწირი სახელმწიფო დაფინანსების პირობებში, სახელმწიფო რესურსი მიმართული უნდა იქნეს იმ მოწყვლადი ჯგუფებისკენ, რომელიც არის კატასტროფული დანახარჯების მაღალი რისკის წინაშე.

რაც შეეხება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის ეკონომიკის სხვა სფეროში ინვესტირებას, ექსპერტთა მცირე ჯგუფმა აღნიშნა, რომ არსებობს მაღალი დონის მტკიცებულება (მსოფლიო ბანკი, სავალუტო ფონდი), რომ ინვესტირება ჯანდაცვაში/ ადამიანურ კაპიტალში, გრძელვადიან პერიოდში, იწვევს გაცილებით მაღალ უკუგებას, ვიდრე ეკონომიკის ნებისმიერ სფეროში ინვესტირება.

სავალდებულო კერძო დაზღვევის განვითარება, როგორც სერვისებზე უნივერსალური მოცვის ზრდას ერთ-ერთი გზა

დღეს, უკვე 21-ე საუკუნეში, როდესაც ჯანდაცვა სწრაფად ვითარდება და ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება ვერ ეწევა ჯანდაცვის მზარდ ხარჯებს, უნივერსალური მოცვის მიღწევა სახელმწიფო ფინანსების ხარჯზე განვითარებული ქვეყნებისთვისაც კი გამოწვევა გახდა. ნებისმიერი ქვეყნისთვის ამოცანაა, რომ წინასწარ გადახდის სქემებში მონაწილეობას ხელი შეუწყოს ყველა მიმართულებით, განახორციელებს ამას ერთი გადამხდელის პრინციპით, თუ მულტიგადამხდელის შემოტანით, სადაც მონაწილეობენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები, ეს უკვე მეორადი ამოცანაა. მთავარი ამოცანაა, რომ რაც შეიძლება მეტი ადამიანი იღებდეს მონაწილეობას წინასწარი გადახდის სქემებში. შესაბამისად, უნივერსალურობის პრინციპის უზრუნველყოფა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მაქსიმალურად არის მხარდაჭერილი წინასწარი გადახდის სქემები იქნება ეს რეგულაციებით, თუ ფინანსური სტიმულებით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, გამოკითხულ ექსპერტთა სრული თანხვედრა აღინიშნა უნივერსალიზმის სახელმწიფო მონაწილეობით, ისე ნებაყოფლობითი კონტიბუციით მიღწევის მიმართულებით. „ვინც დასაქმებულია, მათ მიერ კერძო სადაზღვევო პაკეტის შეძენა იქნება დამხმარე მექანიზმი საყოველთაო მოცვის მიმართულებით. ეს არის ის თემა, რაზეც სერიოზულად უნდა ვიფიქროთ და ვიმსჯელოთ მომავალში. ორივეს ჰქონდეს შემავსებელი ფუნქცია და მეტი წილი უნდა ჰქონდეს სახელმწიფოს...“. დაფიქსირდა მოსაზრება, რომ უნივერსალური დაფარვისთვის მნიშვნელოვანია როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დაზღვევის მონაწილეობა. ეს იქნება ნებაყოფლობითი თუ მანდატორული, ეს დამოკიდებულია ქვეყნის ეკონომიკური

განვითარების კულტურასა და ადამიანთა თვითშეგნებაზე. თუმცა, ზოგჯერ შესაძლოა დაგვჭირდეს კანონით დადგენილი მანდატორიზმი.

მიუხედავად უნივერსალური მოცვის მიღწევაში კერძო დაზღვევის მონაწილეობის საკითხზე ყველა გამოკითხულის კონსენსუსისა, ექსპერტების ნაწილი ყურადღებას ამახვილებს ისეთ რისკებზე, როგორიცაა ფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა სიმცირე, ასევე, სერვისების საბაზისო პაკეტის და მისი ღირებულების დადგენის აუცილებლობა. მნიშვნელოვანია სადაზღვევო სისტემის მზაობა სხვადასხვა რისკის მატარებელ ბენეფიციართა დიდი ნაკადის მიღებისა და შემთხვევების ეფექტიანი მართვისთვის.

სავალდებულო დაზღვევის შენატანი, თუ ზოგადი საბიუჯეტო გადასახადი?

ქვეყანაში ჯანდაცვის რეფორმების ტალღა 1995 წელს დაიწყო. 1995-1997 წლებში სახელმწიფომ შემოიღო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის სისტემა. 2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით. 2003 წლის შემდეგ, დაიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების ახალი ეტაპი: მთავრობამ აირჩია ლიბერალური ეკონომიკური პოლიტიკა და სოციალური დაზღვევის სისტემა შეიცვალა ზოგად გადასახადზე დაფუძნებული სისტემით, რომელიც დღემდე გრძელდება.

კითხვაზე, რომელი იქნება უპრიანი ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის - სავალდებულო დაზღვევის შენატანი, თუ ზოგადი საბიუჯეტო გადასახადი, ექსპერტთა მოსაზრებები (63%) ზოგად საბიუჯეტო შენატანებზე დაფუძნებულ მოდელისკენ გადაიხარა. ექსპერტთა 19% თვლის, რომ კარგი იქნება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის შემოღება, რადგან უფრო პროგნოზირებადი გახდება ჯანდაცვის დაფინანსების ოდენობა, რაც შესაძლებელს გახდის გრძელვადიან დაგეგმვას. იგივე რაოდენობის ექსპერტები (19%) ემხრობა დაფინანსების შერეულ მოდელს.

სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების მოწინააღმდეგეთა მოსაზრება ეფუძნებოდა შემდეგ არგუმენტებს: „ჩვენს ქვეყანაში არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა მნიშვნელოვნად ჭარბობს ფორმალურ სექტორში დასაქმებულებს...“. მათი უმეტესობიდან მანდატორული მიზნობრივი გადასახადის ამოღება რთული იქნება,

როდესაც არ არის კარგად განვითარებული შემოსავლების აღრიცვის სისტემა. სავალდებულო დაზღვევის გადასახადი გახდება დამატებითი საგადასახადო ტვირთი, მით უფრო, რომ ფორმალურ სექტორში დასაქმებულზე, ის ისედაც მაღალია არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულისაგან განსხვავებით. ასევე მნიშვნელოვანი რისკია დასაქმებულების მხრიდან სამუშაო ადგილების შემცირების შესაძლებლობა. ასევე გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ქვეყანა იმყოფება დემოგრაფიული ტრანზიციის ეტაპზე. იზრდება ასაკოვანი ადამიანების რიცხვი, არა მარტო ბუნებრივად, როგორც ეს ევროპაში ხდება. არამედ მიგრაციის გავლენითაც. ეს ქმნის სოციალური დაზღვევის სისტემისთვის კიდევ ერთ გამოწვევას, ერთ ახალგაზრდაზე იზრდება ასაკოვანი ადამიანების ტვირთი.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ექსპერტები თვლიან, რომ დღეს, ჩვენი ქვეყნისთვის უფრო უპრიანია განვითარდეს საერთო გადასახადებზე დაფუძნებული მოდელი. მაგრამ, მას უნდა ჰქონდეს თავისი ორიენტირები პოლიტიკურ დოკუმენტებში და/ან კანონში უნდა იყოს დეკლარირებული სამ-ოთხ წელიწადში რა ფინანსურ პარამეტრებზე უნდა გავიდეს ქვეყანა ჯანდაცვასთან მიმართებაში - ბიუჯეტიდან 15% და მშპ-დან 5-6%, ამის შემდეგ იქნება რეალური უნივერსალიზმი.

ექსპერტთა მცირე ნაწილის მიერ სადაზღვევო გადასახდის შემოტანის სარგებელი ასე აიხსნება: „სავალდებულო დაზღვევის სისტემა არის სტაბილური შენატანი ჯანდაცვის სისტემაში...“. გარდა ამისა, ეს არის კონტრაქტი დასაქმებულ მოსახლეობასა და სახელმწიფოს შორის ჯანდაცვის მიმართულებით. მდგრადობის თვალსაზრისით, უკეთესია, როდესაც არის ჯანდაცვაზე მიზანმიმართული რესურსი, თუმცა გარკვეული სტაბილური ფინანსური გარანტიების პირობებში, ნებისმიერი წყაროდან შეიძლება ფულის გამოყენება და თანაც არაერთი წყაროდან. კარგია, თუ იქნებოდა ჯანდაცვაზე მიზანმიმართული ბიუჯეტი, თუნდაც სამკურნალო და პრევენციული პროგრამებისთვის. მეორეს მხრივ, თუკი გადასახადები გახდა მიზნობრივი, ამას ექნება ძალიან ძლიერი მხარე, იმიტომ რომ ჯანდაცვის ბიუჯეტი გახდება უკვე პროგნოზირებადი, ბევრად უფრო მარტივი და შედეგზე ორიენტირებული. ეს კი შესაძლებელს გახდის ხანგრძლივ-ვადიანი პრიორიტეტების დაგეგმარებას.

ჯანრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში დაგროვილი გამოცდილებით, დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში სავალდებულო დაზღვევის გადასახადები ვერ უზრუნველყოფენ მნიშვნელოვან შემოსავლების ჯანდაცვისთვის. რაც გამოწვეულია

ფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა შეზღუდული რაოდენობით და გეოგრაფიული ჩანაცვლების პროცესით. აღნიშნული კი განაპირობებს უთანაბრობას სერვისების მოხმარებასა და ფინანსურ დაცულობაში. ამიტომ, სულ უფრო საჭირო ხდება სახელმწიფო წყაროების დივერსიფიკაცია და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დამატებითი ფინანსების სუბსიდირება ჯანდაცვის სექტორში.

ექსპერტთა ნაწილის აზრით, დიდი მნიშვნელობა არ აქვს ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების წყარო იქნება სადაზღვევო შენატანები, თუ ზოგად საბიუჯეტო გადასახადი. ამას ძირითადად განაპირობებს ქვეყნის მოწყობა, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება, ქვეყნის საგადასახადო განვითარების კულტურა. მთავარია ფული შეგროვდეს და ჯანდაცვისთვის ადექვატური თანხა იყოს გამოყოფილი.

გასათვალისწინებელია, რომ ბისმარკისეულ მიზნობრივ შენატანებზე დამყარებულ მოდელში უფრო პროგნოზირებადია ფული. ზოგად გადასახადზე დამყარებულ სისტემაში პოლიტიკური მომენტი მეტია და ეს გარკვეულ რისკს ქმნის. თუმცა, ზოგადი გადასახადებიდან გაცილებით იოლია ჯანდაცვისთვის თანხების მობილიზება. უნივერსალური მოდელი, რომელიც ქვეყანას წაადგება არ არსობობს. ჯანდაცვის მოდელი ეუმნება კლასიკური ჯანდაცვის ერთ-ერთ მოდელს ბისმარკისეულს, ბევერიჯისეულ ან შერეულ მოდელს და შემდეგ ქვეყანა ავითარებს მას.

შერეული მოდელის მომხრეებისთვის, საყოველთაოობა როგორ იქნება მიღწეული არ აქვს ამას არსებითი მნიშვნელობა. სავალდებულო დაზღვევის პრონციპების შემოტანა კარგია, თუმცა, არც ფორმალურ სექტორში არ ისე დიდი რაოდენობით დასაქმებულთა გამო, სახელმწიფოს მაინც საჭირო იქნება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სუბსიდირება, რომ საყოველთაოობას იქნეს მიღწეული ჯანდაცვის სერვისებზე. ამით შეიქმნება შერეული სისტემა ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევა სახელმწიფოს მხარდაჭერით.

კერძო, თუ სახელმწიფო შემსყიდველი, თუ სხვა?

რეფორმის პირველ ეტაპზე, 1995 წელს, ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის შემოღების და დეცენტრალიზაციის შედეგად, განხორციელდა სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების განცალკევება. ეს ფუნქციები გადანაწილდა სამინისტროს, სახელმწიფო სოციალური/სამედიცინო დაზღვევის ორგანოსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის.

2007 წელს მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები. სადაზღვევო კომპანიებისთვის დაინერგა ე.წ. „წინასწარი გადახდის“ სქემები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ (პასიური შემსყიდველი) ყოველთვიურად ერიცხებოდათ პრემიები დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად. პრემიების დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებით შედგენილი სახელმწიფო ასიგნებები.

2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოველთაო მოცვით. პროგრამას 2020 წლამდე მართვდა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, 2020 წლიდან ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, რომელიც პასიური შემსყიდველისგან გახდა აქტიური შემსყიდველი.

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში არსებული გამოცდილებიდან გამომდინარე ექსპერტებს დაესვა კითხვა: ჩვენი ქვეყნისთვის, რომელია საუკეთესო: კერძო, თუ სახელმწიფო შემსყიდველი, თუ სხვა?

ექსპერტთა შეხედულებები ასე გადანაწილდა - სახელმწიფო შემსყიდველი 31%, კერძო შემსყიდველი 44%, შერეული მოდელი 19%, არაფექტური რეგულაციების პირობებში სულ ერთია რომელი მოდელი იქნება - 6%.

ევროპის ქვეყნებში გამოიყენება შესყიდვების სხვადასხვა მოდელი, თუმცა უფრო მეტად დანერგილია სახელმწიფო შემსყიდველის ინსტიტუცია. ასევე, გამოიყენება როგორც კერძო შემსყიდველი, ისე შერეული შემსყიდველი მოსახლეობისთვის ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების შესასყიდად.

სერვისების შესყიდვა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის-ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფუნქციას წარმოადგენს და გულისხმობს თავმოყრილი ფონდების მომსახურების მიმწოდებლებთან ალოკაციას. შესყიდვა თავისთავში მოიცავს არჩევას: რისთვის უნდა მოხდეს გადახდა; როგორც უნდა მოხდეს გადახდა და ვისთვის უნდა მოხდეს გადახდა.

ერთ-ერთი გამოკითხული რესპონდენტის ინფორმაციით, ჯანმოს კვლევის შედეგებით, თუ ქვეყნის მოსახლეობა, ან მიზნობრივი მოსახლეობა ვიზუალურად უნდა გავრცელდეს

სახელმწიფო პროგრამები, არის ხუთ მილიონზე ნაკლები, ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია ერთი შემსყიდველის მოდელის გამოყენება. თუ მოსახლეობის რაოდენობა 9-10 მილიონზე მეტია, მაშინ უკვე ხარჯეფექტურობის გათვლებიდან გამომდინარე, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს შერეული მოდელი, ან შესყიდვა მთლიანად გატანილ იქნეს კერძო სექტორში. ამიტომ ეფექტიანობის კუთხით, აუცილებელია, რომ ერთიანი შემსყიდველის პრინციპი იყოს დანერგილი ქვეყანაში იქნება ეს სახელმწიფო შემსყიდველი ე.წ. ბევერიჯის მოდელი, თუ სოციალური დაზღვევის ფონდი, როგორცაა ბისმარკის ტიპის ქვეყნებში. თუმცა, სუსტი სახელმწიფო რეგულაციების პირობებში კერძო შემსყიდველი ისევე არაეფექტურია, როგორც სახელმწიფო შემსყიდველი.

ერთიანი სახელმწიფო შემსყიდველის არსებობა ეფექტურია, რადგან რისკების მართვის ეფექტურობა ბევრადაა დამოკიდებული პულის სიდიდეზე. საქართველოში, სადაც პოპულაცია 3 მილიონს შეადგენს და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო თანხები არ ისე მაღალია, რისკების ფრაგმენტაცია კიდევ უფრო ბევრ პრობლემებს შექმნის. თუმცა, რესპონდენტები არ გაურბოდნენ იმის აღიარებას, რომ აქამდე სახელმწიფო შემსყიდველს არასდროს მოუგია სტრატეგიული შესყიდვის ფუნქცია თავის თავზე, რაც განაპირობებდა მის ნაკლებ ეფექტურ ფუნქციონირებას.

მულტიშემსყიდველის დანერგვის მომხრეთა მიერ მოყვანილი არგუმენტით, ჩვენს ქვეყნის რეალობიდან გამომდინარე, „...თუ ბაზარზე უნდა იყიდო საქონელი, უკეთესად ყიდულობს კერძო შემსყიდველი. ანუ კვალიფიციური აგენტი გამოყენება ბაზარზე შესყიდვისას ბევრად უფრო გამართლებულია“. ოღონდ, ეფექტიან შესყიდვას ასევე სჭირდება გამჭვირვალე და კარგი თამაშის წესები, რომ კერძო ინტერესებმა არ დააზარალოს საზოგადოების ინტერესები.

გამართული სადაზღვევო ინდუსტრიის პირობებში, რომლებიც მართავენ ასიათასობით კონტრაქტს, რატომ უნდა შეიქმნას ერთი სუსტი სახელმწიფო შემსყიდველი, რომელის გამოცდილებაც უკვე 25 წელია გვაქვს, რომელსაც გაუჭირდება შემთხვევების მართვა. სახელმწიფოსთვის გაცილებით იოლია კარგი თამაშის პირობებში 12 სადაზღვევო კომპანიის მართვა, ვიდრე 300 საავადმყოფოს და 1000-მდე ამბულატორიის.

რესპონდენტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ერთი შემსყიდველი ჩვენს რეალობაში არ მუშაობს. ამჟამად ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო ზრუნავს ფინანსებზე და არა ხარისხზე. თუ ქვეყანას უნდა მომსახურების მაღალი ხარისხი,

სახელმწიფომ ფინანსური რისკი უნდა გადააბაროს კერძო სადაზღვევო კომპანიებს და თავად იზრუნოს ხარისხის ამაღლებაზე, თუმცა უნდა დარჩეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების შემსყიდველად.

ერთ-ერთი ექსპერტის სიტყვებით რომ ვთქვათ, „... იმიტომ რომ ქვეყანაში სახელმწიფო შესყიდვებმა არ გაამართლა ეს არ გულისხმობს, რომ სახელმწიფო შემსყიდველის ფენომენი არ ვარგა“. ეს დამოკიდებულია ქვეყნის მარეგულირებ გარემოსა და სისტემის მოწყობაზე. კერძო შემსყიდველი ეკონომიკურადაც უფრო გამართლებულია, იმიტომ, რომ მას აქვს შესაძლებლობა დაზღვევის პრინციპით, ანუ ე.წ. სოლიდარობის პრინციპით მართოს რისკები. დაბალი და საშუალო შემოსავლების ეკონომიკის ქვეყნისთვის, როცა ცოტა ფულს მიმართავს სახელმწიფო ჯანდაცვაზე და სურს ბენეფიართა ფართო ფენის მოცვა, უმჯობესია სახელმწიფო ფული სადაზღვევო კომპანიებს გადასცეს სამართავად, რომელთაც აქვთ ამ თანხის ე.წ. „გაბეგრების“ შესაძლებლობა. მაშინ, როდესაც სახელმწიფო შემსყიდველი, მხოლოდ იმ თანხის დამხარჯავია, რასაც სახელმწიფო მისცემს მას.

თუმცა აქვე აღინიშნა, რომ აქ არის ერთი მომენტი, რომელიც მთელს მსოფლიოში მუშაობს, და საქარველოში არ იყო გათვალისწინებული. როდესაც სახელმწიფო საერთო შემოსავლების ამხელა წილს აძლევს კერძო ბიზნესს, სახელმწიფოს ამით ეძლევა კარგი ბერკეტი, რაც შეიძლება მკაცრად არეგულიროს და აკონტროლოს მისი თანხების მართვა, რასაც ჰქვია ე.წ. მართული კონკურენცია.

შერეული მოდელის მომხრეები აღნიშნავენ, რომ ერთი სახელმწიფო შემსყიდველის პარალელურად, უნდა მოხდეს კერძო შემსყიდველების განვითარება, რათა ქვეყანას ჰქონდეს კომბინირებული შესყიდვის სისტემა. მათი აზრით, საქართველოს რეალობაში უნდა შეიქმნას სახელმწიფოზე მორგებული სტრატეგიული შესყიდვის სისტემა. კერძო მომგებიანი სადაზღვევო კომპანიებისთვის შესყიდვის ფუნქციების გადაცემა საკმაოდ დიდ რისკებთან, ნეგატიურ სტიმულებთან არის დამოკიდებული. მას სჭირდება კარგი და ეფექტიანი რეგულირება. თუმცა, თუ სახელმწიფო შეძლებს თამაშის ეფექტიანი წესების დაწესებას, მაშინ შესაძლებელია მომგებიან სადაზღვევო კომპანიებსაც მიანდო შესყიდვისა და ანაზღაურების ფუნქცია, ანუ უნდა იყოს მართული კონკურენცია.

რა არის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ადმინისტრირების ეფექტიანობის გაუმჯობესების საუკეთესო გზა?

მსოფლიო ბანკის 2017 წლის სახელმწიფო დანარახების ანგარიშმა აჩვენა ის ძირითადი გამოწვევები, რომელთა წინაშეც დგას ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა მდგრადობისა და ეფექტიანობის მიმართებაში: შესყიდვის მექანიზმი სუსტია და არ ხდება ხარჯების ეფექტური მართვა (პრაქტიკულად პასიური შემსყიდველი); საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დიზაინი ქმნის მაღალხარჯიანი სერვისების მოხმარების სტიმულებს; პროგრამაზე და პაციენტებზე ზეწოლას ახდენს მედიკამენტების მაღალი ფასები.

ექსპერტების მოსაზრებით, ფინანსების არაეფექტურად მართვა, არა მარტო ჩვენი ქვეყნისთვის არის პრობლემა. 2010 წლის მსოფლიო ჯანდაცვის ანგარიშში ასახულია, რომ მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების 20-30% არის არაეფექტური ხარჯი.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტიანად მართვისთვის ექსპერტთა ჯგუფი სხვადასხვა გამოსავალს გვთავაზობს. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ერთ-ერთი მოსაზრებაა, თუ ქვეყანა აგრძელებს ბაზარზე ორიენტაციის მიმართულებას და სამედიცინო მომსახურებისას ძირითადად კერძო ბაზრი არის წამყვანი, მაშინ ადმინისტრირების ყველაზე კარგი გზაა, რომ სახელმწიფო მაქსიმალურად მოშორდეს შესყიდვებსაც და უშუალოდ სერვისის მიმწოდებლებთან ურთიერთობასაც, რადგან სახელმწიფო ადმინისტრირება ვერასდროს ვერ იქნება ისეთი ეფექტიანი კერძო ბაზარზე, როგორც კერძო აგენტის. ამიტომ სახელმწიფოს როლი ადმინისტრირებაში უნდა შემოიფარგლოს წესებისა და სტანდარტების დადგენით, რათა არ დაზიანდეს მომხმარებლის და საზოგადოების ინტერესი მომსახურების მიწოდებისას.

ქვეყანა უნდა გადავიდეს მრავალ შემსყიდველის მოდელზე, თუმცა, სისტემას უნდა ჰქონდეს რიგიდული მარეგულირებელი გარემო, რომელშიც შემსყიდველები ოპერირებენ. ამ მიმართულებით მსოფლიოში ბევრი გამოცდილებაა დაგროვილი. ერთ-ერთი საუკეთესოა მართული კონკურენციაა (managed competition).

თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სოლო შემსყიდველად სააგენტო 2013 წელს ჩამოყალიბდა. ლაპარაკია 5-6 წლიან პერიოდზე. ეს ძალიან ცოტაა, იმისთვის რომ ის იყოს ეფექტური. ყველაზე დიდი პრობლემა საქართველოში ის არის, რომ არ არის ხანგრძლივადიანი ხედვა. 3-4 წელიწადში მოდის ახალი მმართველი გუნდი სამინისტროში და ყოველთვის იცვლება ეს ხედვა და ჯანდაცვის განვითარების მიმართულება. ქვეყანამ უკვე ერთი ხუთწლიანი ციკლი გაიარა ერთი შემსყიდველის პრინციპით და მიიღო გარკვეული გამოცდილება. შემდეგი ხუთწლიანი ციკლი არის

ერთი შემსყიდველის ფუნქციების დახვეწა და ეფექტიანობის გაძლიერება. ამისათვის საჭიროა სტარტეგიული შესყიდვების გააქტიურება, როგორც პირველად ჯანდაცვაზე ისე, ჰოსპიტლების დონეზე, რაც ნიშნავს იმას, რომ სახელმწიფო შეისყიდის იმ მოცულობის სერვისს, რაც მას სჭირდება მის მიერ დაფინანსებული კონკრეტული ჯგუფებისთვის.

შემსყიდველს უნდა ჰქონდეს ხანგრძლივადიანი გეგმები, როგორ ასრულებს სააგენტო შესყიდვებს, როგორია სელექციის კრიტერიუმები, რა მეთოდებით ხორციელდება კონტრაქტინგი, როგორ ახდენს სახელმწიფო ფულის ადმინისტრირებას და ა.შ. რაც მთავარია, ეს ერთი შემსყიდველი იზოლირებული უნდა იყოს სამინისტროსგან და ის არ უნდა იყოს სამინისტროს დაქვემდებარებაში. სამინისტრო უნდა იყოს პოლიტიკური ორგანო, ერთი შემსყიდველი უნდა იყოს სამინისტროს გარეთ და ატარებდეს სამინისტროს პოლიტიკას, თუმცა, შესყიდვებში ის უნდა იყოს სრულად დამოუკიდებელი.

ასევე, უნდა შეიქმნას მკაფიო ხარისხის სისტემის ჩარჩო, რათა ხარისხი იყოს უზრუნველყოფილი. მნიშვნელოვანია სერვისების ანაზღაურების მექანიზმების დახვეწა. მაგალითისთვის, როგორიცაა შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურების მეთოდები. DRG-ის სისტემა მოგვცემს საშუალებას გასაგები გახდეს სერვისის ტარიფი და თავიდანვე იქნეს აღმოფხვრილი არაეფექტურობის ის მოდელი, რომელიც შეიძლება უკავშირდებოდეს მაგალითად პაციენტის დაყოვნების ხელოვნურად გაზრდას.

ასევე აუცილებელია კლინიკური გაიდლაინებისა და პორპტოკოლების შემუშავება და დანერგვა თუნდაც ჰოსპიტალიზაციის და რეფერალის კრიტერიუმებისთვის და ამ ყველაფრის მონიტორინგი.

დიდი აქცენტი გადატანილ იქნეს პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე. უნდა მოხდეს პჯდ ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება, რათა გაჩნდეს მათ მიმართ ნდობა. ამით არაეფექტური ხარჯების წილი შემცირდება. ქრონიკული დაავადების მართვა პჯდ დონეზე, განსაკუთრებით პრევენციული ღონისძიებები პჯდ დონეზე, შესაძლებლობას იძლევა დაიზოგოს ხარჯები ჰოსპიტალურ დონეზე.

წამლის წილი ზოგადად ჯანდაცვის ხარჯებზე მაღალია. ეს არის პირდაპირი ინდიკატორი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შესაფასებლად. OECD-ის ქვეყნებში წამლის ხარჯი 17%-ია ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში. ჩვენს ქვეყანაში წამლის ხარჯი

საკმაოდ მაღალია. რა უნდა გაკეთდეს მისი შემცირებისთვის? საქართველომ უნდა გამოიყენოს სხვადასხვა ქვეყნებში უკვე არსებული წამლის ანაზღაურების სისტემის საუკეთესო მაგალითები და უნდა შეიქმნას წამლის სწორი პოლიტიკა.

რაც შეეხება ჰოსპიტალურ სექტორს, საჭიროა რეგულაციების გამკაცრება. ჩვენი ჯანდაცვის სისტემა იგივე განვითარების ეტაპებს გადის, რაც ამერიკამ გაიარა 60-70-იან წლებში. მედიქარის და მედიქეიდის შემოღების შემდეგ, ასე წერდნენ მკვლევარები „აფეთქდა იმ სერვისების მოხმარება (კი არ მოიმატა), რომელსაც ეს პროგრამები აფინანსებდა. მეტი აქცენტი უნდა გაკეთდეს ხარისხის მართვის მექანიზმების დანერგვაზე.

როგორ უნდა გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა/ეფექტურობა?

რესპონდენტებს ეთხოვათ ჩამოეთვალათ რამდენიმე მიმართულება, რომელიც მნიშვნელოვანია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისთვის. მათ მიერ ჩამოთვლილი ღონისძიებები ასე დაჯგუფდა:

1. ჯანდაცვის სისტემის გრძელვადიანი ხედვის ჩამოყალიბება
2. ხარჯების შეკავების/კონტროლი მექანიზმების დახვეწა, სტრატეგიული შესყიდვის, სელექტიური კონტრაქტირების და ანაზღაურების შედეგებზე დამყარებული მეთოდების დანერგვა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების ჩათვლით
3. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, მოსახლეობის მოტივაცია პჯდ სერვისის მისაღებად, მეტი აქცენტი დაავადებების პრევენციაზე, სკრინინგსა და ადრეულ გამოვლენაზე
4. ფარმაცევტული საშუალებების სუბსიდირება და ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების პროგრამის გაფართოება და ეფექტიანობის ამაღლება
5. სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბაზარზე დაშვების პირობების გადახედვა და გამკაცრება, რეფორმები მედიკამენტების ფასწარმოქმნასა და ფასთ-რეგულაციაში
6. ქვეყნის საჭიროებების განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის სისტემასა და ჰოსპიტალურ სექტორში
7. ხარისხის მართვის მექანიზმების ჩამოყალიბება და ხარისხის სტანდარტების შემოღება
8. სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმა: უწყვეტი სამედიცინო განათლება, რეაკრედიტაცია, საექთნო განათლების სისტემა

9. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების მოწესრიგება და ელექტრონული ჩანაწერების სისტემის დანერგვა
10. ყველა მოსახლეს გაერთიანება წინასწარი გადახდის სქემებში
11. ფინანსური რისკების ბევრ შემსყიდველზე გადანაწილება მართული კონკურენციის შესაქმნელად
12. ისეთი თამაშის წესების შემუშავება, სადაც პაციენტის, ექიმისა და შემსყიდველის ინტერესი თანაბრად იქნება დაცული

7.3. შეჯამება

ექსპერტების მიერ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელების ეფექტიანობის შეფასების კვლევისთვის გამოყენებული იქნა ხარისხობრივი კვლევა, ჩატარებული ინტერვიუს სახით დარგის 16 საერთაშორისო და ეროვნულ ექსპერტთან, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის, სერვისებით მოცვის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის და ფინანსური დაცვის მიმართულებით.

კვლევაში მოწილეთა შეჯერებული განმარტებით, სამედიცინო დახმარებით უნივერსალური მოცვა, ეს არის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობა, რომ ყველა ადამიანს, მიუხედავად თავისი შემოსავლისა, სოციალური ფენისა, რეგილიური მრწამსისა და ა.შ. ჰქონდეს თანაბარი ხელმისაწვდომობა ბაზისურ სამედიცინო სერვისებზე.

ექსპერტთა შეხედულებით, უნივერსალიზმი არ ნიშნავს, რომ ყველანაირ საჭიროებას უნდა ფარავდეს სახელმწიფო ბიუჯეტი. აქ უნდა იყოს ჯანდაცვის რისკების სწორი გადანაწილება. მნიშვნელოვანია განისაზღვროს ვალდებულებები, როგორც სახელმწიფოს მხრიდან, ისე ინდივიდუალური ადამიანის მხრიდან ჯანდაცვაზე რისკების გადანაწილების კუთხით და ფინანსური პასუხისმგებლობებიც შესაბამისად გადანაწილდეს.

ექსპერტთა 2/3 თანხმდება, რომ საქართველოში მცდელობა და სურვილი არის, რომ ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უნივერსალურობა იყოს მიღწეული, ანუ ადამიანმა მიიღოს ფინანსურად და გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი სერვისი საჭირო დროს და საჭირო ადგილას. გზა სწორია, რაც აირჩია ქვეყანამ 2013 წელს - სვლა უნივერსალიზმისკენ.

ექსპერტების 90% თანხმდება, რომ დისკრეტულად ამაზე საუბარი მიზნობრივი ჯგუფები, თუ უნივერსალური მოცვა არ შეიძლება. რეალურად მთელი მსოფლიო ნაბიჯ-ბანიჯ მიდის უნივერსალური მოცვისკენ, რომელიც ყველაზე უფრო სწორი გზაა თანასწორობის და სამართლიანობის მიღწევისა.

უნივერსალიზმს, რომ ალტერნატივა არ აქვს რესპონდენტთა თითქმის უმრავლესობამ ეთობლოგიკად დაადასტურა. აქვე აღინიშნა, რომ 2017 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით სტრატეგიცირებამ ერთის მხრივ, შეამცირა უთანაბრობა და გაზარდა სამართლიანობა, ხოლო მეორეს მხრივ, უფრო მიზნობრივ ჯგუფებზე ორიენტირებული გახადა.

გამოკითხულ ექსპერტთა სრული თანხვედრა აღინიშნა უნივერსალიზმის სახელმწიფო მონაწილეობით, ისე ნებაყოფლობითი კონტიბუციით მიღწევის მიმართულებით. ვინც დასაქმებულია, მათ მიერ კერძო სადაზღვევო პაკეტის შეძენა იქნება დამხმარე მექანიზმი საყოველთაო მოცვის მიმართულებით. აუცილებელია, რომ ორივეს ჰქონდეს შემავსებელი ფუნქცია და მეტი წილი დარჩეს სახელმწიფოს მხარეს. ამიტომ, უნივერსალური დაფარვისთვის მნიშვნელოვანია როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დაზღვევის მონაწილეობა.

კითხვაზე, რომელი იქნება უპრიანი ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის - სავალდებულო დაზღვევის შენატანი, თუ ზოგადი საბიუჯეტო გადასახადი, ექსპერტთა მოსაზრებები (63%) ზოგად საბიუჯეტო შენატანებზე დაფუძნებულ მოდელისკენ გადაიხარა. ექსპერტთა 19% თვლის, რომ კარგი იქნება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის შემღება, რადგან უფრო პროგნოზირებადი გახდება ჯანდაცვის დაფინანსების ოდენობა, რაც შესაძლებელს გახდის გრძელვადიანი პრონოზებას. იგივე რაოდენობის ექსპერტები (19%) ემხრობა დაფინანსების შერეულ მოდელს.

ქვეყანაში არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა მნიშვნელოვნად ჭარბობს ფორმალურ სექტორში დასაქმებულებს, არ არის კარგად განვითარებული შემოსავლების აღრიცვის სისტემა. ასევე გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ქვეყანა იმყოფება დემოგრაფიული ტრანზიციის ეტაპზე და იზრდება ასაკოვანი ადამიანების რიცხვი, სავალდებულო დაზღვევის გადასახადი გახდება დამატებითი საგადასახადო ტვირთი, მით ფორმალურ სექტორში დასაქმებულებისთვის.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ექსპერტთა უმრავლესობა თვლის, რომ დღეს ჩვენი ქვეყნისთვის უფრო უპრიანია განვითარდეს საერთო გადასახადებზე დაფუძნებული მოდელი. მაგრამ, მას უნდა ჰქონდეს თავისი ორიენტირები პოლიტიკურ დოკუმენტებში და/ან კანონში უნდა იყოს დეკლარირებული სამ-ოთხ წელიწადში რა ფინანსურ პარამეტრებზე უნდა გავიდექს ქვეყანა ჯანდაცვასთან მიმართებაში - ბიუჯეტიდან 15% და მშპ-დან 5-6%, ამის შემდეგ იქნება რეალური უნივერსალიზმი.

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში არსებული გამოცდილებიდან გამომდინარე, ვინ უფრო კარგად შეასრულებს შესყიდვას, კერძო, თუ სახელმწიფო შემსყიდველი, ექსპერტთა შეხედულებები ასე გადანაწილდა - სახელმწიფო შემსყიდველი 31%, კერძო შემსყიდველი 44%, შერეული მოდელი 19%, არაეფექტური რეგულაციების პირობებში სულ ერთია რომელი მოდელი იქნება - 6%.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტიანად მართვისთვის ექსპერტთა ჯგუფი სხვადასხვა გამოსავალს გვთავაზობს. ქვეყნის რეალობიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურებისას ძირითადად კერძო ბაზრი არის წამყვანი, მაშინ ადმინისტრირების ყველაზე კარგი გზაა, რომ სახელმწიფო მაქსიმალურად მოშორდეს შესყიდვებსაც და უშუალოდ სერვისის მიწოდებლებთან ურთიერთობასაც, რადგან სახელმწიფო ადმინისტრირება ვერასდროს ვერ იქნება ისეთი ეფექტიანი კერძო ბაზარზე, როგორც კერძო აგენტის. ამიტომ სახელმწიფოს როლი ადმინისტრირებაში უნდა შემოიფარგლოს წესებისა და სტანდარტების დადგენით, რათა არ დაზიანდეს მომხმარებლის და საზოგადოების ინტერესი მომსახურების მიწოდებისას.

კიდევ ერთი მოსაზრებაა, რომ ქვეყანა უნდა გადავიდეს მრავალ შემსყიდველის მოდელზე, თუმცა, სისტემას უნდა ჰქონდეს რიგიდული მარეგულირებელი გარემო, რომელშიც შემსყიდველები ოპერირებენ. ამ მიმართულებით მსოფლიოში ბევრი გამოცდილებაა დაგროვილი. ერთ-ერთი საუკეთესოა მართული კონკურენციაა (managed competition).

ექსპერტების ნახევარი თანხმდება იმაზე, რომ ქვეყანაში უნდა იყოს სოლო, სტარტეგიული შემსყიდველი, რაც ნიშნავს იმას, რომ სახელმწიფო შეისყიდის იმ მოცულობის სერვისს, რაც მას სჭირდება მის მიერ დაფინანსებული კონკრეტული ჯგუფებისთვის. მას უნდა ჰქონდეს ხანგრძლივადიანი გეგმები, როგორ ასრულებს სააგენტო შესყიდვებს, როგორია სელექციის კრიტერიუმები, რა მეთოდებით

ხორციელდება კონტაქტინგი, როგორ ახდენს სახელმწიფო ფულის ადმინისტრირებას და ა.შ. რაც მთავარია, ეს ერთი შემსყიდველი იზოლირებული უნდა იყოს სამინისტროსგან და ის არ უნდა იყოს სამინისტროს დაქვემდებარებაში.

ასევე, უნდა შეიქმნას მკაფიო ხარისხის სისტემის ჩარჩო, რათა ხარისხი იყოს უზრუნველყოფილი. მნიშვნელოვანია სერვისების ანაზღაურების მექანიზმების დახვეწა. მაგალითისთვის, როგორიცაა შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურების მეთოდები. DRG-ის სისტემა მოგვცემს საშუალებას გასაგები გახდეს სერვისის ტარიფი და თავიდანვე იქნეს აღმოფხვრილი არაეფექტურობის ის მოდელი, რომელიც შეიძლება უკავშურდებოდეს მაგალითად პაციენტის დაყოვნების ხელოვნურად გაზრდას.

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისთვის ექსპერტთა მიერ აქცენტი გაკეთდა შემდეგ მიმართულებებზე:

1. ჯანდაცვის სისტემის გრძელვადიანი ხედვის ჩამოყალიბება
2. ხარჯების შეკავების/კონტროლი მექანიზმების დახვეწა, სტრატეგიული შესყიდვის, სელექტიური კონტრაქტირების და ანაზღაურების შედეგებზე დამყარებული მეთოდების დანერგვა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების ჩათვლით
3. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, მოსახლეობის მოტივაცია პჯდ სერვისის მისაღებად, მეტი აქცენტი დაავადებების პრევენციაზე, სკრინინგსა და ადრეულ გამოვლენაზე
4. ფარმაცევტული საშუალებების სუბსიდირება და ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების პროგრამის გაფართოება და ეფექტიანობის ამაღლება
5. ხარისხის მართვის მექანიზმების ჩამოყალიბება და ხარისხის სტანდარტების შემოღება.

თავი 8. პაციენტების კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტიანობასთან დაკავშირებით ასევე განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურებით ბენეფიციართა კმაყოფილების კვლევა ქ.თბილისში. საკვლევი პოლულაციის ზომის გამოთვლის მეთოდის, ქ.თბილისის მოსახლეობის რაოდენობის და ქ.თბილისში ბოლო ერთი წლის მანძილზე მიღებული სერვისების რაოდენობის გათვალისწინებით, შეირჩა რესპონდენტთა რაოდენობა რაოდენობა 224 (სანდოობის დონე 95%; სანდოობის ინტერვალი - 5%) და მოიცვა მოსახლეობის ის ჯგუფი, რომლებმაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ბოლო ერთი წლის მანძილზე მიიღეს სტაციონარული, ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება.

რაოდენობრივი კვლევისთვის გამოყენებული იქნა სატელეფონო ინტერვიუ. კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი, კვლევაში მონაწილეებისგან მიღებული იქნა ინფორმირებული თანხმობა.

ბენეფიციართა შერჩევისთვის გამოყენებული პაციენტთა რეესტრი, რომელთაც მიიღეს მომსახურება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. პაციენტთა რეესტრი გამოთხოვილი იქნა სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოსგან“.

სასურველი შერჩევის ზომა შეირჩა სისტემური შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით (შერჩევა საწყისი წერტილისა და ფიქსირებული, შერჩევის ინტერვალის - მიხედვით). შერჩევის ინტერვალის გამოანგარიშება რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის გაყოფით შერჩევის სასურველ ზომაზე (224). სიების დალაგებული იყო ანბანის მიხედვით და საწყისი წერტილის შერჩევა მოხდა შემთხვევით.

მონაცემები გაანალიზდა SPSS24, სტატისტიკური მეთოდი: პერსონის chi2 განაწილება.

სატელეფონო დაკავშირება განხორციელდა 278 ბენეფიციართან, რომელაგან 14%-მა უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე. არასრული ინტერვიუ შედგა 4 რესპონდენტთან.

ინტერვიუ ჩატარდა სულ 245 რესპონდენტთან (ცხრილი 8).

ცხრილი 8: ინტერვიუს გამოხმაურების შედეგები

შედეგი	N	%
--------	---	---

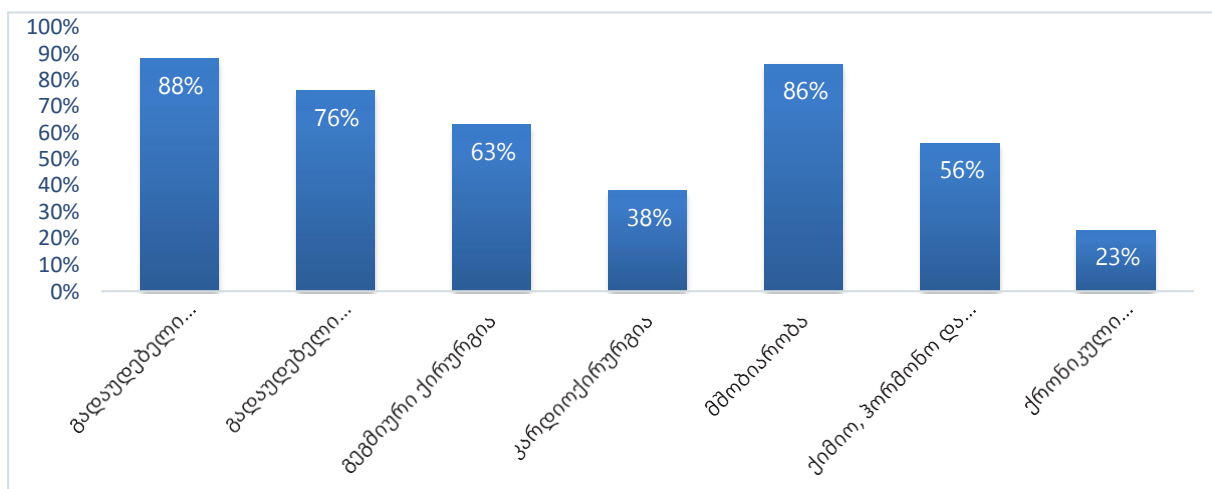
კვლევის ზომა	224	
კვლევისთვის შერჩეული	278	
სრულად ჩატარებული ინტერვიუ	245	88%
არასრული ინტერვიუ	4	1%
უარი კვლევაში მონაწილეობაზე	38	14%

კვლევას გააჩნდა შემდეგი შეზღუდვები: ა) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბაზიდან ამორჩეული იქნა მხოლოდ ის ბენეფიციარები, სადაც მითითებული იყო ტელეფონის ნომრები; ბ) კვლევამ მოიცვა მხოლოდ ის ბენეფიციარები, რომლებმაც ისარგებლეს პროგრამით.

კვლევა ჩატარდა 2021 წლის 7-15 ივლისს. კვლევაში მონაწილეთა 63% იყო ქალი, ხოლო 37% მამაკაცი. ასაკობრივი სტრუქტურის მიხედვით უმეტესობას შეადგენდა 65 და მეტი ასაკობრივი ჯგუფი - 42%, შემდეგ 46-65 წლის ასაკობრივი ჯგუფი - 37%, ხოლო 21% იყო 20-45 ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელი. გამოკითხულთა განათლების სტატუსი ასეთია: 64% - უმაღლესი განათლება და 36% - სრული საშუალო განათლება.

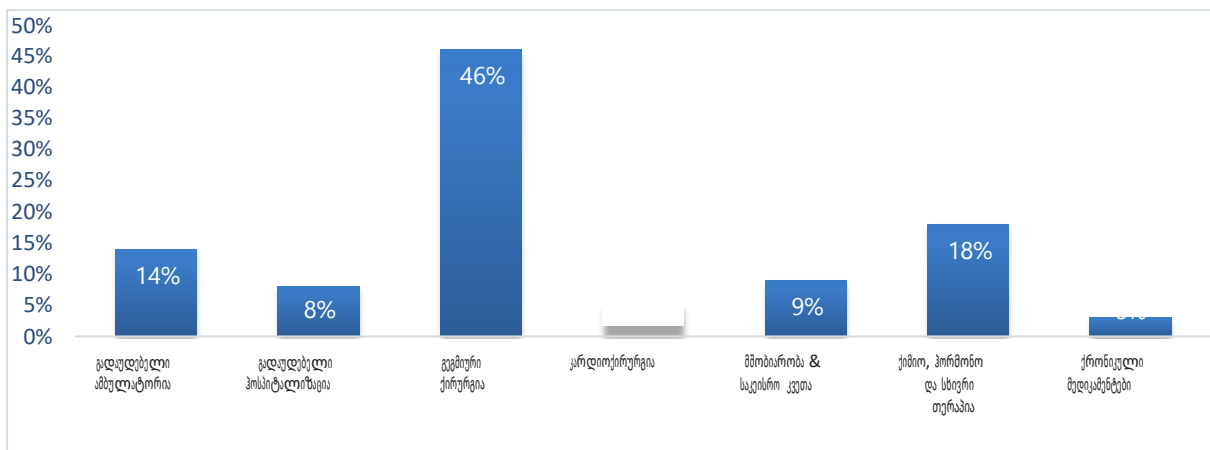
რესპონდენტები, ინტერვიუს დასაწყისში ასახელებდნენ იმ სერვისებს, რომელთაც ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. ცნობადობა დაბალია ქრონიკული მედიკამენტების შემთხვევაში. ყველაზე კარგად რესპონდენტები ინფორმირებული არიან გადაუდებელი სერვისების და მშობიარობა & საკეისრო კვეთის სერვისებზე (ნახატი 58: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ინფორმირებულობა).

ნახატი 58: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ინფორმირებულობა



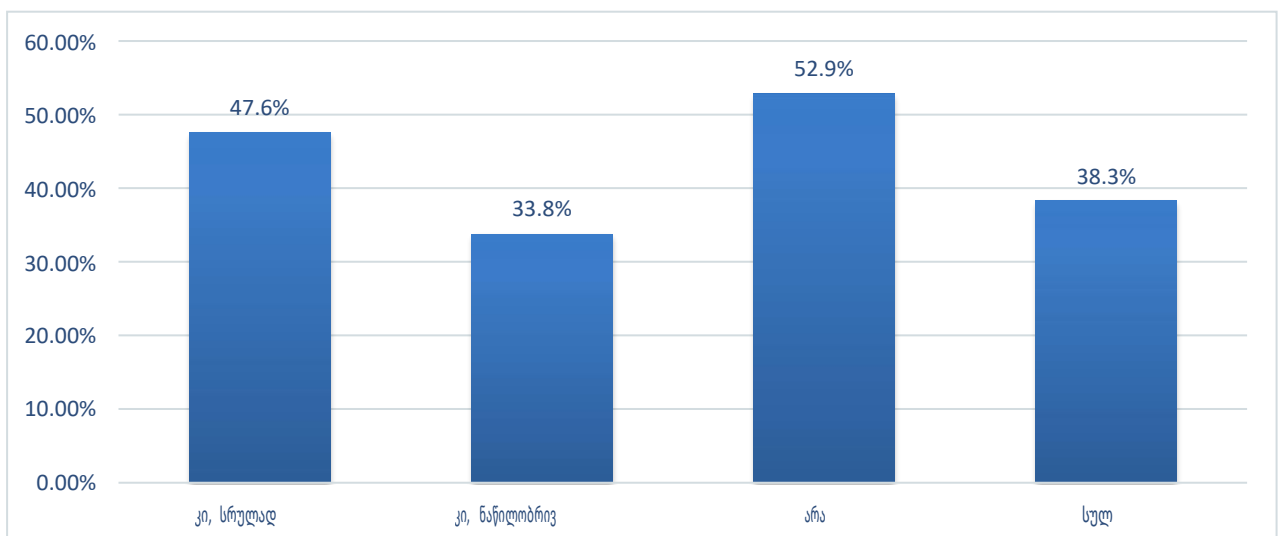
კვლევის ფარგლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, პაციენტები ყველაზე ხშირად იყენებდნენ გეგმურ ქირურგიულ მომსახურებას - 43% ($P<0.1$). ყველაზე ნაკლებად გამოყენებულია ქრონიკული მედიკამენტების კომპონენტი, რომელიც 2020 წლიდან ინტეგრირდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში - 3% ($P<0.05$) (ნახატი 59).

ნახატი 59: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფარული სერვისების გამოყენების მაჩვენებელი (%)



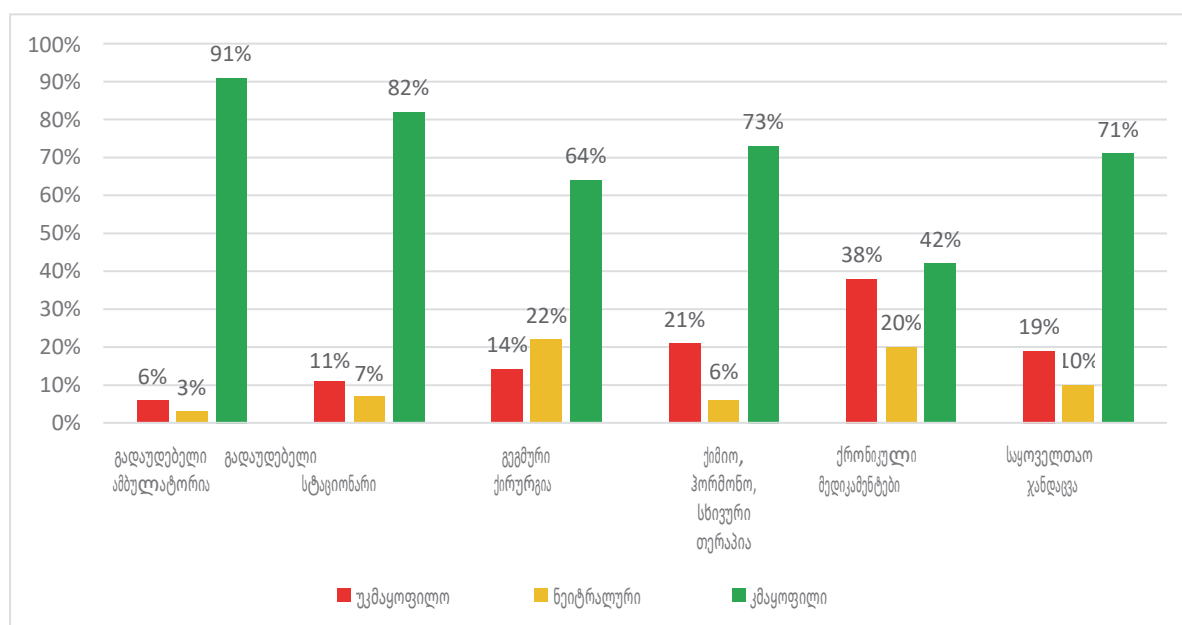
რესპონდენტების 38% ($P<0.05$) აღნიშნავდა, რომ მოუწია თანხის გადახდა, აქედან 48%-ს სრულად, ხოლო 34%-ს ნაწილობრივ (ნახატი 60).

ნახატი 60: მიღებული მოსმახურებისთვის თანხების გადახდის სტატუსი



რესპონდენტები, კვლევის ფარგლებში აფასებდნენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიღებული სერვისებს სხვადასხვა კომპონენტის მიხედვით და ანიჭებდნენ ქულებს 0-დან 5-მდე). ბენეფიციართა კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიღებული სერვისებით საკმაოდ მაღალია პროგრამის ამოქმედებიდან მე-7 წელს 71% ($P<0.05$). ყველაზე მაღალი კმაყოფილებას გამოკითხულებში იწვევს გადაუდებელი ამბულატორიული სერვისები 91% ($P<0.01$). მიღებული სერვისებით რესპონდენტთა დაბალი კმაყოფილება გამოითქვა ქრონიკული მედიკამენტების კომპონენტის მიმართ 42% ($P<0.05$) (ნახტი 61).

ნახტი 61: პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილება მიღებული სერვისებით



პროგრამის მოსარგებლეების მიერ პროგრამით კმაყოფილება/უკმაყოფილება შეფასდა 24 კომპონენტის მიხედვით: პროგრამის მოქნილობა; ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომელთა დამოკიდებულება და ოპერატიულობა; საავადმყოფოში მიღების პროცედურების სისწრაფე და მოქნილობა; კლინიკაში მიმღების პერსონალის ყურადღება; პალატის ზოგადი მდგომარეობა, სანიტარიული ნორმების დაცვა; ექიმების/ექთნების დამოკიდებულება და პროფესიონალიზმი; საკვების ხარისხი; პაციენტის მომვლელისთვის თამის გასათევი პირობები; ექიმის მიერ დათმობილი დრო; გამოწერის პროცედურების სისწრაფე და მოქნილობა; საავადმყოფო პერსონალის რეაგირება პაციენტის მოთხოვნებზე; პედიატრიული სერვისი; ქრონიკული მედიკამენტების მიღების მოქნილობა; ქიმიო-ჰორმონო-სხივური თერაპიის სერვისების მიღების მოქნილობა.

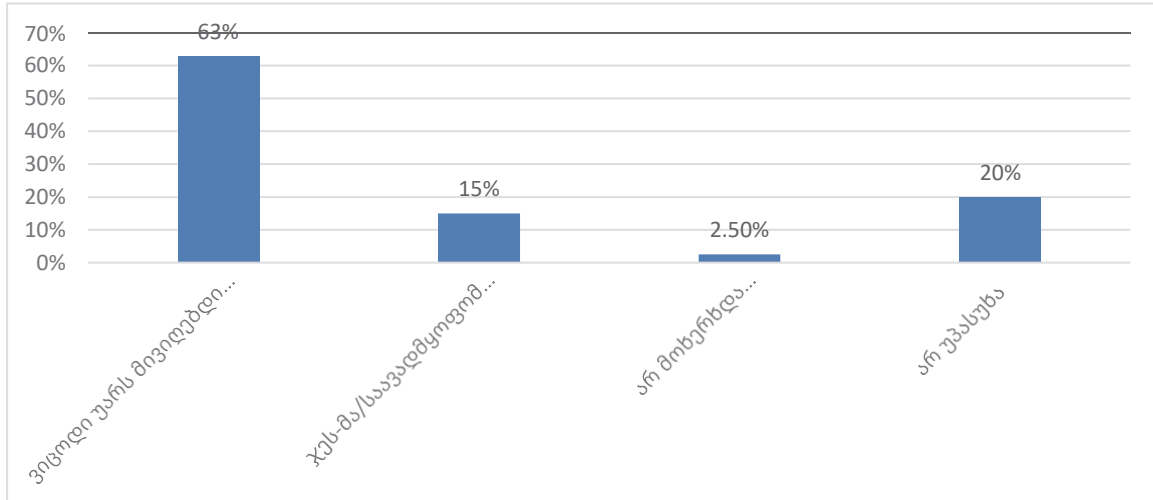
ბენეფიციართა უკმაყოფილების მაქსიმალური მაჩვენებელი გამოწვეული იყო პაციენტის თავმდგომისთვის კომფორტული ღამის გასათევი პირობებით (42.1%), საავადმყოფოს მიერ უზრუნველყოფილი საკვების ხარისხით (24.3%) და საავადმყოფოდან გამოწერის პროცედურების ნაკლები მოქნილობით (23.1%). მოსარგებლების მაღალი კმაყოფილება კი განპირობებულია სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობით (93.1%), პალატის ზოგადი მდგომარეობა (90%) და საავადმყოფოს მიმღების პერსონალის თავაზიანობა (89.3%) (ცხრილი 9).

ცხრილი 9: მოსარგებლეთა კმაყოფილების ხარისხი

		უკმაყოფილო (%)	ნეიტრალური (%)	კმაყოფილი (%)
1	ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომლების დამოკიდებულება (P=0.553)	7.2	7.1	85.7
2	ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომლების ოპერატიულობა (P=0.893)	11.3	6.9	81.8
3	სავადმყოფოში მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა (P=0.031)	9.5	14.7	75.8
4	სავადმყოფოს მიმღების პერსონალის თავაზიანობა (P=0.038)	4.7	6	89.3
5	პალატის ზოგადი მდგომარეობა (კედლები, იატაკი, ჭერი და ა.შ.) (P=0.010)	3.0	7.1	89.9
6	სისუფთავე/სანიტარულ ნორმებთან შესაბამისობა (თეთრეული, საპირფარეშო, პალატა და ა.შ.) (P=0.553)	6.3	7.3	86.4
7	ექიმების დამოკიდებულება (თავაზიანობა, ყურადღება) (P=0.013)	17.6	13.9	68.5
8	ექიმების პროფესიონალიზმი (P=0.001)	15.8	9.7	74.5
9	ექთნების დამოკიდებულება (თავაზიანობა, ყურადღება) (P=0.004)	18.2	14.4	67.4
10	ექთნების პროფესიონალიზმი (P=0.005)	15.3	14.2	70.5
11	სავადმყოფოს მიერ უზრუნველყოფილი საკვების ხარისხი (P=0.0589)	24.3	15.3	60.4
12	პაციენტის თავმდგომისთვის კომფორტული ღამის გასათევი პირობები (P=0.066)	42.1	21.5	36.4
13	მკურნალი ექიმების მიერ პაციენტისთვის დათმობილი დრო (P=0.006)	16.8	14.9	68.3
14	საწოლ-დღეების რაოდენობა (P=0.140)	1.1	5.8	93.1
15	სავადმყოფოდან გამოწერის პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა (P=0.008)	23.1	16.4	60.5
16	სავადმყოფოს პერსონალის რეაგირება პაციენტის მოთხოვნებზე (P=0.004)	14.7	3.9	81.4
17	პედიატრიული სერვისი (მხოლოდ მშობიარობის შემთხვევაში) (P=0.563)	0	5.6	94.4

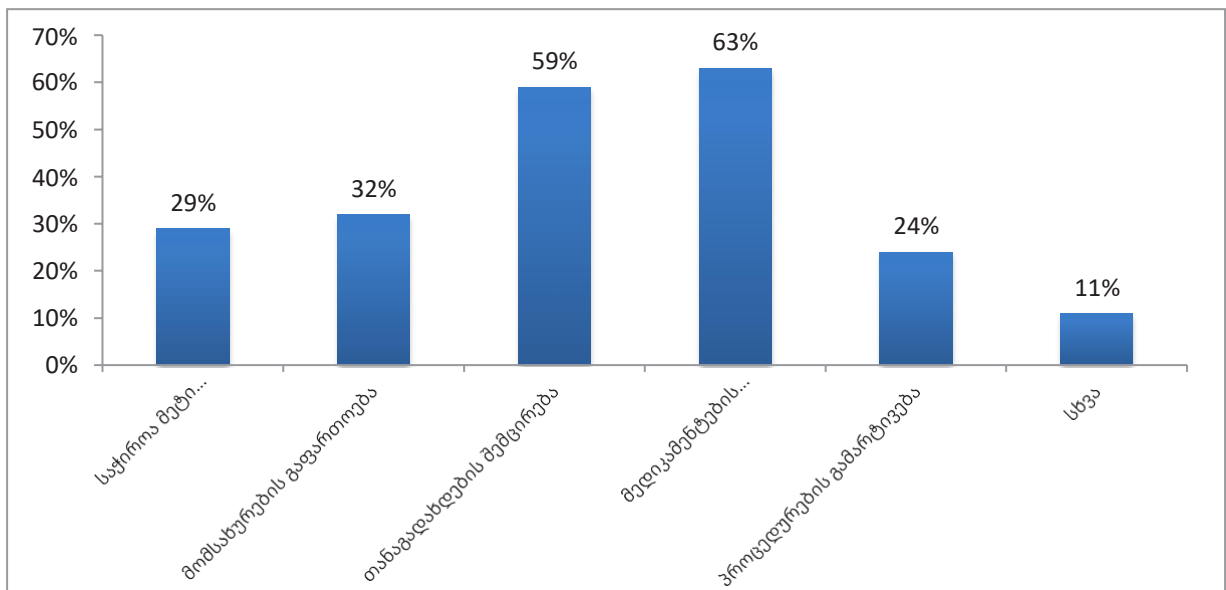
რესპონდენტთა 38.5% განაცხადა, რომ ვერ მიიღო ჰოსპიტალიზაცია ბოლო ერთი წლის განმავლობაში სხვადასხვა მიზეზების გამო. მიზეზებიდან, უმეტესობა (62.5%), ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მხრიდან შესაძლო უარს ასახელებს (ნახატი 62).

ნახატი 62: სამედიცინო მომსახურების არ/ვერ მიღების მიზეზები

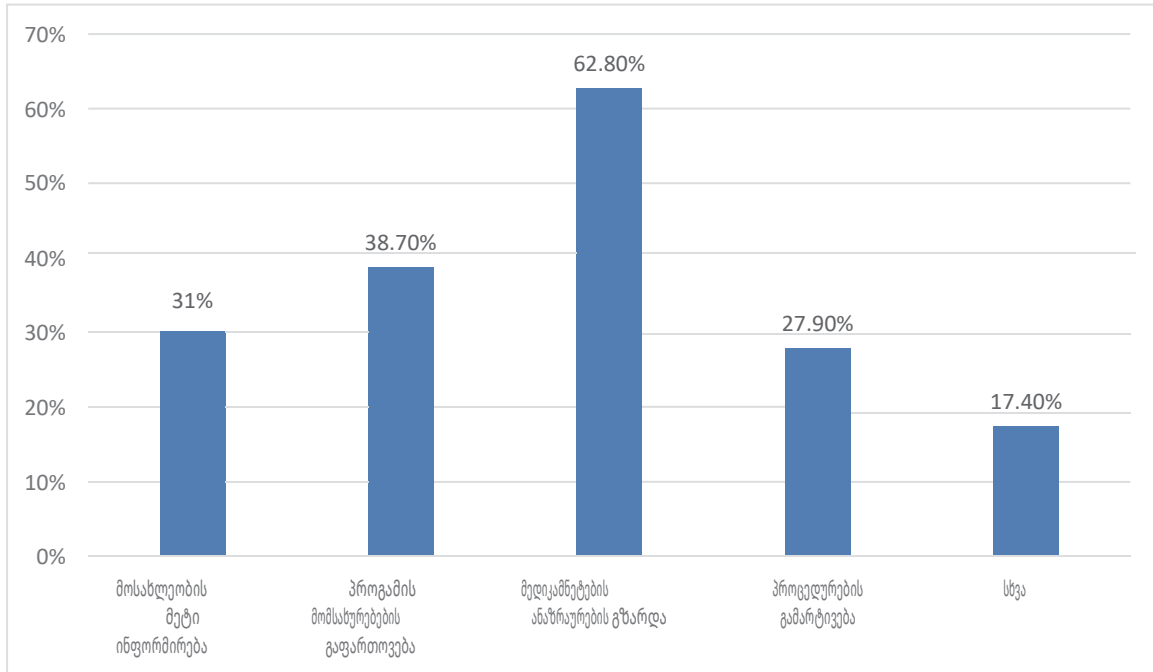


გამოკითხულთა 77%-ს მიაჩნია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის ყველაზე დადებითი მხარეა ფინანსური მხარდაჭერა (ნახატი 63) და მიიჩნევს, რომ უნდა გაფართოვდეს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების კომპონენტი (63%) (ნახატი 64).

ნახატი 63: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დადებითი მხარეები

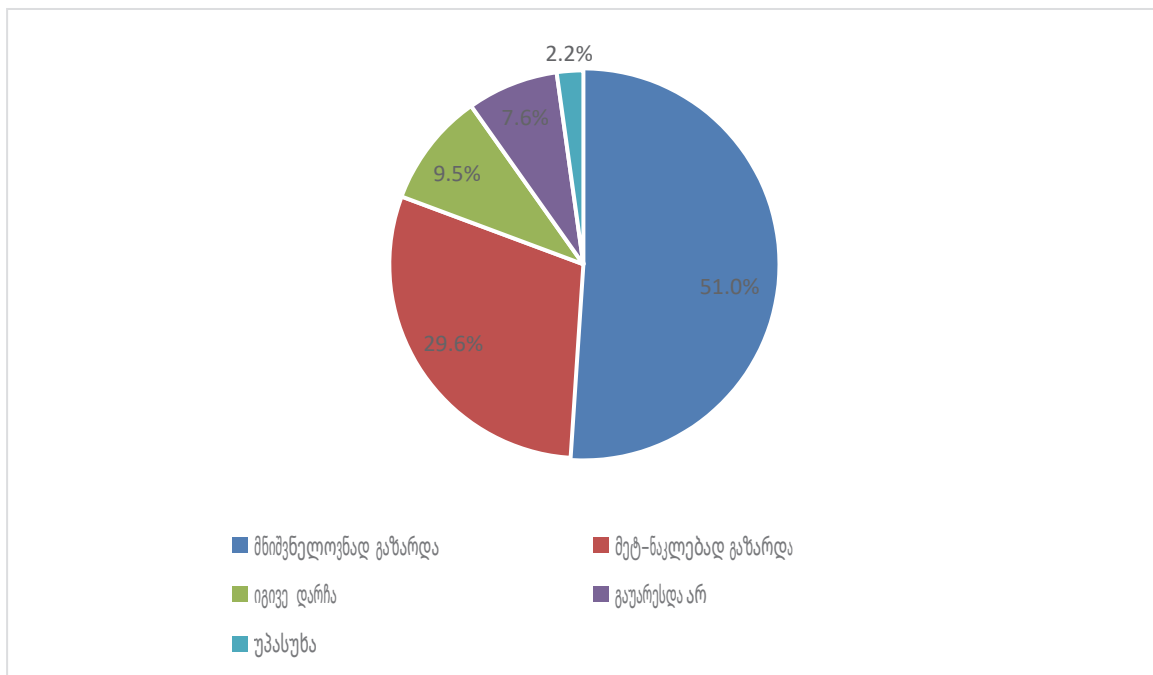


ნახატი 64: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ცვლილების მიმართულებები



ბენეფიციართა დაახლოებით 51% ფიქრობს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ჯანდაცვის მომსახურებაზე მათი ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა (ნახატი 65).

ნახატი 65: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობა



კვლევის შეჯამება: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების კვლევამ ქ.თბილისში მცხოვრებ მოსახლეობაში აჩვენა, რომ რესპონდენტები ყველაზე კარგად ინფორმირებული არიან გადაუდებელი სერვისებსა და მშობიარობა & საკეისრო კვეთის სერვისებზე, ცნობადობა დაბალია ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით დაფარვაზე, რაც ალბათ გამოწვეულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მისი 2020 წელს ინტეგრაციით.

კვლევის მონაწილეების მიერ ხშირად იყენებდნენ გეგმურ ქირურგიულ მომსახურებას - 43%. ბენეფიციართა კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიღებული სერვისებით საკმაოდ მაღალია პროგრამის ამოქმედებიდან მე-7 წელსაც - 71%. გამოკითხულთა 77%-ს მიაჩნია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის ყველაზე დადებითი მხარეა ფინანსური მხარდაჭერა და მიიჩნევს, რომ უნდა გაფართოვდეს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების კომპონენტი (63%).

ძირითადი შედეგები

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების, სოციალური და ფინანსური რისკებისაგან დაცვის მიმართულებით საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმირების პროცესი სამ ეტაპად შეიძლება დაიყოს: 1995-2003 - სავალდებულო ჯანმრთელობის/სოციალური დაზღვევა; 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვა სახელმწიფოს მიერ კერძო კომპანიების მეშვეობით და 2013 წლიდან დღემდე - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება.

რეფორმირების ეტაპების შეფასება განხორციელდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2016 წელს შემოთავაზებული მეთოდოლოგიით - „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების კომპლექსური ინსტრუმენტით.

გაანალიზებული ინფორმაციის და კვლევების შედეგად მიღებული შედეგების შეპირისპირებითი ანალიზის (contradictory analysis) შედეგები სამივე ეტაპისთვის იხილეთ ქვემოთ.

1995-2002 - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა: 1995 წელს ქვეყანაში დაიწყო სახელმწიფო ინსტიტუტების ჩამოყალიბების და ეკონომიკის გაუმჯობესების მიმართულებით რეფორმების შეუქცევადი პროცესი. შედეგად, მშპ ერთ სულზე 1996-2003 წლებში \$682-დან \$1010-მდე გაიზარდა, თუმცა, ამ პერიოდში სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტულ წილს მშპ-დან კლების ტენდენცია ახასიათებდა (21.9% - 1997 და 16.0% - 2003), ხოლო საერთაშორისო სავალუტო ფონდის კლასიფიკაციით, ქვეყანას ჰქონდა დაბალი ფისკალური შესაძლებლობის სტატუსი. 2002 წელს, საქართველოში, სახელმწიფო ვალის ფარდობამ მშპ-თან ისტორიულ ნიშნულს მიაღწია 65% შეადგინა (ნახატი 24; ნახატი 26).

მაღალი უმუშევრობის მაჩვენებლებისა და დაბალი ფისკალური შესაძლებლობების მიუხედავად, 1995 წელს ამოქმედდა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა (3% - დამსაქმებლის და 1%-დასაქმებულის შენატანი). გაიყო დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების ფუნქციები. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ვალდებულებები გაჩნდა ადგილობრივ ბიუჯეტებში. სახელმწიფო ფულადი წყაროების აკუმულირება და შესყიდვა ხორციელდებოდა ე.წ. "სოლო შემსყიდველის" პრინციპით და სავალდებულო დაზღვევის შენატანის წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში, ამ პერიოდში 25-32%-მდე მერყეობდა.

საბაზისო პაკეტი მოიცავდა სერვისების საკმაოდ ფართო სპექტრს, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამების ახით იყო ფორმულირებული. პრევენციული სერვისები ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერით, სამკურნალო პროგრამები დაზღვევის სავალდებულო შენატანებით, ხოლო პჯდ და სასწრაფო დახმარების სერვისები კი მუნიციპალური ბიუჯეტით იფარებოდა. სტაციონარული სერვისების ანაზღაურების ძირითად მეთოდს გაწეული მომსახურების მიხედვით ანაზღაურება და შემდგომ ნოზოლოგიებისა და სირთულის ჯგუფების მიხედვით გაშუალებული ტარიფები, ხოლო პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის სულადობრივი ანაზღაურება წარმოადგენდა. თუმცა, ასევე გამოიყენებოდა გლობალური ბიუჯეტი.

1995-2002 წლებში სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების მიმღებს წარმოადგენდა სრულიად ქვეყნის მოსახლეობა. თუმცა, მიუხედავად დეკლარირებული სერვისებზე უნივერსალური მისაწვდომობისა, საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის მნიშვნელობა 47-48%-ის ფარგლებში მერყეობდა. რაც ძირითადად, ინფექციური დაავადებებისა და ტუბერკულოზის მართვის სერვისების მოცვის დაბალი დონით იყო გამოწვეული (13-15%, $P<0.05$) (ნახატი 58; ნახატი 59).

აღნიშნულ პერიოდში, სერვისების უტილიზაცია ნელა, მაგრამ მყარად იზრდებოდა. პჯდ ვიზიტების რაოდენობამ ერთ სულზე 1.3-დან 2.0-მდე მოიმატა, ხოლო ჰოსპიტალიზაცია 1000 მოსახლეზე 46-ს შეადგენდა (ნახატი 18; ნახატი 19).

1995-2003 წლებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მოცულობა თითქმის გასამმაგდა, თუმცა მეტად მცირე დარჩა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი, როგორც მშპ-თან, ისე სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში, საშუალოდ 1,3% და 4,5% შესაბამისად. ქვეყანაში ასევე ძალიან მაღალი იყო ჯიბიდან გადახდების მაჩვენებელი (81-82%), რომელთა 65% არაფორმალურ გადახდებს შეადგენდა (გამყრელიძე & ათუნი, 2002) (ნახატი 28).

2000 და 2007 წელს ჩატარებული შინამეურნეობების დანახარჯების კვლევამ აჩვენა, რომ გაიზარდა იმ შინამეურნეობათა წილი, რომლებმაც განიცადეს კატასტროფული დანახარჯები წინაშე (2000 წ. 2,8%; 2007 წ. 6.2%), ასევე დიდი იყო გრადიენტი უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილს შორის კატასტროფულ დანახარჯებთან დაკავშირებით (10.8% vs 4.0%) (ნახატი 44).

ყოველივე ამან განაპირობა ის, რომ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, რომელიც აფასებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს - 2000 წელს შედგენდა - 69.4 წელს, საიდანაც მხოლოდ 62 წელი იყო ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (ნახატი 55). აღნიშნული ნიშნავდა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა მოსახლეობას ვერ იცავდა ფინანსური რისკებისაგან და ამიტომ დღის წესრიგში დადგა დაფინანსების სისტემის რადიკალური ცვლილების აუცილებლობა.

2007-2012 წწ მიზნობრივი ჯგუფების მოცვა ჯანდაცვის დაზღვევით: 2004-2012 წლებში. მსოფლიო კრიზისისა და აგვისტოს ომის მიუხედავად, მშპ ერთ სულზე თითქმის 2,5 ჯერ იზრდება და \$4400 ფარგლებში მერყეობს. 2004-2009 წლებში სახელმწიფო ხარჯების წილი თითქმის ორმაგდება (2004 – 22.2% და 2009 - 37.0%) და ქვეყნის ფისკალური სივრცე უმჯობესდება (IMF-ის კლასიფიკაციით, საშუალოზე მაღალის ქვედა ზღვარი). თუმცა, მსოფლიო კრიზისისა და ქვეყანაში რუსეთის აგრესიის შედეგად, სახელმწიფო ვალის ოდენობამ კვლავ დაიწყო ზრდა (23%-34%) (ნახატი 24; ნახატი 25).

2007 წლიდან, საქართველოს მთავრობამ აამოქმედა რეფორმირების ახალი ტალღა, რომელიც ლიბერალიზაციისა და საბაზრო ეკონომიკის განვითარებაზე იყო ორიენტირებული. ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებების მთავარი მოტივატორი გახდა კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება, ხოლო სახელმწიფო რესურსები მიიმართა კერძო სადაზღვევო კომპანიებისკენ მოსახლეობის მიზნობრივი ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

2007-2009 წლებში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში მნიშვნელოვანი იყო სადაზღვევო ვაუჩერის ცნების შემოტანა, რომელიც 2010 წელს გახდა არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი. სამედიცინო რაიონების მიხედვით სადაზღვევო ვაუჩერის ფასი დგინდებოდა და მზღვეველი კომპანიის გამოვლენა ხდებოდა კონკურსის შედეგად.

2004 წლიდან სოციალური გადასახადის გაუქმების შემდეგ, სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ერთადერთ წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები, რომელთა აკუმულირება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში ნაცვლად სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდისა. ხოლო სერვისების შესყიდვა ხდებოდა უკვე

კერძო მულტიშემსყიდველის მოდელით, პროვაიდერების კონტრაქტების მეშვეობით. სტაციონარული სერვისების ანაზღაურების უპირატეს მეთოდად რჩებოდა შემთხვევის მიხედვით ანაზღაურება/გლობალური ბიუჯეტი, ხოლო პჯდ სერვისებისთვის - კაპიტაცია და სახელფასო ანაზღაურება.

სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის სერვისების საბაზისო პაკეტი იყო ფართო და მოიცავდა გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, გეგმიურ ქირურგიას, მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას, და ასევე საბაზისო სამკურნალო საშუალებებს.

თუ 2007 წელს, მოსახლეობის მხოლოდ 6% იყო მოცული ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, 2012 წლისთვის მოსარგებლეების რაოდენობა 51%-მდე გაიზარდა და მოიცვა სიღარიბის ქვეშ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, სამხედრომოსამსახურეები, საპენსიო ასაჯის მოსახლეობა, ხუდთ წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები და შშმ პირები. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი 66%-დან 70%-მდე გაიზარდა და მის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დეტერმინანტს არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო სერვისებით მოცვის დაბალი დონე წარმოადგენდა (ნახატი 58; ნახატი 59).

2007-2012 წლებში მშპ-დან ჯანდაცვაზე ნახარჯების წილს ფლუქტუაცია ახასიათებდა. თუმცა, მთლიანობაში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა (2007 – 1.2%; ხოლო 2012 წ. 1.7%). გატარებული რეფორმების შედეგად, ჯიბიდან გადახდების კლების მიუხედავად, ჯიბიდან გადახდები 70-75% იყო და უდიდესი წილი კვლავ მედიკამენტებს ეჭირა (ნახატი 28).

დაფინანსების რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შედეგია არაფორმალური გადახდების მნიშვნელოვანი შემცირება. სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის ამოქმედებასა და საბაზრო პრინციპების დანერგვასთან ერთად პრაქტიკულად აღმოიფხვრა არაფორმალური გადახდები სამედიცინო მომსახურებისთვის და მოხდა ანაზღაურების მეთოდების სრული ლეგალიზაცია, მათ შორის მომსახურებაზე პირდაპირი გადახდისას (fee-for-service).

„სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის“ შედეგების მიხედვით მიღებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის

კმაყოფილების დონე როგორც სოფლად, ისე ქალაქად საკმაოდ მაღალია (80–95% $P < 0.01$). ამის მიუხედავად, მაინც საკმაოდ დაბალი იყო სამედიცინო მომსახურების გამოყენების მაჩვენებლები (პჯდ ვიზიტები ერთ სულზე 2.0-2.3, ხოლო ჰოსპიტალიზაცია 1000 მოსახლეზე - 75-85) (ნახტი 19; ნახტი 20).

ჯიბიდან გადახდების შედეგად გადარიბებული და შემდგომში გალატაკებული შინამეურნეობების წილი 2010–2013 წლებში შემცირდა, თუმცა იზრდება იმ შინამეურნეობების პროცენტი, რომელთაც გასწიეს კატასტროფული დანახარჯები (13.7%). ჯიბიდან კატასტროფული გადახდების შემთხვევები კონცენტრირებული იყო ორ უღარიბეს კვინტილში და მთავარ ფაქტორს წარმოადგენდა მედიკამენტებზე დანახარჯები (41-50%) (ნახტი 44; ნახტი 46; ნახტი 47).

რეფორმების შეფასების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორი - სოცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას აღნიშნულ პერიოდში 2.5 წლით გაიზარდა და 71.9 წელი შეადგინა. 2 წლით გაიზარდა ჯანმრთელო ცხოვრების ხანგრძლივობაც (ნახტი 55).

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგები: 2013-2020 წლებში მშპ-ერთ სულზე 4400-4600 დოლარს არ აღემატება, მშპ-ის რეალური ზრდის ტემპი 4-5%-ია და სახელმწიფო ხარჯების წილი ამავე პერიოდში 28%-32%-ის შუალედში მერყეობს მშპ-თან მიმართებაში. სახელმწიფო შემოსავლების წილი სამივე პერიოდში ჩამორჩება სახელმწიფო ხარჯებს. შესაბამისად, 2019 წელს სახელმწიფო ვალი მშპ-სთან 2019 წელს 42% შეადგენს. თუმცა 2020 წელს, ახალი კორონავირუსით გამოწვეულ პანდემიაზე საპასუხოდ, მთავრობას კვლავ დასჭირდა საგარეო და საშინაო ვალის აღება და ის 60%-დე გაიზარდა, ქვეყანა ამჟამად საშუალო ფისკალური შესაძლებლობის სტატუსს ინარჩუნებს (ნახტი 24; ნახტი 26).

2013 წლის თებერვალში ამოქმედდა ამოქმედებულმა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელმაც მოიცვა დაზღვევის არმქონე მოქალაქეები, ანუ 5-დან 60 წლამდე ასაკის მოსახლეობა, რომელიც მანამდე ჯანდაცვის სახელმწიფო სქემების გარეთ რჩებოდა. ივლისში პროგრამით მოცული სერვისები გაფართოვდა და გახდა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბაზისური პაკეტის თითქმის ანალოგი. 2014 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებელთა პორტირება განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში იგივე პაკეტით და პირობებითა.

2017 წელს, პროგრამაში მორიგი ცვლილებები ითვალისწინებდა სოციალური სამართლიანობის ამაღლებას და სერვისების მოსახლეობის შემოსავლების სტატუსის მიხედვით სტრატეგიცირებას.

პროგრამის დაფინანსების წყაროა სახელმწიფო ბიუჯეტი. პროგრამის მართვას ახორციელებს ერთი შემსყიდველი - სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2020 წლიდან ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში მულტიშემსყიდველების სოლო შემსყიდველით ჩანაცვლებამ, საგრძნობლად შეამცირა სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების ხარჯები.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი პრინციპით. რაც შეეხება გადაუდებელი სტაციონარული სერვისების ანაზღაურებას, გამოიყენება შემთხვევის მიხედვით და საწოდებლების მიხედვით ანაზღაურება. 2017 წლიდან დაიწყო სააგენტოს სტრატეგიულ შემსყიდველად ჩამოყალიბების პროცესი, ამოქმედდა სელექტიური კონტრაქტირება ზოგიერთი სერვისისთვის. 2019 წლიდან კარდიოქირურგიული და კარდიოინტერვენციული სერვისებისთვის ამოქმედდა ერთიანი სატარიფო სისტემა. ანაზღაურების მექანიზმები კომპლექსურია, ნაკლებად გასაგებია სერვისის მიმღებისთვის და იძლევა პაციენტისთვის ზედმეტი სერვისების შეთავაზების და სერვისების ე.წ. „გაურგენტულების“ შესაძლებლობას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ განაპირობა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ჯანდაცვის მომსახურებებზე მოსახლეობის უფლების მნიშვნელოვანი ზრდა. შედეგად, სწრაფად გაიზარდა სერვისებით მოცვა მოსახლეობის 29.5%-დან 2010 წელს, დაახლოებით 40%-მდე 2012 წლის დასასრულს - 99.9%-მდე ($P<0.1$) 2014 წლისთვის (HUES, 2014). ასევე გაიზარდა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია:

ამბულატორიულ მიმართვათა რაოდენობა 4.0 ერთ მოსახლეზე, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 172 - ათას სულ მოსახლეზე (ნახატი 18).

რეფორმის ტალღის მესამე ეტაპს, 2013-2019 წლებში საყოველთა ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის მნიშვნელოვანი ზრდა არ მოჰყოლია (68.1%) (ნახატი 58; ნახატი 59), აღნიშნულის მთავარ მიზეზსაც კვლავ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე დაბალი ხელმისაწვდომობა წარმოადგენდა (53%).

ნომინალურ ერთეულებში, 2014-2018 წლებში მკვეთრად გაიზარდა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, თუმცა მშპ-თან მიმართებაში სტაგნაცია განიცადა და 3%-ს არ აღემატება. სახელმწიფო ხარჯების ზრდას შედეგად მოყვა ჯიბიდან გადახდების ხვედრითი წილის ორჯერ შემცირება - 48%. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში და მათ შორის ჯიბიდან გადახდებში განსაკუთრებით პრობლემურია მედიკამენტებზე უპრეცედენტოდ მაღალი დანახარჯები (ნახატი 28; ნახატი 34).

ჯიბიდან გადახდების შემდეგ გადარიბებული და შემდგომში გადატაკებული შინამეურნეოების წილი 2011-2013 წლებში შემცირდა, ხოლო 2015-2018 წლებში კვლავ გაიზარდა და 2018 წელს თითქმის 7%-ს მიაღწია. შინამეურნეოების წილი, რომელთაც გაწიეს ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების 2013 წლიდან იზრდება (11.5% vs 17.6%) და კონცენტრირებულია ორ უღარიბეს კვინტილში. მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები განაპირობებენ კატასტროფულ ხარჯებს, რასაც მოჰყვება სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურება (ნახატი 44; ნახატი 46; ნახატი 47).

სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და უტილიზაციის ზრდამ გამოიწვია სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის შეუქცევადი ტენდენცია. 2019 წელს, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 73.2 წელს შეადგენდა, საიდანაც 65 წელი წელი ჯანმრთელი ცხოვრების წლებზე მოდის (ნახატი 55).

ქ.თბილისის მოსახლეობის კმაყოფილებისა და მოლოდინების კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ბენეფიციართა 71% კვლავ კმაყოფილია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული სერვისებით და საყოველთაო ჯანდაცვის ყველაზე დადებითი მხარედ ფინანსურ მხარდაჭერას მიიჩნევს. თუმცა, აღნიშნავს რომ უნდა გაფართოვდეს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების კომპონენტი (63% P=0.05) (ნახატი 63; ნახატი 64; ნახატი 65).

ექსპერტთა ჩარღმავებულმა კვლევამ გამოავლინა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ძირითადი მიღწევები: სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მატება და მოცვის გაფართოვება. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისთვის ექსპერტთა მიერ აქცენტი გაკეთდა ხარჯების შეკავების მექანიზმების დახვეწაზე, პჯდ სისტემის გაფართოვებასა და ამბულატორიული მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე.

დასკვნები და რეკომენდაციები

1. რეფორმებმა წარმატებით შეამცირა ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით არსებული ფინანსური ბარიერები და, შესაბამისად, გაზარდა მომსახურებით სარგებლობა განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, რომელთა მოცვა აქამდე არ ხდებოდა (საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი - 1996 46.7% და 2019 – 68.1%). მიუხედავად ამისა, ჯიბიდან გადახდების წილი შინამეურნეოების ხარჯებში კვლავ მაღალია ყველა შემოსავლის ჯგუფისთვის (1996 – 88% და 2018 – 48%).

რეკომენდაცია: ჯანდაცვის სისტემის განვითარების გრძელვადიანი ხედვის ჩამოყალიბება

2. ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვაზე დანახარჯების ერთ-ერთ უდიდეს წყაროს წარმოადგენს (1996 – 88% და 2018 – 48%) და იწვევს იმ შინამეურნეოების ფინანსურ სიძნელეს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ (შინამეურნეოების წილი, რომლებიც დადგნენ კატასტროფული გადახდის საჭიროების წინაშე 2010 – 13.3% და 2018 – 17.4% ($P<0.05$)).
3. ჯანმრთელობაზე კატასტროფული დანახარჯები უკიდურესად კონცენტრირებულია უღარიბეს შინამეურნეოებში (2018 - უღარიბესი კვინტილის შინამეურნეობის 48% განიცადა ფინანსური სიძნელე, უმდიდრესი კვინტილის მხოლოდ 5%-თან შედარებით $P<0.01$).

რეკომენდაცია: მოწყვლად ჯგუფებზე მეტი სახელმწიფო სახსრების მიმართვის და უნივერსალურობის შენარჩუნების მიზნით, შემოსავლის საშუალო და მაღალი კატეგორიისთვის, კერძო დაზღვევის სავალდებულობის უზრუნველყოფა

4. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნებების ზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში დაბალია ევროპული სტანდარტების მიხედვით (1997 – 0.8 % და 2018 - 3%; ევროპის რეგიონის საშუალო 4.9%).

რეკომენდაცია: ფინანსური სივრცის ანალიზისა და ჯანდაცვის სექტორის პროგრამულ საჭიროებებზე დაყრდნობით, ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება გაეროს საყოველთაო მოცვის შესახებ დეკლარაციის რეკომენდებულ ოდენობამდე - 5%

5. ამბულატორიული მედიკამენტები ფინანსური სიძნელის მთავარი მამოძრავებელია, რაც განპირობებულია შეზღუდული მოცვითა და მედიკამენტების მაღალ ფასებით

(მედიკამენტების გამო გაწეული კატასტროფული ხარჯები - 47.0% - 2010 და 61% - 2018 ($P < 0.5$ და $< P 0.01$)).

რეკომენდაცია:

- ფინანსური დაცვის გასაძლიერებლად, ესენციურ ფარმაცევტულ საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება
- რაციონალური ფარმაცოთერაპიის პრინციპების დანერგვა
- სამედიცინო და ფარმაცევტილ ბაზარზე დაშვების პირობების გადახედვა და გამკაცრება, რეფორმები მედიკამენტების ფასწარმოქმნასა და ფასთ-რეგულაციაში

6. პირველადი ჯანდაცვისადმი ნდობის ნაკლებობა იწვევს ჯიბიდან დანახარჯებს თვითმკურნალობის ან რეფერალური სისტემების გვერდის ავლით სპეციალისტებთან/სტაციონარში ვიზიტების გამო (ერთ სულზე ამბულატორიული ვიზიტები 2010 – 2 და 2018 – 4)

რეკომენდაცია: პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება, მისი „მეკარიბჭის“ ფუნქციის გაზრდა და პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება

7. სერვისის ფასების კომპლექსური რეგულირება და პროვაიდერის შესაძლებლობა პაციენტს გადაახდევინოს სახელმწიფოსთან შეთანხმებულ ტარიფს ზემოთ დამატებითი გადასახადი, ასევე ხელს უწყობს სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურებისთვის ჯიბიდან მაღალ გადახდებს (სამკურნალო სერვისებით გამოწვეული კატასტროფული ხარჯები - 2010 – 49.4% და 2018 – 34.3% ($P < 0.1$))

8. თანაგადახდის სისტემა რთულია და პოტენციურად დამაბნეველია პაციენტებისთვის. დაცვის მექანიზმები კი არაეფექტურია (გამოკითხული მოსახლეობის 27.3% აღნიშნავს თანაგადახდის მეთოდების განარტივების აუცილებლობას).

რეკომენდაცია:

- აქტიური შემსყიდველი როლის გაძლიერება და სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმების გაფართოვება
- ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემების დანერგვა პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის სერვისებისთვის, როგორცაა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები, შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების მოდელი

9. მომსახურების ფასების მკაცრი რეგულირების, ან მომსახურების მოცულობის კონტროლის ნაკლებეფექტური მექანიზმების, მთავრობა ეყრდნობა სერვისებით მოცვის პოლიტიკას ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის მართვის მიზნით, რის შედეგადაც ხარჯები შინამეურნეოებს აწვება ტვირთად და ზრდის მათ ფინანსურ გაჭირვებას.

რეკომენდაცია: მოცვის პოლიტიკის პრიორიტეტების, სერვისების ფასების რეგულირების და მოცულობის კონტროლის ადექვატური მექანიზმების შემუშავება

10. ქვეყანაში ნაკლებადაა დანერგილი ჯანდაცვის სისტემის შეფასების რუტინული მექანიზმები და პოლიტიკის შემუშავებისთვის საჭირო მტკიცებულებების გენერირების მოქნილი ინსტრუმენტები, რომლებიც დაეხმარება პოლიტიკის შემუშავებლებს ეფექტიანი გადაწყვეტილების მიღებაში

რეკომენდაცია: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ინსტრუმენტების („უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა და კატასტროფული დანახარჯების შეფასება, საყოველთა ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი) დანერგვა და რუტინული მომზადება.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Arora V, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015). Data resource profile: the European Union statistics on income and living conditions (EU-SILC). *Int J Epidemiol.* 44(2):451–61. doi:10.1093/ije/dyv069
- Aurelie Klein A., Mathauer I., Stenberg k., Habicht T. (2020) DIAGNOSIS-RELATED GROUPS: a question and answer guide on case-based classification and payment systems. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 10.
[https://www.who.int/publications/i/item/diagnosis-related-groups-\(drg\)-a-question-answer-guide-on-case-based-classification-and-payment-systems](https://www.who.int/publications/i/item/diagnosis-related-groups-(drg)-a-question-answer-guide-on-case-based-classification-and-payment-systems)
- Barroy H., Dale E., Sparker S., Kutzin J. (2018). Budget matters for health: key formulation and classification issues. WHO. HEALTH FINANCING POLICY BRIEF NO 4
- Barroy H., Wang D., Pescetto C., Kutzin J (2020). How to budget for COVID-19 response? A rapid scan of budgetary mechanisms in highly affected countries. WHO.
<https://www.who.int/publications/m/item/how-to-budget-for-covid-19-response>
- Belli, P., Gotsadze, G., Shahriari, H (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy.* 70: 109 – 123.
- Bochorishvili E., Peradze N., (2020). Georgia’s Healthcare Sector. Galt & Taggart.
<https://galtandtaggart.com/upload/reports/18868.pdf>
- Chanturidze T., Ugulava T., Duran A., Richardson E (2009): Georgia: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies
- Chikovani I., Sulaberidze L. (2017). Primary Health care Systems (PRIMASYS): case study from Georgia. WHO/EURO. Copenhagen
- Clements BJ, Toro JR, Perry VJ et al. From stimulus to consolidation: Revenue and Curation International Foundadion. Main highlights of Pharmaceutical Price and availability in Georgia - 2009 – 2016. 206
- Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ.* 96:599–609. doi:10.2471/BLT.18.209031.
- EBRD (2016). Life in Transition: A decade of measuring transition. London: European Bank for Reconstruction and Development (<http://www.ebrd.com/documents/oce/pdf-life-in-transition-iii.pdf>).

- Economist Intelligence Unit report (2019). Value Based Health Care in Sweden: reaching next level. The Economist.
- Expenditure policies in advanced and emerging economies. Washington, D.C.: IMF, 2010.
(<http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=24170.0>)
- European Commission (2016). Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on access to health services in the European Union. Brussels: European Commission
(https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf).
- European Commission (2018). Benchmarking access to healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Brussels: European Commission
(https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf).
- Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2005). Purchasing to improve health systems performance. WHO/EURO. Open University Press
- Figueras, J., McKee, M., Cain J., Lessof S. (ED) (2003) Health systems in transition: learning from experience. Copenhagen, Denmark: WHO/EURO
- Figueras, J., McKee, M., Lessof, S., Duran, A., Menabde, N (2008). Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Copenhagen, Denmark: WHO/EURO
- Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E (ED), (2005). Purchasing to improve health systems performance. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe
- Fitch Solution. New Healthcare Reforms Aim To Strengthen Georgia's Public Health System.
https://www.fitchsolutions.com/corporates/healthcare-pharma/new-healthcare-reforms-aim-strengthen-georgias-public-health-system-10-11-2020?fsWebArticleValidation=true&mkt_tok=NzMyLUNLSC03NjcAAAF7sw1yr3HzZ4oiMrtOmL7bP7H0NSmjySOVm1_VmlQFX_izKc7qI46biIno-xJyc-ohIg-QjqSenpI-qslU_SNxpIAGf7VKlhflFk8XdVxVAvQeg
- Gamkrelidze A., Atun R, Gotsadze G., MacLehose L. (2002). Georgia: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies.
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/80702/e75489.pdf

- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. The lancet. Published Online April 25, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)
- Goginashvili K., Nadareishvili M., Habicht T. (2021). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. WHO. [WHO/Europe | Health systems financing - Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia \(2021\)](#)
- Gottret, P., Schieber, G., Water, H (2008). Good Practice in Health Financing: Lessons from Reforms in Low and Middle-Income Countries. World Bank
- Gotsadze G (2011). Rationalization of pharmaceutical expenditures in Georgia. Position Paper. Tbilisi: Partnership for Social Initiatives.
- Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N (2009). Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. BMC Health Serv Res. 9(69). doi: 10.1186/1472-6963-9-69.
- Habich T. (2016). Active purchasing for universal health coverage in Georgia: situation analysis and options for improvement. WHO Barcelona office for Health Systems Strengthening (working paper)
- Hawkins L. (2017). The functions and governance of purchasing agencies: issues and options for Georgia. WHO Barcelona Office for Health systems strengthening.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). Financing Global Health 2018. University of Washington, USA, 35-42, 47-64; 143-217
- International Monetary Fund. Assessing sustainability. Washington, D.C.: IMF, 2002. (<http://www.imf.org/external/np/pdr/sus/2002/eng/052802.pdf>)
- Joseph Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. (2017). DEVELOPING A NATIONAL HEALTH FINANCING STRATEGY: A REFERENCE GUIDE. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 3. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1&ua=1>
- Kutzin J (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen, WHO/EURO

- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization. 2013.<https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>
- Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. (2017). Developing a national health financing strategy: a reference guide. WHO. Health Financing Guidance No. 3
- Mathauer I., Dale E., Jowett M., Kutzin J. (2019). Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic? WHO. HEALTH FINANCING POLICY BRIEF NO 6
- Mathauer I., Dkhimi F. (2019). Analy cal Guide to Assess a Mixed Provider Payment System. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 4.
https://www.who.int/health_financing/documents/analytical-guide-to-assess-mixed-provider-system/en/
- Mathauer I., Dkhimi F., Analytical guide to assess a mixed provider payment system. WHO. Health Financing Guidance No. 5
- Matthew Jowett M., Kutzin J., Kwon S., Sallaku j. Solano J.G, ASSESSING COUNTRY HEALTH FINANCING SYSTEMS: THE HEALTH FINANCING PROGRESS MATRIX. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 8.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017405>
- McIntyre D., Kutzin J. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. WHO. Health Financing Guidance No. 1
- McIntyre D., Kutzin J. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 1.
https://www.who.int/health_financing/documents/country-diagnostic/en/
- Megrelishvili, V (2008). Health Sector Reform. Georgian Human Development Report, UNDP, 182-196
- Mengqi Qin V., Hone T., Millett Ch. (2019). The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle- income countries: a systematic review. BMJ. Qin VM, et al. BMJ Glob Health 2019;3:e001087. doi:10.1136/bmjgh-2018-001087
- Ministry of Labour, Health and Social Affairs (2016). Georgia Health Utilisation And Expenditure Survey (HUES). Tbilisi.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J (2002). Funding health care: opinion for Europe. Copenhagen: WHO/EURO

- O'Donnell, O., Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, A.M. (2008). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. Washington DC: World Bank
- OECD (2015) Health Data Bases.
(http://www.oecd.org/topic/0,3373,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html, Accessed 20 November, 2015)
- OECD (2000). A System of Health Account. Ver. 1.0, Paris, France: OECD
- OECD (2020). Health at a Glance: Europe 2020: STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- OECD/EU (2018). Health at Glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Pkhakadze G. (2020) Public-Private Partnership accountability in Universal Health Care for women's, children's and adolescents' health in Georgia.
<http://dtmu.ge/index.php?Cat=news&full=210&lang=1>
- Richardson E., Berdzili N. (2017). Health System in Transition: Georgia. WHO/EURO. Copenhagen.
- Rukhadze N., Goginashvili K. (2011). Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures in Georgia: Analysis for 2006-2010 year (annual level data). Barcelona: WHO.
- Sachs, J.D., Brundtland, G.H. (2001). World health Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO
- Sagan A, Thomson S, editors (2016). Voluntary health insurance in Europe: country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Observatory Studies Series 42; <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2016/voluntary-health-insurance-in-europe-country-experience-2016>).
- Schwab K. (2016) The Global Competitiveness Report 2016–2017. World Economic Forum
- Shurcke, M. et al (2007). Socioeconomic differences in health, health behaviour and access to health care in America: tabulations from the 201 Living Conditions, Lifestyles and Health Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

- Smith E., Brugha R., Zwi A., Working with private sector providers for better health care: An introductory guide. London school of Higiene & Tropical Medicine. London, UK
- Smith P.C., Sagan A., Siciliani I., et al. Building on value-based health care: Towards a health system perspective. HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS, POLICY BRIEF 37, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336134>
- Suhrcke, M., Rocco, L., McKee, M (2007). Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia, Copenhagen:WHO/EURO
- Thomson S., Cylus J., Everovits T. (2019). Can people afford to pay for health care? WHO Barcelona Office for Health systems strengthening.
- Thomson S., Ilaria Mosca I., and Evetovits T. (2020). Fact sheets on the Sustainable Development Goals (SDGs): health targets. WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening. https://www.euro.who.int/en/SDG_factsheets
- UN (2019). Data Bases. (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, Accessed 2 June, 2019)
- United Nations (2109) Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage, General Assembly, A/RES/74/2, New York, 23 September 2019. <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>
- USAID (2019). Greater than the Sum of its Parts: Blended Finance Roadmap for Global Health. www.usaid.gov/cii
- USAID (2019). Health Systems Data bases: Health Systems 20/20. (<http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/Default.aspx>, Accessed 29, August 2019)
- Vande Maele N., Xu K., Soucat A (2019). Measuring primary health care expenditure in low and lower-middle income countries. MJB Glob Health 10.1136/bmjgh-2019-001497 on 21 February 2019.
- Wagstaff, A., Bilger, M., Sajaia Z., Lokshin, M. (2011). Health Equity and Financial Protection. Washington DC: World Bank
- Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993–1998. Health Econ. 12(11):921–34. doi: 10.1002/hec.776
- WHO (2000). World Health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO

- WHO (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO
- WHO (2008). Closing the gap in a generation. Commission Social determinants of Health. Geneva: WHO
- WHO (2011). Sustainable health financing structures and universal coverage. SIXTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA64.9
- WHO (2013). Arguing for Universal Health Coverage. 21-36
- WHO (2014). THE CASE FOR INVESTING IN PUBLIC HEALTH: The strengthening public health services and capacity, A key pillar of the European regional health policy framework Health 2020. A public health summary report for EPHO 8
- WHO (2015) Statistical Information System (<http://www.who.int/whosis/en/index.html>, Accessed 20, January, 2016)
- WHO (2015). Measuring financial protection in health: a new approach for the WHO European Region: Technical guide for analysts. Barcelona: WHO/EURO
- WHO (2017). ALIGNING PUBLIC. FINANCIAL MANAGEMENT AND HEALTH FINANCING. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 4.
https://www.who.int/health_financing/documents/aligning-pfm-health-financing/en/
- WHO (2018). Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). WHO/HIS/IER/GPM/2018.1
- WHO (2019). Financing for Universal Health Coverage: Doe and Don'ts. Geneva
- WHO (2019). GOVERNANCE FOR STRATEGIC PURCHASING: AN ANALYTICAL FRAMEWORK TO GUIDE A COUNTRY ASSESSMENT . HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 6. <https://www.who.int/publications/i/item/governance-for-strategic-purchasing-an-analytical-framework-to-guide-a-country-assessment>
- WHO (2020). Global spending on health: weathering the storm.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>
- WHO (2020). THE HEALTH FINANCING PROGRESS MATRIX: COUNTRY ASSESSMENT GUIDE. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 9.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017801>
- WHO (2020). THE HEALTH FINANCING PROGRESS MATRIX: COUNTRY ASSESSMENT GUIDE. Web Annex: Data Collection Template.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337906>

- WHO (2020). World Health Statistics 2020. Monitoring Health for the SDGs. Geneva: WHO.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- WHO, UNICEF (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- WHO. Global Health Observatory. Health Financing.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-financing>
- WHO. Global Health Observatory. Universal Health Coverage.
<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>
- WHO/EURO (2008). The Tallin Charter. Health System for Health and Wealth. Tallin, Estonia
- WHO/EURO (2009). Georgia health system performance assessment 2009.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43311/E92960.pdf
- WHO/EURO (2015). Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness. Working document. REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE. Vilnius, Lithuania, 14–17 September 2015.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf
- WHO/EURO (2017). Georgia. Highlights on health and well-being.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/351697/WHO_GEORGIA_HIGHLIGHTS_EN.pdf
- WHO/EURO (2018). Evaluation of hospital safety in Georgia - summary report, Tbilisi 2018.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/420384/Hospital_Safety-Report_WHO_web.pdf
- WHO/Euro (2018). From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future Interim Report from the WHO European Region. Copenhagen
- WHO/Euro (2018). Quality of Primary Health Care in Georgia.
- WHO/EURO (2019). Georgia: building an efficient and transparent financing system for UHC. Stories from the field.
- WHO/EURO (2019). Report of the Regional Director on the work of WHO in the European Region in 2018–2019. Copenhagen
- WHO/EURO (2020). Health and sustainable development: progress in Georgia.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/457317/Health-and-sustainable-development-Georgia.pdf

- WHO/EURO (2021) European Programme of Work – United Action for Better Health in Europe (2020-2025). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339209/WHO-EURO-2021-1919-41670-56993-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO/HIS/SDS (2018). The private sector, universal health coverage and primary health care.
- WHO/WB/OECD (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.
- World Bank (2019). Health data and Statistics.
(<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20394822~menuPK:1192714~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>, Accessed 20 January, 2019)
- World Bank (2019). Health, Nutrition and Population
(<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,contentMDK:20266166~menuPK:282529~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282511,00.html>, Accessed 18, January, 2019)
- World Health Organization. (2020). The health financing progress matrix: country assessment guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337969>.
- Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramardini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362:111-7
([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)13861-5/references](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)13861-5/references))
- Xu K., Soucat A., Kutzin J., (2018). Public Spending on health: a closer look at global trends. WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3
- Xu, K (2005). Distribution of health payment and catastrophic expenditure methodology. Copenhagen: WHO/EURO
- Xu, K., Evans, D.B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, M.A., Musgrove P., Evans T. (2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*. Vol. 26: 972-983.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., Murray C. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*. Vol. 362, July 12, 2003: 111-117
- Zoidze A., Rukhadze N., et al (2012). Health Insurance for Poor: Georgia's Path for Universal Coverage? Tbilisi, CIF
- Виттер С; Енсор Т. (2002). Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Уорк, ВБ: Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.

Шейман И.М (2001). Экономика Здравоохранения. Москва: ТЕИС

ГОСКОМСТАТ СССР (1990). Народное хозяйство СССР. Тбилиси: Изд. «Сабчота
საქართველო»

ЦСУ ГССР (1982). Народное хозяйство Грузинской ССР 1922-1982. Тбилиси: Изд. «Сабчота
საქართველო»

ЦСУ ГССР (1989). Народное хозяйство Грузинской ССР, Тбилиси: Изд. «Сабчота
საქართველო»

გამყრელიძე ა, გოგინაშვილი ქ (2004). ჯანმრთელობა, როგორც ეკონომიკური კატეგორია.
მაკრო მიკრო ეკონომიკა. 9(82), 36-41

გოცაძე თ., რუხაძე ნ (2012). მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის
ცვლილება 2009 – 2011 წლებში ძირითადი მიგნებები და რეკომენდაციები.
თბილისი, საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2012

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(2010-2020). ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი,
საქართველო

ვერულავა თ. რატომ აირჩია საქართველომ 1995 წელს ჯანმრთელობის სოციალური
დაზღვევა და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსება და რატომ არის ევროპა
თანამიმდევრული? Forbes, 28.03.2021. [https://forbes.ge/blogs/ratom-airchia-
saqarthvelom-1995-tsels-janmrthelobis-sotsialuri-dazghveva-da-ara-zogadi-
gadasakhadebith-daphinanseba-da-ratom-aris-evropa-thanamimdevruli/](https://forbes.ge/blogs/ratom-airchia-saqarthvelom-1995-tsels-janmrthelobis-sotsialuri-dazghveva-da-ara-zogadi-gadasakhadebith-daphinanseba-da-ratom-aris-evropa-thanamimdevruli/)

ზოიძე კ., პანდემიაზე რეაგირების ზოგიერთი გაკვეთილი. Forbes, 16.02.2021.
<https://forbes.ge/pandemiaze-reagirebis-zogierthi-gakvethili/>

საქართველოს ეროვნული ბანკი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები.
<http://www.nbg.gov.ge/index.php?m=489>

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2010-2020). ჯანდაცვის ეროვნული
ანგარიშები. თბილისი, საქართველო.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2014) ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის
შეფასების ანგარიში. თბილისი

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (1997-2018). ჯანმრთელობის ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის მდგომარეობის შესახებ

საქართველოს პარლამენტი (2010-2021). საქართველოს კანონი სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ. თბილისი, საქართველო

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (2010-2020). საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული, თბილისი, საქართველო

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (2019). კვლევისა და შერჩევის დიზაინი. თბილისი

სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი (1997-2009). საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული, თბილისი, საქართველო

შაქარიშვილი გ. ჩიკაგოელი ბიჭებიდან მესამე გზამდე: ქართული ჯანდაცვის სტრატეგიული ზიგზაგები. Forbes, 23.03.2021 <https://forbes.ge/chikagoeli-bitchebidan-mesame-gzamde-qarthuli-jandatsvis-strategiuli-zigzagebi/>

ჩხატარაშვილი ქ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა საქართველოში - საჭიროება თუ თვითმიზანი? Forbes, 19.03.2021. https://forbes.ge/55182-2/?fbclid=IwAR1sAVQqClyKzhamt9bLnu2IuenVoo_7mWTDPP335RF3Seh-i1XJWZ-obWU

დანართი 1: ექსპერტთა კვლევაში მონაწილე პირები

ბერძული ნინო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო

გაბრიჭიძე სიმონ - ექსპერტი, საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორი

გაბუნია თამარ - ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

გამყრელიძე ამირან - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

გზირიშვილი დავით - საერთაშორისო საკონსულტაციო კომპანია „კურაციო“

გოცაძე გიორგი - საერთაშორისო ფონდი კურაციო

ვერულავა თენგიზ - ილიას უნივერსიტეტის პროფესორი

ზოიძე აკაკი - დამოუკიდებელი ექსპერტი

ლებანიძე სოფიო - „პსპ“ დაზღვევა

სერგეენკო დავით - პრემიერ მინისტრის მრჩეველი

შაქარიშვილი გიორგი - შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდი

ჩხატარაშვილი ქეთი - დამოუკიდებელი ექსპერტი

ჭიაბერაშვილი ზურაბ - საქართველოს პარლამეტის წევრი

ხეჩინაშვილი დევი - საქართველოს სადაზღვევო აოციაცია

ჯიბუტი მამუკა - დამოუკიდებელი ექსპერტი

ჯიოვეტი მეთიუ - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სათავო ოფისი

დანართი 2. მოსახლეობის კმაყოფილების შეფასების კვლევის ინსტრუმენტარი და შედეგები

ინტერვიუს ჩატარების თარიღი: _____ კითხვარის # _____

მოსახლეობის კმაყოფილების კვლევა "საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის" ფარგლებში მიღებული ჰოსპიტალური მომსახურებით

გამარჯობა! მე ვარ ----- (სახელი, გვარი) და წარმოვადგენ საქართველოს უნივერსიტეტს. თქვენი სახელი და გვარი შემთხვევითად ამოვარჩიეთ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა საერთო სიიდან. ჩვენი კვლევის მიზანია შევაფასოთ რამდენად კმაყოფილი ხართ ამ პროგრამის ფარგლებში მიღებული სამედიცინო მომსახურებებით, გამოვავლინოთ დაბრკოლებები და პრობლემები, რასაც ხვდებით საჭირო სერვისების მიღებისას და, ასევე, გავიგოთ თქვენი მოსაზრებები, რჩევები პროგრამის სამომავლო გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით. ჩვენი საუბარი დაახლოებით 6-7 წუთი გაგრძელდება. ინტერვიუ სრულად კონფიდენციალურია და თქვენი პასუხები არავითარ გავლენას არ იქონიებს თქვენს მიერ მომავალში მიღებული მომსახურების ხარისხზე.

1. თანახმა ხართ მონაწილეობა მიიღოთ კვლევაში და უპასუხოთ ჩემს მიერ წინასწარ მომზადებულ რამდენიმე შეკითხვას? 1. 1. დიახ ➔ განაგრძეთ ინტერვიუ 1. 2. არა ➔

დაასრულებთ ინტერვიუ

2. ხართ თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე?

2.1. დიახ ➔ განაგრძეთ 2.2 არა ➔ დაასრულებთ 2.3 არ ვიცი

ინტერვიუ: იმ შემთხვევაში, თუ შერჩევაში მოხვდა არასრულწლოვანი ბავშვი, ინტერვიუ სთხოვეთ ოჯახის იმ წევრს, რომელიც თან ახლდა პაციენტს მომსახურების მიღებისას. თუ ეს ვერ მოხერხდა - დაასრულებთ ინტერვიუ

999 ➔ არასრულწლოვანი პაციენტის შემთხვევაში შემოხაზეთ შესაბამისი კოდი

3. რესპონდენტის სახელი, გვარი:

4. მიმართება პაციენტთან (მხოლოდ არასრულწლოვანი ბავშვის შემთხვევაში)

4.1 დედა 4.2 მამა 4.3 ბებია 4.4 ბაბუა 4.5 სხვა (მიუთითეთ)

5. რესპონდენტის სქესი: 1. კაცი 2. ქალი 5.1. რესპონდენტის ასაკი: _____ 5.2 საცხ. რეგიონი

6. რესპონდენტის განათლება: 6.1 განათლების გარეშე; 6.2 სრული საშუალო; 6.3 პროფესიული ტექნიკური; 6.4 არასრული უმაღლესი; 6.5 სრული უმაღლესი

7. რამდენჯერ გამოიყენეთ სამედიცინო მომსახურება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ბოლო 3 თვის განმავლობაში? _____ (თუ არ გამოუყენებია სერვისი ➔ დაასრულებთ ინტერვიუ)

8. იცით თუ არა კონკრეტულად რა სერვისები იფარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში? (ქვემოთ ცხრილში, მე-8 შეკითხვის შესაბამის სვეტში, შემოხაზეთ თითოეული დასახელებული მომსახურებების კოდი)

9. გთხოვთ, მითხრათ რომელი ტიპის ჰოსპიტალური მომსახურება გამოიყენეთ ბოლო 3 თვის განმავლობაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში? (შემოხაზეთ დასახელებული მომსახურებების შესაბამისი კოდები)

მომსახურების ტიპები	შეკითხვა 8	შეკითხვა 9
	1	
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	2	2
გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაცია	3	3
გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია	4	4

გეგმიური ქირურგია	6	6
კარდიოქირურგია	7	7
მშობიარობა & საკეისრო კვეთა	8	8
ქიმიო, ჰორმონო და სხივური თერაპია	9	9
ქრონიკული მედიკამენტები	10	10
სხვა (მიუთითეთ)	11	11

10. რომელი ტიპის ჰოსპიტალური მომსახურება გამოიყენეთ ყველაზე ბოლოს? _____
გადმოიტანეთ კოდი შეკითხვიდან 9 და შეკითხვები 11, 12, 13 დაუსვით ყველაზე ბოლოს გამოყენებული სერვისისათვის!

11. რომელ საავადმყოფოში მიიღეთ ჰოსპიტალური მომსახურება ბოლოს პროგრამის ფარგლებში?

11.1. დაწესებულების დასახელება: _____

12. მიღებული მომსახურებისთვის გადაიხადეთ თუ არა თანხა?

1. კი, სრულად; 2. კი, ნაწილობრივ (თანადაფინანსება მივიღე პროგრამიდან) 3. არა 4. სხვა პასუხი (მიუთითეთ) _____

კითხვა 13. ინტერვიუერს: წაუკითხეთ რესპონდენტს ქვემოთ მოცემული თითოეული დებულება და სთხოვეთ შეფასოს თითოეული მათგანი 5 ბალიანი შკალის მიხედვით. დებულებების წაკითხვამდე, კიდევ ერთხელ შეახსენეთ რესპონდენტს, რომ ჩვენ გვინტერესებს მათი კმაყოფილება უშუალოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ბოლოს გამოყენებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებასთან დაკავშირებით (შეკითხვა 10-ში მითითებული მომსახურებისთვის).

1	2	3	4	5	99
ძალიან კმაყოფილი	კმაყოფილი	ნეიტრალური	უკმაყოფილო	ძალიან უკმაყოფილო	არ შეესაბამება

13.1	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სერვისის მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.2	ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომლების დამოკიდებულება	1	2	3	4	5	99
13.3	ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომლების ოპერატიულობა	1	2	3	4	5	99
13.4	საავადმყოფოში მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.5	საადმყოფოს მიმღების პერსონალის თავაზიანობა	1	2	3	4	5	99
13.6	პალატის ზოგადი მდგომარეობა (კედლები, იატაკი, ჭერი და ა.შ.)	1	2	3	4	5	99
13.7	სისუფთავე/სანიტარულ ნორმებთან შესაბამისობა (თეთრეული, საპირფარეშო, პალატა და ა.შ.)	1	2	3	4	5	99
13.8	ექიმების დამოკიდებულება (თავაზიანობა, ყურადღება)	1	2	3	4	5	99
13.9	ექიმების პროფესიონალიზმი	1	2	3	4	5	99
13.10	ექთნების დამოკიდებულება (თავაზიანობა, ყურადღება)	1	2	3	4	5	99
13.11	ექთნების პროფესიონალიზმი	1	2	3	4	5	99
13.12	საავადმყოფოს მიერ უზრუნველყოფილი საკვების ხარისხი	1	2	3	4	5	99
13.13	პაციენტის თავმდგომისთვის კომფორტული ღამის გასათევი პირობები	1	2	3	4	5	99
13.14	მკურნალი ექიმების მიერ პაციენტისთვის დათმობილი დრო	1	2	3	4	5	99
13.15	საწოლ-ძეგლების რაოდენობა	1	2	3	4	5	99
13.16	საავადმყოფოდან გამოწერის პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.17	საავადმყოფოს პერსონალის რეაგირება პაციენტის მოთხოვნებზე	1	2	3	4	5	99
13.18	გადაუდებელი ამბულატორიული სერვისების მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.19	გადაუდებელი სტაციონარული სერვისების მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.20	გეგმიური ქირურგიული სერვისების მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.21	კარდიოლოგიური სერვისების მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.22	ქიმიო/ჰორმონო/სხივური თერაპიის მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99

13.23	ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტების მიღების პროცედურების სისწრაფე/მოქნილობა	1	2	3	4	5	99
13.24	პედიატრიული სერვისი (მხოლოდ მშობიარობის შემთხვევაში)	1	2	3	4	5	99

14. ბოლო 1 წლის განმავლობაში (მას შემდეგ რაც გახდით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მონაწილე), გეონიათ თუ არა შემთხვევა, როდესაც გესაჭიროებოდათ ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ არ / ვერ მიიღეთ?

1. კი 2. არა

15. თუ კი, რა იყო ამის მიზეზი?

15.1. ვიცოდი, რომ უარს მივიღებდი ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოდან /პროვაიდერისგან და არ მქონდა საკმარისი თანხა

15.2. ჯანმრთელობის ეროვნულმა სააგენტომ /საავადმყოფომ უარი მითხრა მომსახურების გაწევაზე

15.3. არ/ვერ მოხერხდა საავადმყოფოში მიღება დროულად (ლოდინის პერიოდი იყო დიდი)

15.4. სხვა _____ პასუხი _____ (მიუთითეთ)

16. (თუ კი 19.2-ზე), კერძოდ, რომელ მომსახურებაზე მიიღეთ უარი?

17. მიიღეთ თუ არა დამაკმაყოფილებელი ახსნა-განმარტება უარის მიზეზის შესახებ ექიმისგან/სააგენტოსგან?

1. კი 2. არა 3. სხვა პასუხი (მიუთითეთ) _____

18. რომელი კომპონენტის გაუმჯობესება/შეცვლა მიგაჩნიათ მნიშვნელოვნად/საჭიროდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან მიმართებაში?

18.1. საჭიროა მოსახლეობას მეტი ინფორმირება სერვისებისა და პროცედურების შესახებ

18.2. საჭიროა პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების კიდევ უფრო გაფართოება (მომსახურებების დამატება) _____ (დააკონკრეტეთ)

18.3. საჭიროა მედიკამენტების ანაზღაურების დამატება

18.4. საჭიროა პროცედურების გამარტივება

18.5. სხვა პასუხი (მიუთითეთ) _____

19. როგორ ფიქრობთ, ამ პროგრამაში მონაწილეობამ გაზარდა თუ არა თქვენი ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებებზე? 1. კი, მნიშვნელოვნად გაიზარდა; 2. მეტ-ნაკლებად გაზარდა; 3. იგივე დარჩა 4. სხვა პასუხი (მიუთითეთ)

20. თუ ფიქრობთ, რომ იგივე დარჩა ან გაუარესდა, რა არის ამის მიზეზი?
