თენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

1990 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, სადაც 2001 წელს დაიცვა დისერტაცია.

გაიარა ტრეინინგები სხვადასხვა ქვეყნის 20-მდე უნივერსიტეტში (მ.შ. მაასტრიხტის, სკრენტონის, იორკის, უტრეხტის, ჯაგელონიის უნივერსიტეტები) ჯანდაცვის ეკონომიკის, ჯანდაცვის პოლიტიკის, სადაზღვევო საქმის, სამედიცინო ხარისხის, ჯანდაცვის დაფინანსების, რისკის მართვის, ანდერაითინგის, მართული ჯანდაცვის მიმართულებებით.

1990-1996 წლებში მუშაობდა სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოს ექიმად, 1995-2007 წლებში იკავებდა სხვადასხვა ხელმძღვანელ პოზიციას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში, სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდში. მონაწილეობდა საერთაშორისო პროექტებში (მ.შ. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი). 2015 წლიდან აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის, შემდეგ კი მეცნიერებისა და უწყვეტი განათლების დეპარტამენტის დირექტორია.

2005 წლიდან ეწევა სამეცნიერო-პედაგოგიურ მოღვაწეობას სხვადასხვა უნივერსიტეტებში (საქართველოს უნივერსიტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, კავკასიის უნივერსიტეტი). 2013 წლიდან – ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტის დირექტორია.

არის საერთაშორისო რეფერირებადი ჟურნალის „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“ მთავარი რედაქტორი. (2015 წლიდან) არის საერთაშორისო იმპაქტფაქტორიანი რეფერირებადი ჟურნალის (მ.შ. „Home Health Care Management & Practice“) სარედაქციო საბჭოს წევრი, ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის წევრი.

სხვადასხვა წლებში იყო შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ფუნდამენტური კვლევის გრანტების სამეცნიერო ხელმძღვანელი.

გამოცემული აქვს ათამდე წიგნი, გამოქვეყნებული აქვს ორასამდე

სამეცნიერო ნაშრომი, როგორც ქართულ, ასევე საერთაშორისო რეფერირებად სამეცნიერო ჟურნალებში.

2018 წელს მიენიჭა შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ჯილდო წლის საუკეთესო მეცნიერი სიცოცხლის შემსწავლელ და ჯანდაცვის მეცნიერებების მიმართულებებით.

2020 წლიდან ლა ტრობეს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის საპატიო პროფესორია (მელბურნი, ავსტრალია).

ISBN 978-9941-8-2324-4
9 789941 823244

თენგიზ ვერულავა

თენგიზ ვერულავა

ჯანდაცვის პოლიტიკის გამოწვევები საქართველოში: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული და ფინანსური პერსპექტივა

თბილისი
2020

თენგიზ ვერულავა

ჯანდაცვის პოლიტიკის გამოწვევები საქართველოში: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული და ფინანსური პერსპექტივა

2020
თბილისი

თენგიზ ვერულავა

ჯანდაცვის პოლიტიკის გამოწვევები საქართველოში: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული და ფინანსური პერსპექტივა

წიგნი გამოიცა შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მიერ 2019 წელს გამოცხადებულ „საგამომცემლო სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტების კონკურსის“ ფარგლებში (გრანტი SP-19-203)

პროექტის კოორდინატორი:

რევაზ ჯორბენაძე – მედიცინის დოქტორი, აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის აღმასრულებელი დირექტორი

რედაქტორები:

ლეილა კარიმი – დოქტორი (ლა ტრობეს უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, ავსტრალია)

რევაზ ჯორბენაძე – მედიცინის დოქტორი (აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი)

იაგო კაჭკაჭიშვილი – სოციოლოგიის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი)

ოთარ გერზმავა – მედიცინის დოქტორი

გიორგი შაქარიშვილი – სოციალური პოლიტიკის დოქტორი (შიდსის, ტუბერკულოზის და მალარიის გლობალური ფონდი)

© თენგიზ ვერულავა, 2020

გამომცემლობა „ძავაპოლიგრაფი“ 2020
კომპიუტერული უზრუნველყოფა ხათუნა პაპუაშვილი
ISBN 978-9941-8-2324-4

Tengiz Verulava

Health Policy Challenges in Georgia: An Organizational and Financial Perspective

Georgia's healthcare system faces many challenges. Despite the fact that the universal healthcare program has increased financial availability, Georgia still struggles with a large share of out of pocket payments, inappropriate development of primary healthcare, low development of non-profit medical organizations, cost-effective financing methods and selective contracting mechanisms of medical personnel (abundance of doctors, deficiency of nurses). Importance of health policy has grown significantly in recent times, as reforms in this sector have brought many problems to the governing bodies of the system. The purpose of the book is to study the complex problems of the Georgian healthcare system and to identify ways of solving them.

The book was published within the framework of the „Scientific Publication" Grants Competition~announced by the Shota Rustaveli National Science Foundation in 2019 (Grant – SP-19-203)

Project Coordinator:

Revaz Jorbenadze – Doctor of Medicine, Acad. G. Executive Director of Chapidze Emergency Cardiology Center

Editors:

Leila Karimi – PhD (School of Psychology and Public Health, University of La Trobe, Australia)

Revaz Jorbenadze – Doctor of Medicine (Acad. G. Chapidze Emergency Cardiology Center)

Iago Kachkachishvili – Doctor of Sociology (Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences)

Otar Gerzmava – Doctor of Medicine

Giorgi Shakarishvili – Doctor of Social Policy (Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria)

Publishing House „DZAVAPOLIGRAF"

ISBN 978-9941-8-2324-4

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მრავალი გამოწვევების წინაშე დგას. მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებამ გაზარდა მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობა, ისევ პრობლემად რჩება ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების დიდი წილი, პირველადი ჯანდაცვის არასათანადო განვითარება, სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობის გამოუყენებლობა, ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ეფექტურ, შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მეთოდებზე ნაკლები აქცენტირება, სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმების შემოღების საჭიროება, სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება (ექიმების სიჭარბე, ექთნების დეფიციტი) და დაბალი ანაზღაურება, მათი უფლებების დაუცველობა.

საქართველოში ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელობა განსაკუთრებით გაიზარდა უკანასკნელ პერიოდში, რადგანაც დარგში მიმდინარე რეფორმებმა სისტემის მმართველი წრეები მრავალი პრობლემის წინაშე დააყენა.

წიგნში განხილულია საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემები და მათი გადაწყვეტის გზები.

წიგნი განკუთვნილია ჯანდაცვის პოლიტიკის, ჯანდაცვის ადმინისტრირებისა და ჯანდაცვის ეკონომიკის, ჯანდაცვის სოციოლოგიის სპეციალისტებისათვის, ასევე ჯანდაცვის საკითხებით დაინტერესებული ფართო მკითხველისათვის.

წინასიტყვაობა

ყოველი ცივილიზებული ქვეყნის სურვილია საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელობა განსაკუთრებით გაიზარდა უკანასკნელ პერიოდში, რადგანაც სისტემის მმართველი წრეები მრავალი პრობლემის წინაშე დადგნენ, რომლებიც დაკავშირებულია ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე რეფორმებთან.

საქართველოში აგერ უკვე ორ ათეულ წელზე მეტია მიმდინარეობს ძირეული რეფორმირების პროცესი. რეფორმების მსვლელობისას მრავალი კითხვები ისმება: რა პრიორიტეტები აქვს არჩეული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას? რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური და არაფინანსური ბარიერები? რა ფაქტორები მოქმედებენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, რა ინდიკატორები გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და უსაფრთხოების შესაფასებლად? საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების წინაშე მდგარი გამოწვევების სიღრმისეული ანალიზი მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მუშაკებისათვის.

წიგნში განხილულია საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიზნები, თუ რამდენად დაცულია მოსახლეობა ჯანდაცვის დანახარჯებით გამოწვეული ფინანსური რისკებისაგან, ანუ რამდენად არის ქვეყანაში ისეთი ჯანდაცვის სისტემა, რომ საჭირო სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელმა ხარჯებმა არ განაპირობონ ინდივიდების ან მათი ოჯახების გაღატაკება. ასევე მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დანერგვის შემდეგ რა გამოწვევების წინაშე დგას საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.

წიგნში განხილულია თუ რამდენად მიუახლოვდა საქართველო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს, რომლის მიხედვით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში კერძო დანახარჯების წილი არ უნდა აღემატებოდეს 60%-ს. აღსანიშნავია, რომ ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული რეკომენდაცია არ სრულდება არ არის განვითარებული წინასწარი გადახდის სისტემები (დაზღვევა, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები), შესაბამისად, მოსახლეობა არ არის გარანტირებული აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებით, არ არის დაცული კა-

ტასტროფული დანახარჯებისაგან და იძულებულია უარი თქვას საჭირო სერვისებზე. ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ დღეისათვის საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით.

გაიზარდა სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მიმართ, რამაც დადებითად იმოქმედა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ამის მტკიცებულებაა ჯანდაცვაზე მოსახლეობის კერძო დანახარჯების შემცირება 77.9%-დან (2011 წ.) 62%-მდე (2015 წ.). სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე ასევე მიუთითებს საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევა, რომლის მიხედვით, 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა.

სერვისების დაფინანსების გაზრდის მიუხედავად, სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე კვლავ დაბალია საქართველოში. შესაბამისად, დიდია განსხვავება ჯანდაცვაზე არსებულ და საჭირო ბიუჯეტს შორის. აღნიშნულის გამო, საქართველოში ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვანი ხარჯების (დაახლოებით 55-60%) გაღება თავად მოსახლეობას უწევს. ამ მხრივ საჭიროა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ინვესტიციების გაზრდა.

წიგნში განხილულია ჯანდაცვის არსებული მწირი რესურსების პირობებში მისი ეფექტიანი გამოყენების მექანიზმები, რადგან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა. ამ მხრივ, საინტერესოა, თუ რამდენად გამართულად ფუნქციონირებს რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების ერთ-ერთი მთავარი მექანიზმი პირველადი ჯანდაცვა, რადგან პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. პრევენციული ღონისძიებები უფრო ნაკლებხარჯიანია, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. ამ მხრივ, უდიდესი

მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რადგან პრევენციული ღონისძიებები ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებად განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.5-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). საქართველოში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში.

წიგნში განხილულია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების მაღალი წილის მიზეზები (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს). ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. ასევე, მედიკამენტებზე არსებული მაღალი დანახარჯები აიხსნება წამლების არარაციონალური დანიშვნის პრაქტიკით, მოსახლეობაში თვითმკურნალობის მაღალი მაჩვენებლით და გენერიული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენებით. ფარმაცევტული პოლიტიკის უმთავრესი მიზანი უნდა გახდეს გენერიული მედიკამენტების დანიშვნის წახალისება და საინფორმაციო კამპანიის ჩატარება გენერიულ მედიკამენტებზე მოთხოვნის ასამაღლებლად.

წიგნში განხილულია ნებაყოფლობითი დაზღვევის როლი საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტურად ფუნქციონირებაში. უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის თუ სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ფართოდ გამოიყენება კერძო სამედიცინო დაზღვევა. მისი როლი დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა, სადაც სახელმწიფო სრულად აფინანსებდეს ჯანდაცვის ყველა სერვისს.

მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ჯანდაცვის დასაფინანსებლად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან ერთად კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი და ჩანაცვლებითი ფორმების გამოყენება და ამით სადაზღვევო სისტემაში კონკურენტული გარემოს ხელშეწყობა. ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა, რაც ხელს შეუწყობს კერძო სადაზღვევო ბაზარზე სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციას.

სამედიცინო ბაზრისთვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებების გამო, ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. მესაკუთრეობის ფორმების მრავალფეროვნება განაპირობებს მათ შორის ჯანსაღ კონკურენციას. ამ მხრივ, საქართველოში საჭიროა მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმების განვითარების ხელშეწყობა. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას.

წიგნში განხილულია ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე მოქმედი ისეთი მექანიზმის შესახებ, როგორიცაა: სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მეთოდების დანერგვა (გლობალური ბიუჯეტი, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები – DRG). ამ მეთოდების გამოყენებით მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები.

წიგნში განხილულია ადამიანური რესურსების კუთხით საქართველოში არსებულ ისეთ უმთავრეს პრობლემაზე, როგორიცაა: სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება, კერძოდ, ექიმების ჭარბი რაოდენობა, ექთნების ნაკლებობა, ექიმებისა და ექთნების არაბალანსირებული თანაფარდობა (1 ექიმზე მოდის 0,7 ექთანი, მაშინ როდესაც 1:2-თან მაინც უნდა იყოს). ფაქტიურად უგულებელყოფილია ექთნების როლი, ფუნქციები და საჭიროებები. მედდების რაოდენობის დეფიციტი უარყოფით გავ-

ლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე და პაციენტზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების შედეგებზე.

პრობლემატური საკითხია ჯანდაცვის სფეროს მუშაკთა დაბალი ანაზღაურება და მათი უფლებების დაუცველობა, განსაკუთრებით კი რეგიონებში. არასრულყოფილია შრომითი და სოციალური დაცვის მექანიზმები. აქტუალურია პერსონალის არსათანადო კვალიფიკაცია.

წიგნი მიზანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის წინაშე მდგარი პრობლემების გამოვლენა საერთაშორისო გამოცდილებისა და ტენდენციების გათვალისწინებით და მათი გადაწყვეტის გზების დასახვა.

თენგიზ ვერულავა
მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

სარჩევი

წინასიტყვაობა 5
ჯანმრთელობა როგორც უფლება თუ პრივილეგია? 11
ჯანმრთელობა ადამიანური კაპიტალი და ეკონომიკური ზრდა 24
საბაზრო ურთიერთობების თავისებურებები ჯანდაცვის სექტორში 37
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა 68
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები 84
ჯანდაცვის ხარჯები 95
ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის მიზეზები და მისი შეკავების მექანიზმები 117
პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პრობლემები 134
ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები 179
საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიმართვიანობის დინამიკა 190
საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით კმაყოფილება 201
კონკურენტული სადაზღვევო სისტემა და საყოველთაო ჯანდაცვის გამოწვევები 211
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლი 238
უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება 242
არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში 261
სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელი – მესაკუთრეობის ინოვაციური ფორმა ჯანდაცვაში 276
პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდები 283
საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება 302
დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსება 313
სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობა 318
იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნა და დამოკიდებულებები 378
ადამიანური რესურსები ჯანდაცვის სექტორში 358
საკეისრო კვეთების ზრდის პრობლემა საქართველოში 388
კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი 397
სამედიცინო ტურიზმი და საქართველო: პრობლემების სპეციფიკა და რეკომენდაციები 409

ჯანმრთელობა როგორც უფლება თუ პრივილეგია?

რა არის ადამიანის უფლება?

ადამიანის უფლება ნიშნავს რომ იგი იურიდიულად გარანტირებულია სამართლებრივი ნორმებით და იცავს ადამიანს ისეთი ქმედებებისაგან, რომლებიც არღვევენ მის თავისუფლებას და ღირსებას[1].

ადამიანის უფლებები უნივერსალურია. საერთაშორისო საზოგადოება ადამიანის უფლებებს უნდა განიხილავდეს გლობალურად, სამართლიან და თანასწორ საფუძველზე. მიუხედავად იმისა, რომ გასათვალისწინებელია ეროვნული თავისებურებები, სახელმწიფო პასუხისმგებელია დაიცვას ადამიანის უფლებები[2].

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, საერთაშორისო საზოგადოებამ მიიღო ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია (1948). 1966 წელს მიღებულ იქნა საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ და საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო პაქტები სავალდებულოა სახელმწიფოებისათვის რომლებმაც მათ რატიფიცირება მოახდინეს.

რას ნიშნავს ადამიანის უფლება ჯანმრთელობაზე?

ჯანმრთელობის უფლება არ ნიშნავს ჯანმრთელად ყოფნის უფლებას და იმას, რომ ღარიბი ქვეყნის მთავრობები ვალდებულნი არიან შექმნან მაღალტექნოლოგიური ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები, რომლისთვისაც მათ არ აქვთ სათანადო რესურსები. თუმცა, ჯანმრთელობის უფლება სახელმწიფოსგან მოითხოვს ისეთი პოლიტიკის და სამოქმედო გეგმების შემუშავებას, რომლებითაც მიიღწევა ყველასათვის ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობის დაცვა.

ჯანმრთელობა, როგორც უფლება, არ ნიშნავს „უფასო“ მომსახურებას, ან სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ მომსახურებების ქველმოქმედების სახით მიწოდებას ან სახელმწიფოს მიერ აბსოლუტურად ყველა სერვისის უზრუნველყოფას. ჯანმრთელობის უფლება ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ვალდებულია ყველაფერი გააკეთოს

---

1 Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff. Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations Staff College Project. 1999.

2 Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993. The World Conference on Human Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations.

იმისათვის, რომ მოსახლეობა უზრუნველყოს აუცილებელი სამედიცინო სერვისებით, მიუხედავად მათი გადახდისუნარიანობისა.

„ჯანმრთელობის უფლება“ პირველად ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდებაში 1946 წელს. წესდების მიხედვით, ჯანმრთელობის უფლება განისაზღვრება როგორც „ჯანმრთელობის ყველაზე მაღალი დონის მიღწევა“[1]. მასში ასევე ჩამოთვლილია ამ უფლების ზოგიერთი პრინციპები: ჯანმრთელი ბავშვის განვითარება; სამედიცინო ცოდნის და მისი სარგებლების თანაბარი გავრცელება; სახელმწიფოს მიერ განსახორციელებელი სოციალური ღონისძიებები ადექვატური ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია ჯანმრთელობის უფლებას განსაზღვრავს როგორც ადამიანის ფუნდამენტურ, განუყოფელ უფლებას და ყველა ქვეყანას მოუწოდებს დაიცვას იგი.

1948 წლის ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია ასევე ითვალისწინებს ჯანმრთელობის უფლებას, როგორც ღირსეული ცხოვრების უფლების ყველაზე მნიშვნელოვან ასპექტს (მუხლი 25). ჯანმრთელობის უფლების ყველაზე ფართოდ გამოყენებადი და ყოველისმომცველი განმარტება მოცემულია ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტში (1966 წ.). პაქტის მე-12 მუხლის მიხედვით, „მოცემული პაქტის მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე“[2]. ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი რატიფიცირებულ იქნა 142 ქვეყნის მიერ; 83 ქვეყანამ მოახდინა ჯანმრთელობის უფლებაზე რეგიონული ხელშეკრულებების რატიფიცირება, ხოლო 109 ქვეყანა აღიარებს ჯანმრთელობაზე უფლებას თავიანთ ერო-ვნულ კონსტიტუციებში[3].

ჯანმრთელობის უფლება ფასდება ოთხი კრიტერიუმის მიხედვით.

- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და სამედიცინო ორგა-

1 Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization. 1948

2 გაეროს გენერალური ასამბლეა, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი,16/12/1966 წ, ძალაში შევიდა 3/01/1976

3 D. Kinney, The International Human Right to Health: What does This Mean for Our Nation And World ? Indiana Law Review, Vol. 34:1465, 2001.

ნიზაციები, საქონელი და მომსახურება უნდა იყოს **საკმარისი რაოდენობით;**

- სამედიცინო ორგანიზაციები, საქონელი და მომსახურება უნდა იყოს **ხელმისაწვდომი** ყველასათვის ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე. ხელმისაწვდომობა ფასდება ოთხი კრიტერიუმით: არადისკრიმინაციულობა, ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, ეკონომიკური ხელმისაწვდომობა, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა.
- ყველა სამედიცინო ორგანიზაცია, საქონელი და მომსახურება უნდა **შეესაბამებოდეს** სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს, ითვალისწინებდეს კულტურულ თავისებურებებს, გენდერულ და ასაკობრივ მოთხოვნებს, კონფიდენციალურობას.
- სამედიცინო ორგანიზაციები, საქონელი და მომსახურება უნდა იყოს **სათანადო ხარისხის**.

რატომ უნდა იყოს ჯანმრთელობა უფლება?

ჯანმრთელობის სერვისები არ შეიძლება განიხილებოდეს როგორც მხოლოდ პერსონალური პასუხისმგებლობა, ისევე როგორც მხოლოდ საზოგადოებრივი სერვისი. ჯანმრთელობის სერვისები არის როგორც პერსონალური პასუხისმგებლობა, ასევე საზოგადოებრივი სერვისი[1].

ბაზარი მხოლოდ მაშინ შეიძლება იყოს ეფექტური როდესაც რესურების განაწილება ეფუძნება გადახდისუნარიანობას და არა სამართლიანობის პრინციპს. ბაზარი ეფექტურად განსაზღვრავს თუ ვინ უნდა მართოს საწარმოები, ვინ იმგზავროს ავტომანქანით, ავტობუსით ან ველოსიპედით, მაგრამ ნაკლებად ითვალისწინებს ადამიანის ბაზისურ საჭიროებებს.

სამედიცინო ბაზარზე საბაზრო ძალების გავლენა სერვისების მოცულობაზე, მათ ფასსა და ხარისხზე არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრებისგან[2]. სამედიცინო ბაზრის ასეთი განსხვავება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობით, კერძოდ, მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე ხშირად ატარებს არამხოლოდ ინდი-

1 თ. ვერულავა (2016). არის თუ არა სამედიცინო ბაზარი ჩვეულებრივი ბაზარი? ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI).

2 N. Daniels. Just Health Cambridge: Cambridge University Press; 1985.

ვიდუალურ, არამედ სოციალურ ხასიათსაც („საზოგადოებრივი სიკეთეები“ სამედიცინო ბაზარზე) და მოითხოვს ცალკეულ მომხმარებელთა სახსრების გაერთიანებას[1]. ასეთ სიტუაციებს, სადაც ბაზარს არ შეუძლია რესურსების ეფექტიანი განაწილება, უწოდებენ ბაზრის ჩავარდნებს. ბაზრის ძირითადი ჩავარდნებია: რისკები და გაურკვევლობა, არასრული ინფორმაცია (ინფორმაციის ასიმეტრია), საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია, გარეგანი ეფექტები, საზოგადოებრივი სიკეთის წარმოება[2]. ჯანდაცვის სექტორის ეს სპეციფიკა განაპირობებს სამედიცინო ბაზარზე ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს, რაც მოითხოვს სათანადო რეგულირების მექანიზმების შემუშავებას.

ევროპის ქვეყნებში და კანადაში ჯანდაცვა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი სერვისი, რომლის უზრუნველყოფა საზოგადოებრივი სექტორის პასუხისმგებლობაა[3]. ამ ქვეყნებში მოქმედებს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც ფარავს მთელ მოსახლეობას. ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უფლება აქვს თითოეულ მოქალაქეს, რაც ხელს უწყობს მათ შორის სოლიდარობას და მიიჩნევა სახელმწიფობრიობის მნიშვნელოვან ქვაკუთხედად. ამ მიზნით ჯანდაცვის დაფინანსება მთლიანად გამოყოფილია აქტუარული პრინციპებისგან. ინდივიდის ფინანსური წვლილი ჯანდაცვაში დამოკიდებულია მის გადახდისუნარიანობაზე და არა მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ანუ რისკზე.

ევროპის ქვეყნებში ჯანმრთელობა ადამიანის ძირითად უფლებად განიხილება არა მხოლოდ ჰუმანისტური და ეთიკური მიზეზებით, არამედ პრაგმატული, უტილიტარული მიდგომების გამო[4]. უნივერსალური ხელმისაწვდომობას სარგებელი მოაქვს როგორც ინდივიდისათვის, ასევე საზოგადოებისთვისაც, რადგან უზრუნ-

1 თ. ვერულავა (2017) სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (4):73-90.

2 U. Reinhardt. Hard choices in health care: a matter of ethics. In: Health Care: How to Improve It and Pay for It. Washington, DC: Center for National Policy; 1985:19–31.

3 თ. ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.

4 თ. ვერულავა (2019) ჯანმრთელობის კაპიტალი ეკონომიკური ზრდის განმსაზღვრელი ფაქტორია. პოლიტეა.

ველყოფს სამუშაო ძალის პროდუქტიულობის ზრდას[12].

ევროპული უნივერსალიზმისაგან განსხვავებით, აშშ-ში მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი ჯანმრთელობას არ თვლის უფლებად, არამედ პრივილეგიად. აშშ-ში არსებობს სოციალური დაცვის შერჩევითი (სელექციური) სისტემა[3]. იგი ეფუძნება მოსახლეობის საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის მხოლოდ იმ ნაწილის მოცვას, ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო უფრო საჭიროებს სერვისებს[4].

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემა ასახავს ამერიკული სოციალურ-ეკონომიკური მოდელის, იდეოლოგიის და ტრადიციების თავისებურებებს. ინდივიდუალიზმისა და სელექციურობის პრინციპი მყარად დამკვიდრდა ამერიკულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში. თუ ევროპულ ქვეყნებში სოციალური პოლიტიკის შემუშავებისას ყოველთვის დომინირებდა თანასწორობის, სოციალური დაცულობის და საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპები, აშშ-ში ასეთი რამ მიუღებელი აღმოჩნდა მოქალაქეთა ნაწილისთვის. მათი აზრით, ადამიანი პასუხისმგებელია საკუთარ ბედსა და ქმედებებზე, ხოლო პასუხისმგებლობის სახელმწიფოსთვის გადაცემის იდეა დიდი მხარდაჭერით არ სარგებლობს. აშშ-ში ქვეყნის სოციალურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სახელმწიფოს როლის გაძლიერება ტრადიციულად განაპირობებს მოქალაქეთა გარკვეული ნაწილის უკმაყოფილებას. ამერიკელთა უმრავლესობა ჯანდაცვის სფეროს განიხილავს არა როგორც სახელმწიფოს ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ ფუნქციას, არამედ როგორც სერვისს, რომელიც სხვა სერვისების მსგავსად იყიდება სამედიცინო ბაზარზე[5].

---

1 Thomas W. O'Rourke (2017) Lost in the Health Care Reform Discussion: Health Care as a Right or Privilege, American Journal of Health Education, 48:3, 138-141.

2 თ. ვერულავა. (2019). ჯანმრთელობის კაპიტალი – ეკონომიკის მდგრადი განვითარების ფაქტორი. ეკონომიკა და ბიზნესი. 11 (1).

3 Victor R. Fuchs (2008). Three "Inconvenient Truths" About Health Care. The New England Journal of Medicine, October 23.

4 თ. ვერულავა (2017) ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში ინდივიდუალიზმი და უნივერსალიზმი. ეკონომისტი, XIII (4):142-154.

5 Michael Tanner. (2008). A Fork in the Road Obama,McCain, and Health Care. Cato Institute.

აშშ-ში დგას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა. თვით ისეთი სახელმწიფო პროგრამაც კი, როგორიცაა მედიქეა, რომელიც მილიონობით საპენსიო ასაკის და შეზღუდული შესაძლებლობების მოსახლეობას მოიცავს, მოითხოვს პაციენტების მხრიდან მნიშვნელოვანი ხარჯების გაზიარებას ე.წ. თანაგადახდებს (ხარჯების დაახლოებით ნახევარს მოსახლეობა ფარავს)[1]. 2018 წლის მონაცემებით აშშ-ში დაუზღვეველთა რაოდენობა შეადგენს 11%-ს (30 მლნ ადამიანი). გარდა ამისა, არიან არასაკმარისი დაზღვევის ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ თავიანთი შემოსავლის 10%-ს ან მეტს ხარჯავენ საკუთარი ჯიბიდან სამედიცინო ხარჯებზე. არასაკმარისი დაზღვევის მქონე ადამიანთა რაოდენობა შეადგენს დაზღვეულთა 29%-ს.

მიუხედავად აღნიშნულისა, აშშ-ში ჯანმრთელობის უფლება არ არის მიუღებელი კონცეფცია. ამის დასტურია მედიქეას და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამები, ასევე ომის ვეტერანთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, სადაც ჯანმრთელობა განიხილება როგორც უფლება. თუმცა, აშშ-ში სახელმწიფო არ არის ვალდებული მისი ყველა მოქალაქე უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვით.

ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა როგორც უფლება და არა პრივილეგია: ფილოსოფიური პერსპექტივა

საინტერესოა საკითხის – ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა ადამიანის უფლებაა თუ პრივილეგია – განხილვა დასავლური აზროვნების პერსპექტივიდან, კერძოდ, არისტოტელეს, იმანუილ კანტის, თომას ჰობსის, თომას პეინის, ჰანა არენდტის, ჯეიმზ როულზის და ნორმან დენიელსის ნაშრომების მიხედვით.

ძველი ბერძენი ფილოსოფოსის ***არისტოტელეს*** (ძვ.წ. 384-322) მტკიცებით, არსებობენ ბუნებრივი სხეულები, რომელთაგან ზოგი ცოცხალია, ზოგი კი არ არის ცოცხალი[2]. ყველაფერი რაც ცოცხალია, აქვს სული. სული სიცოცხლის მომცემი ძალაა. იგი პასუხისმგებელია ყველა ცოცხალის განვითარებაზე. სხეული საგანია, მატერიაა, რომლის შიგნით არის სიცოცხლე სულის სახით. ამგვარად, სხეული ინსტრუმენტია, რომელშიც მოძრაობს სული. სული გადის

1 თ. ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.

2 Aristotle: The Soul Edited by: Smith JA. Whitefish: Kessinger Publishing; 2005.

სრულქმნის, სრულყოფის გზას, რომლის მისაღწევად საჭიროა სულის ზრდა. სული ვერ გაიზრდება თავისთავად, მისი განვითარებისათვის საჭიროა კვება. ასევე, კაცობრიობა ვერ იქნება უკეთესი, თუ ადამიანი არსებობს მხოლოდ თავისთავად, საკუთარი ძალებით და მასზე არ ზრუნავენ საზოგადოებრივი მექანიზმები.

ადამიანის განვითარებისათვის აუცილებელია კარგი ჯანმრთელობა, რაც ვერ მიიღწევა მხოლოდ თავისთავად, საკუთარი ძალებით. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის აუცილებელია როგორც ადამიანის, ასევე მთელი საზოგადოების ძალისხმევა, ანუ საჭიროა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა ყველასათვის. შესაბამისად, ჯანდაცვა უნდა განიხილებოდეს როგორც ადამიანის უფლება[1].

იმანუელ კანტის (1724-1804) მიხედვით, ყოველი ადამიანი არსებობს „როგორც მიზანი და არასდროს მხოლოდ საშუალება“[2]. ადამიანი არ უნდა განიხილებოდეს როგორც საგანი, სხვისი სიამოვნების ან კეთილდღეობის საშუალება. ყველა ადამიანს აქვს საკუთარი ღირსება. კანტის კატეგორიული იმპერატივი მოითხოვს: „მოიქეცი ისე, რომ შენს მოქმედებაში ადამიანი ყოველთვის იყოს მიზანი და არასდროს მხოლოდ საშუალება“. საზოგადოება ადამიანებს შორის ურთიერთობებია, სადაც ყველანი პატივს ვცემთ ერთმანეთის ინტერესებს, რადგან თითოეულ ჩვენგანს აქვს ღირებულება.

რადგან ყველა ადამიანს აქვს ღირებულება და რადგან ადამიანი უნდა განიხილებოდეს „როგორც მიზანი და არასდროს მხოლოდ საშუალება“, აქედან გამომდინარეობს მორალის ძალა. მორალი გვმართავს ჩვენ აბსოლუტურად და ვგრძნობთ მის ძალას ყოველთვის. მორალი დიქტატია, რომლის იგნორირება შეიძლება, მაგრამ უარყოფა არასოდეს[3].

აბსოლუტური მორალის ძალიდან გამომდინარე, ადამიანის სიცოცხლე, მისი ჯანმრთელობა დაცული უნდა იყოს. ჯანმრთელობის ყველასათვის ხელმისაწვდომობის საკითხი მუდმივი მორალური საკითხია, რომლის იგნორირება შეიძლება, მაგრამ უარყოფა არასოდეს.

თომას ჰობსი (1588-1679) თავის ნაწარმოებში „ლევიათანი“ წარმოგვიდგენს „ბუნებით უფლებას“ (jus naturales) და „ბუნებით კანონს“

1 AE. Talyor. Aristotle Toronto: Dover Publications; 1955.

2 RL Arrington. Kant. In Western Ethics Edited by: Arrington RL. Malden: Blackwell Publishers; 1998:261-294.

3 R. Scruton. Kant: a very short introduction Oxford: Oxford University Press; 1996.

(lex naturalis). „ბუნებითი უფლება არის ადამიანის თავისუფლება, გამოიყენოს საკუთარი ძალა ისე, როგორც სურს, საკუთარი ბუნების ანუ სიცოცხლის შესანარჩუნებლად და, შესაბამისად, მოიმოქმედოს ნებისმიერი რამ, რაც, მისი მოსაზრებითა და განსჯით, ამ მიზნის მიღწევის საუკეთესო გზაა“. „ბუნებითი უფლების“ მიხედვით, „ყველა ადამიანს აქვს ყველაფრის უფლება“[1].

ბუნებითი უფლებისაგან განსხვავებით „ბუნებითი კანონი“, ანუ გონება ადამიანს საშუალებას აძლევს გაერკვეს თუ რა უნდა გაკეთდეს სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. ბუნების სამი მნიშვნელოვანი კანონი არსებობს, რომლებიც განაპირობებენ პასუხისმგებლობას ჩვენს ქმედებებზე: (1) მშვიდობის ძიება, (2) შეთანხმებების დადება და (3) შეთანხმებების შესრულება.

ჰობსის პირველი კანონი, „მშვიდობის ძიება“ გულისხმობს, რომ „ყოველი ადამიანი უნდა ესწრაფვოდეს მშვიდობას და ცდილობდეს დაიცვას იგი“, ხოლო თუ ვერ მიაღწევს მშვიდობას, „მას შეუძლია ომის ყველა ხერხი და გზა ეძებოს და გამოიყენოს“, ანუ ნებისმიერი საშუალებით თავად დაიცვას საკუთარი თავი[2].

ბუნების პირველი კანონიდან, რომელიც ყველა ადამიანისგან მშვიდობის ძიებას მოითხოვს, გამომდინარეობს მეორე კანონი. როდესაც ადამიანებს აქვთ თავისუფლება „აკეთონ ის, რაც მოესურვებათ, ყველანი ერთმანეთთან ომის მდგომარეობაში არიან“[3]. ამიტომ ადამიანებმა უარი უნდა თქვან თავის უფლებაზე „აკეთონ ის, რაც მოესურვებათ“, იმ პირობით, თუ სხვებიც იგივეს გააკეთებენ. ეს ბიბლიის კანონია: მოექეცით სხვა ადამიანებს ისე, როგორც თქვენ გინდათ, რომ ისინი მოგექცნენ.

ბუნების კანონი მოითხოვს, რომ თითოეულმა ჩვენგანმა დათმოს თავისი უფლება, უარი თქვას თავისუფლებაზე და ამით მეტი თავისუფლება მისცეს სხვა ადამიანებს. ამ დათმობით ადამიანები ფიქრობენ, რომ სხვებსაც იგივე კეთილგანწყობა ექნებათ მათ მიმართ და ისინიც დათმობენ თავისუფლებას. როდესაც ადამიანი თმობს თავისუფლებას ან რაიმე უფლებას სხვას გადასცემს, „ის ამას აკეთებს იმის გამო, რომ თავად იღებს ტოლფას უფლებებს

1 თომას ჰობსი. ლევიათანი. წიგნში „შესავალი თანამედროვე აზროვნებაში“. წიგნი I. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი, 2014.

2 იქვე. თომას ჰობსი. ლევიათანი. 2014.

3 იქვე. თომას ჰობსი. ლევიათანი. 2014.

ან რაიმე სხვა ხეირს ელის... უფლების დათმობის ან გადაცემის მოტივი და მიზანი სხვა არაფერია, თუ არა ადამიანის პიროვნული უსაფრთხოება იმ თვალსაზრისით, რომ მას ჰქონდეს საშუალება, დაიცვას თავისი სიცოცხლე“[1].

ჰობსი მიიჩნევს, რომ „ვალდებულება“ იქმნება „ბუნებითი უფლების უარყოფით“. „ბუნებითი უფლება“ ადამიანისგან არ მოითხოვს ვალდებულებებს. ბუნებით მდგომარეობაში ყველა თავის თავსაა მინდობილი და ადამიანს შეუძლია მოიმოქმედოს ყველაფერი, რაც მის ინტერესებს შეესაბამება. „ბუნებითი უფლების“ უარყოფით საზოგადოების ყველა წევრი ვალდებულებას კისრულობს ერთმანეთის წინაშე, რომ ექნებათ მშვიდობიანი თანაარსებობა და ამით უზრუნველყონ ერთმანეთის უსაფრთხოება.

ჰობსის მეორე კანონიდან გამოდინარეობს ადამიანებს შორის შეთანხმებების კონცეფცია. როდესაც ადამიანები უარს ამბობენ „ბუნებით უფლებაზე“, ან მას გადასცემენ სხვას, წარმოიქმნება ხელშეკრულება ან შეთანხმება. „ბუნებითი უფლებიდან“ „ბუნებით კანონზე“ გადასვლა ხდება საზოგადოებრივი ხელშეკრულების სახით: ადამიანები თანხმდებიან კანონს დაემორჩილონ, რადგან ალტერნატივა საყოველთაო ომის მდგომარეობაა.

ჰობსის კონცეფციას თუ განვიხილავთ ჯანმრთელობასთან მიმართებით, უსაფრთხო ცხოვრებისათვის ადამიანები სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის „უფლებას“ გადასცემენ საზოგადოებას, რომელშიც ყველა წევრი ურთიერთთანამშრომლობის პირობას დებს. ანუ, საზოგადოება თანხმდება, რომ ჯანმრთელობა არის უფლება და იგი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის.

საზოგადოება შეიძლება შეთანხმდეს ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის უფლებაზე, თუმცა, არ იყოს სახელმწიფოს მიერ საყოველთაოდ აღიარებული. ამ შემთხვევაში, კანტის აზრებს თუ მოვიშველიებთ, ეს საზოგადოებრივი შეთანხმება შეიძლება პოლიტიკურად იქნას იგნორირებული, მაგრამ მას აქვს მორალური ძალა, რომლის იგნორირებაც შეუძლებელია.

ამერიკელი პუბლიცისტი ***თომას პეინი*** (1737-1809) ერთმანეთისაგან განასხვავებს ბუნებრივსა (natural rights) და სამოქალაქო უფლებებს (civil rights)[2]. ბუნებრივი უფლებები ადამიანს თავისი

1 იქვე. თომას ჰობსი. ლევიათანი. 2014.

2 T. Paine. Rights of Man Mineola: Dover Publications; 1999.

არსებობის ძალით ეკუთვნის (რწმენის თავისუფლება, აზრის გამოხატვის უფლება, ბედნიერებისაკენ სწრაფვა და ა.შ.), ხოლო სამოქალაქო უფლებები ადამიანს აქვს იმდენად, რამდენადაც იგი საზოგადოების წევრია. სამოქალაქო უფლებები საზოგადოების მიერაა გარანტირებული. მათი სრულყოფილად განხორციელება საზოგადოების დახმარების გარეშე ინდივიდს არ შეუძლია.

სამოქალაქო უფლებები წარმოიშვა ბუნებრივი უფლებებიდან. ადამიანს მარტო არ შეუძლია უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. კოლექტიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა გადაეცემა ცენტრალურ ძალას (სახელმწიფოს). სამოქალაქო ძალაუფლება არ უნდა გამოიყენებოდეს ინდივიდთა ბუნებრივი უფლებების დასათრგუნად. ადამიანის უფლება სხვა ადამიანის უფლებასაც გულისხმობს, რომელთა დაცვის ვალდებულებაც ამ ადამიანს აკისრია.

ამგვარად, ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა განიხილება როგორც ადამიანის პიროვნული, ასევე ეროვნული უსაფრთხოების საკითხი. თანამედროვე საზოგადოებაში ყველა ადამიანი საკუთარ ბუნებრივ უფლებებს გადასცემს ცენტრალურ ხელისუფლებას, რითაც იქმნება კოლექტიური უსაფრთხოების კაპიტალი. საერთო კეთილდღეობიდან ყოველ ადამიანს აქვს უსაფრთხოება და სარგებელი, ისევე როგორც ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზე უფლება[1].

ჰანა არენდტიმ (1906-1975) გამოაქვეყნა წიგნი „ადამიანური მდგომარეობა“ (1958). არენდტის მიხედვით, ადამიანებმა ერთმანეთთან მიაღწიეს შეთანხმებას საერთო კეთილდღეობაზე და გადასცეს თავისი ბუნებრივი უფლებები ცენტრალურ ხელისუფლებას მათი კოლექტიური უსაფრთხოებისათვის[2]. ამით ადამიანები, გარდა იმისა, რომ თანასწორნი არიან, განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან: „ადამიანური მრავალფეროვნება ძირითადი პირობაა როგორც ქმედების, ასევე სიტყვის და აქვს თანასწორობის და განსხვავების ორმაგი ხასიათი. თუ ადამიანები არ იქნებიან თანასწორნი, ვერასოდეს ვერ შეძლებენ გაუგონ ერთმანეთს. თუ ადამიანები არ იქნებიან განსხვავებულნი, მაშინ მათ არ დასჭირდებოდათ არც სიტყვა და ქმედება, რომ გაუგონ ერთმანეთს. საკმარისი იქნებოდა საჭიროებებისა და მოთხოვნებისათვის ერთმანეთთან საკომუნიკაციო

1 T. Paine. Rights of Man. In Rights of Man Mineola: Dover Publications; 1999:7-64.

2 H. Arendt. The Human Condition Chicago: University of Chicago Press; 1958.

მხოლოდ ნიშნები და ხმები.

ადამიანები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან სიტყვითა და ქმედებებით. ეს განსხვავება ეფუძნება იმას, თუ რას ამბობენ ადამიანები (სიტყვა) და რა ინიციატივით გამოდიან ისინი (ქმედება). სიტყვის ზოგიერთი ფორმა ადამიანებს უკეთესად ცნობადს ხდის, ზოგიერთი ქმედების ფორმა გარკვეულ ადამიანებს მდიდარს ხდის, ხოლო სხვებს ღარიბებად აქცევს. ადამიანებს შორის ასეთი მრავალფეროვნება წარმოშობს „განსხვავებულობას", მაგრამ იგი არ ცვლის თანასწორობას.

ყველა ადამიანი თანასწორია, ყველა ადამიანი განსხვავებულია და ყველა ადამიანი გმირია. თუმცა, გმირებს არ აქვთ გამორჩეული თვისებები. ჰომეროსის მიხედვით, სიტყვა „გმირი" იყო სახელი, რომელიც ერქვა ტროას ომში მონაწილე თითოეულ თავისუფალ ადამიანს და რომელთა შესახებაც დაიწერა პოემა. სიმამაცე, რომლის იდენტიფიცირებასაც ჩვენ გმირთან ვახდენთ, არენდტის მიხედვით, არის ქმედების, საუბრის და საკუთარი თავის საზოგადოებაში ჩაწერის სურვილი. გმირი არის ადამიანი, რომელიც იღვიძებს ყოველ დილით და საკუთარი თავი შეაქვს საზოგადოებაში. ყველა კაცი და ქალი გმირია, ყველა თანასწორია, თუმცა განსხვავებული. ისინი შეიძლება განსხვავდებოდნენ სიმაღლის, წონის, ეთნიკურობის, სიმდიდრის, სექსის, ასაკის, ან რელიგიის მიხედვით, მაგრამ ისინი ყველა გმირებია, რომლებმაც საკუთარი თავი ჩაწერეს სამყაროში და დაიწყეს თავიანთი ამბავი. ადამიანები ერთმანეთთან ურთიერთქმედებენ სიტყვებითა და ქმედებებით. ეს საჯარო სივრცეა, სადაც კანონის უზენაესობაა და ადამიანები თანაარსებობენ.

სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, როგორც წესი, უფრო მეტად აქვთ არახელსაყრელი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ღარიბ პირებს[1], [2], [3]. მათ, ვისაც სჭირდებათ სამედიცინო მომსახურება ურთიერთობა უნდა ჰქონდეთ საჯარო სივრცესთან. საჯარო სივრცე შეუძლებელია დაიკავოს ყველა

1 U. Reinhardt. Hard choices in health care: a matter of ethics. In: Health Care: How to Improve It and Pay for It. Washington, DC: Center for National Policy; 1985:19–31.

2 T. Verulava, R. Jorbenadze, B. Dagadze, E. Eliava. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018.

3 T. Verulava, M. Gabuldani. (2015). Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). Gazi Medical Journal, 26 (2): 42-45.

ადამიანმა, ყველა დროით, მაგრამ ზოგიერთმა ადამიანმა, რომელსაც სჭირდება სამედიცინო მომსახურება, შეიძლება ვერასდროს შეძლოს მასთან ურთიერთქმედება.

არსებობს მომენტები, როდესაც სხვებს შეიძლება მოეთხოვოთ ისაუბრონ მათ მაგივრად, ვისაც არ აქვთ ძალაუფლება და არ აქვთ საჯარო სივრცეში შესვლის შესაძლებლობა. უფრო მეტიც, მათ უნდა უზრუნველყონ ძალაუფლების არმქონეთა შესვლა საჯარო სივრცეში, რათა მათ მოუსმინონ. „ადამიანისათვის სამყაროს რეალობა გარანტირებულია სხვათა არსებობით". ყველა ადამიანს უნდა შეეძლოს საჯარო სივრცეში გამოჩენა გარკვეული დროის განმავლობაში (და ამით ძალაუფლების გაზიარება), მიუხედავად იმისა, რომ მას არ შეუძლია მისი ნებისმიერ დროს დაკავება. ამის უარყოფა ნიშნავს, რომ უარყო მორალის ძალა, ნებისმიერი შეთანხმების არსებობა, ან საერთო უსაფრთხოების უფლება.

ჯონ როულზმა (1921-2002) თავის წიგნში „სამართლიანობის თეორია" (1971) განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმო ჯანმრთელობის ყველასათვის ხელმისაწვდომობას[1]. ***ნორმან დენიელსმა*** ჯონ როულზის პრინციპეპზე დაყრდნობით მოგვცა უნივერსალური ჯანდაცვის დასაბუთება. ჯონ როულზი მიიჩნევს, რომ თითოეულ ადამიანს აქვს ხელშეუხებლობის უფლება (ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის დაცვა, სიცოცხლის უფლება, პირადი ცხოვრების უფლება...), რაც ეფუძნება სამართლიანობას. ამიტომ სამართლიან საზოგადოებაში მართლმსაჯულების მიერ უზრუნველყოფილი უფლებები არ ექვემდებარებიან პოლიტიკურ გარიგებებს ან სოციალური ინტერესების გათვლებს[2].

ამგვარად, ადამიანები სოციალურად ღირებული ერთეულებია, რომლებსაც მორალის ძალის მეშვეობით როგორც ერთმანეთს შორის, ასევე მთავრობასთან იმპლიციტურად დადებული აქვთ შეთანხმებები. ბუნებითი უფლებების მეშვეობით, ჩვენ ვიცავთ საკუთარ ინდივიდუალობას, და ასევე მათ, ვისაც ერთობლივად გადავცემთ საერთო სიკეთეს. ბუნებითი კანონებითა და ბუნებითი უფლებებით ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა ადამიანებისათვის არის უფლება, და არა პრივილეგია[3].

---

1 J. Rawls. A Theory of Justice Cambridge: Harvard University Press; 1999.

2 N. Daniels. Just Health Cambridge: Cambridge University Press; 1985.

3 Thomas J Papadimos. Healthcare access as a right, not a privilege: a construct of West-

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია კონკრეტული ქვეყნის სოციალურ სტრუქტურაზე, სახელმწიფოს პოლიტიკაზე და ეროვნულ კულტურაზე. მდიდარ ქვეყნებში ადამიანების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მაღალია. ამასთან, მოსახლეობის ჯანმრთელობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ ქვეყნის ეკონომიკაზე, არამედ სიმდიდრის განაწილებაზეც. რაც უფრო მეტია სახელმწიფოს ინვესტიციები ჯანდაცვაში, მით მაღალია ჯანმრთელობის მაჩვენებლები. მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებში ჯანდაცვის უთანასწორობის პრობლემა გადაწყვეტილ უნდა იქნას ეკონომიკური უთანასწორობის კორექტირებით. ჯანდაცვის რეფორმირებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს არამარტო სამედიცინო სერვისების მიწოდებაზე, არამედ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზეც მთელი მოსახლეობისათვის. ამგვარად, სახელმწიფო პოლიტიკას უდიდესი როლი ეკისრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამაღლებაზე.

ჯანდაცვის სისტემა ისე უნდა იყოს მოწყობილი, რომ მისთვის მთავარი იყოს პაციენტის კეთილდღეობა. ჯანდაცვის ყოველი სისტემა მოსახლეობას უნდა აძლევდეს ხელმისაწვდომობის გარანტიას, უნდა იცავდეს ჯანდაცვის კატასტროფული ხარჯებისაგან. ყველა მოქალაქეს უნდა ჰქონდეს მაღალხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა. ჯანმრთელობას სარგებელი მოაქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის, საერთოდ ქვეყნის კეთილდღეობისათვის. ჯანმრთელობა ადამიანის პროდუქტიულობის განმაპირობებელი ფაქტორია. რაც უფრო ჯანმრთელია ადამიანი, მით უფრო შრომისუნარიანია იგი. ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს ცოდნის ათვისებას, წავლის უნარების განვითარებას, შემოქმედებითობას, კრეატიულობას. ჯანმრთელი და განათლებული მუშაკები უფრო ადვილად რეაგირებენ ტექნოლოგიურ და ინოვაციურ პროცესებზე, რაც რეფორმების წარმატებით განხორციელების განმსაზღვრელი ფაქტორია. ამგვარად, ადამიანის ჯანმრთელობა ხელს უწყობს ეკონომიკის ამაღლებას, რადგან ზრდის შრომისუნარიან მოსახლეობას.

---

ern thought. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2007, 2:2

ჯანმრთელობა ადამიანური კაპიტალი და ეკონომიკური ზრდა

ადამიანური კაპიტალის ფორმირებაში მნიშვნელოვანია ინვესტიციები ჯანმრთელობაში. საქართველოში ბოლო 25 წლის პერიოდში გაიზარდა მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები, შემცირდა ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა, რაც დადებითად აისახება ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე. თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები და ამბულატორიული მიმართვიანობა ჩამორჩება ევროპის რეგიონის მაჩვენებელს. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებთან მიმართებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება.

ადამიანური კაპიტალის კონცეფცია

ადამიანური კაპიტალი ადამიანის მიერ ინვესტიციების შედეგად დაგროვილი ფიზიკური ჯანმრთელობის, ცოდნის, უნარების, შესაძლებლობებისა და მოტივაციების გარკვეული მარაგია, რომელიც გამოიყენება შრომის ამა თუ იმ სფეროში მოხმარებისათვის და მოაქვს შემოსავლები როგორც დასაქმებულისათვის, ასევე დამსაქმებლისათვის[1].

ადამიანური კაპიტალის კონცეფცია შემუშავებულ იქნა XX საუკუნის 60-იან წლებში. ეკონომისტმა ტ. შულცმა პირველად გამოიყენა ტერმინი „ადამიანური კაპიტალი“, რომელშიც გულისხმობდა ადამიანში ინვესტიციების ერთობლიობას, რაც ამაღლებს მის შრომისუნარიანობას[2]. შულცის იდეები განავითარეს ე.წ. „ჩიკაგოს სკოლის“ წარმომადგენლებმა (გ. ბეკერი, პ. ბოვენი, ე. ჰანსენი), რომლებმაც ჩამოაყალიბეს ადამიან-კაპიტალის კონცეფციის ძირითადი დებულებები.

ნობელის პრემიის ლაურეატის გ. ბეკერის მიხედვით, „ადამიან-კაპიტალი წარმოადგენს ადამიანის თანდაყოლილი შესაძლებლობების, შეძენილი უნარების, ცოდნის და მოტივაციების ერთობლიობას, რაც გამოიყენება საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის

1 Campbell R. McConnell, Stanley L. Brue, Sean M. Flynn. Economics: Principles, Problems, and Policies. McGraw-Hill Education. 19th edition. 2011.

2 Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital, The American Economic Review, 51 (1), 1-17

და ადამიანისა და საზოგადოების შემოსავლის წყაროა“ [3]. ბეკერი მიიჩნევს, რომ ინვესტიციები ადამიან-კაპიტალში მცირდება ასაკთან ერთად, რადგან დროთა განმავლობაში მცირდება მოსალოდნელი მოგება. საპენსიო ასაკის მიღწევისას შემოსავლების გენერირებაში ჯანმრთელობა კარგავს თავის მნიშვნელობას[1].

თავდაპირველად, ადამიანური კაპიტალის ფორმირებაში უმთავრეს ფაქტორად განიხილებოდა განათლება. 1970-იან წლებში მ. გროსმანმა ადამიანური კაპიტალის თეორიაზე დაყრდნობით, წარმოადგინა ჯანმრთელობის კაპიტალის როლი, რომლის მიხედვით, ადამიანი დაინტერესებულია განათლებასა და ჯანმრთელობაში ჩადებული ინვესტიციებით მომავალში გაზარდოს საკუთარი შემოსავლები[2]. შესაბამისად, იზრდება ადამიანის მწარმოებლურობა, რაც თავის მხრივ, განაპირობებს ეკონომიკურ ზრდას[3].

ჯანმრთელობის კაპიტალი გულისხმობს ადამიანში ისეთ ინვესტიციებს, რაც საჭიროა მისი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის შესანარჩუნებლად. ჯანმრთელობა გავლენას ახდენს ადამიანის კეთილდღეობაზე. იგი როგორც სამოხმარებლო, ასევე ინვესტიციური საქონელია. ჯანმრთელობა, როგორც მოხმარების საქონელი, გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობა ადამიანს სიამოვნებას ანიჭებს, შესაბამისად, ჯანმრთელობაზე, როგორც სამომხმარებლო საქონელზე არის მოთხოვნა. ჯანმრთელობა როგორც საინვესტიციო სიკეთე, გულისხმობს, რომ ის მას მუშაობის და შესაბამისად, შემოსავლების გამომუშავების საშუალებას აძლევს. ჯანმრთელობის საინვესტიციო სიკეთე განისაზღვრება მისი სიკეთის მეშვეობით მიღებული სარგებლის ღირებულებით. მაგალითად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ნიშნავს შრომითი საქმიანობის დამატებით წლებს, რომლის განმავლობაში ადამიანი ღებულობს შემოსავლებს და ახდენს ინვესტირებას საკუთრ კაპიტალში. შეზღუდული შესაძლებლობა, ავადმყობა, სიკვდილიანობა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რაც იწვევს მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. ცხადია, ინვესტიციები ჯანმრთელობის კაპიტალში

1 Becker, G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.

2 Becker G (1964) Human Capital, 2nd edn. Columbia University Press, New York, 1975 and 3rd 1994

3 Becker, G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.

ხელს უწყობს შრომისუნარიანი მოსახლეობის ზრდას, ავადმყობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას, რაც დადებითად ზემოქმედებს ადამიან-კაპიტალზე.

ჯანმრთელობა განსაზღვრავს ადამიანს რამდენი დროის დახარჯვა შეუძლია თავის შრომით საქმიანობაში. ჯანმრთელმა ადამიანმა, ნაკლებად სავარაუდოა, გააცდინოს სამუშაო, შესაბამისად, იგი უფრო პროდუქტიულია. ჯანმრთელობა ზრდის შრომისუნარიან დღეთა რაოდენობას. ამგვარად, ჯანმრთელობის წარმოება გავლენას ახდენს ადამიანის სარგებლიანობაზე – იზრდება ადამიანის კმაყოფილება არამარტო ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობით, არამედ მუშაობისათვის ჯანმრთელი დღეების რაოდენობა, ანუ შემოსავლების მიღების შესაძლებლობა, რაც აისახება შემოსავლების ზრდაში.

ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის სტატუსი ადამიან-კაპიტალის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ადამიანს მემკვიდრეობით აქვს მიღებული ჯანმრთელობის თავდაპირველი მარაგი მაგრამ, როგორც ფიზიკური კაპიტალი, ისიც განიცდის ამორტიზაციას, ჯანმრთელობის კაპიტალი შეიძლება გაუფასურდეს დროთა განმავლობაში. ამიტომ, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად ადამიანები ახდენენ მასში ინვესტირებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის კაპიტალს აქვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი მნიშვნელობა, რადგანაც ჯანმრთელობას სარგებელი მოაქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის. გროსმანის აზრით, სადღეისოდ, ჯანმრთელობის კაპიტალს უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე მოხმარებულ სხვა საქონელს და მომსახურებას[1].

სამუელ პრესტონმა პირველმა შეისწავლა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კავშირი მოსახლეობის ერთ სულზე შემოსავლებთან[2]. მის მიხედვით, ეროვნული შემოსავლის დონესა და სიცოცხლის ხანგრძლივობას შორის არსებობს დადებითი კავშირი. იგივე შედეგები იქნა ასახული მსოფლიო ბანკის ანგარიშებში[3]. თავდაპირველად აქცენტი კეთდებოდა ჯანმრთელობის როლზე ნაკლებად განვითარებული ქვეყნებში. ჯანმრთელობა განიხილებოდა როგორც

1 Grossman, M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York, Columbia University Press, 1972

2 Preston, S. (1975). The Changing Relation between Mortality and the Level of Economic Development, Population S udies, 29 (2), 231–48.

3 World Bank (1993). World Development Report 1993: Investing in Health, Washington, D.C.

სიღარიბისგან თავის დაღწევის საშუალება[1]. შემდგომ პერიოდში, ღარიბ და მდიდარ ქვეყნებს შორის განსხვავების ანალიზისას, ყურადღება გამახვილდა ჯანმრთელობის როლზე ეკონომიკის ზრდაში. ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ეკონომიკურ ზრდაში ჯანმრთელობის მდგომარეობა უფრო მნიშვნელოვანი იყო, ვიდრე განათლების დონე[2], [3].

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება დადებითად აისახება ეკონომიკურ მწარმოებლურობაზე. ამ მხრივ გამოიყოფა 5 მთავარი მექანიზმი[4]:

მწარმოებლურობა, ეფექტიანობა. ჯანმრთელობა და განათლება არის ინდივიდის პროდუქტიულობისა და ეფექტურობის განმაპირობებელი ფაქტორი. არსებობს ემპირიული მტკიცებულებები, რომლის მიხედვით, შედარებით ჯანმრთელ მუშაკებს გააჩნიათ უფრო მეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ენერგია, გამოირჩევიან საქმისადმი შემოქმედებითი მიდგომით და პროდუქტიულობით[5],[6]. ჯანმრთელობა ასევე გავლენას ახდენს შრომის მიწოდებაზე, რადგან ჯანმრთელობის პრობლემა განაპირობებს სამუშაოზე გამოუცხადებლობის ბევრ შემთხვევას[7]. ასევე, ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანი შეიძლება გამოცხადდეს სამუშაოზე, მიუხედავად იმისა, რომ მისი საქმიანობა შესაძლოა ნაკლებად პროდუქტიული აღმოჩნდეს[8].

---

1 Sala-i-Martin, X. (2005). On the Health Poverty-Trap, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 95-114.

2 Barro, R. (1996). Health and Economic Growth, Mimeograph. Pan American Health Organization (PAHO)

3 Knowles, S., & Owen, P. (1997). Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model, The Economic Record, 73 (223), 314-328.

4 Howitt, P. (2005). Health, Human Capital and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 19-40.

5 Shultz, T. (2005). Productive Effects of Health, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 287-311.

6 Cai, L., & Kalb, G. (2006). Health Status and Labour Force Participation: Evidence from Australia, Health Economics, 15 (3), 241-261.

7 Bloom, D., & Canning, D. (2008). Population Health and Economic Growth, Commission on Development and Growth, World Bank Working Paper, 24.

8 Productivity Commission (2006). Potential Benefits of the National Re o m Agenda,

სიცოცხლის ხანგრძლივობა. ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს სიცოცხლის ხანგრძლივობის ამაღლებას. თავის მხრივ, რადგან ადამიანები მოელიან ხანგრძლივ სიცოცხლეს, ინვესტიციები განათლებაში უფრო მიმზიდველი ხდება და ამავე დროს, ჩნდება საპენსიო ასაკში მეტი დანაზოგების გაკეთების მოტივაცია[1]. შედეგად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ხელს უწყობს განათლების კვალიფიკაციის და დანაზოგების დონის ამაღლებას.

სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა გავლენას ახდენს მოსახლეობის დემოგრაფიულ სტრუქტურაზე. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ამაღლება განაპირობებს შრომისუნარიანი ასაკის მოსახლეობის პროპორციულ ზრდას. თუმცა, გრძელვადიან პერსპექტივაში, შობადობის მაჩვენებლის შემცირების ფონზე, მოსალოდნელია საპირისპირო ეფექტი. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში შობადობის მაჩვენებლის შემცირება განაპირობებს შრომისუნარიანი მოსახლეობის წილის შემცირებას.

სწავლის უნარი. კვლევები ადასტურებს, რომ ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს უკეთესი კოგნიტიური შესაძლებლობებისა და უნარების განვითარებას, დადებითი საგანმანათლებლო შედეგების მიღწევას[2], [3]. რაც უფრო ჯანმრთელია ადამიანი, მით უფრო მაღალია კოგნიტიური უნარები, მით ნაკლებია სკოლაში ან სამსახურში გამოუცხადებლობა, უფრო მეტად შეუძლიათ აითვისონ და დააგროვონ ცოდნა.

შემოქმედებითობა, კრეატიულობა. კარგი ჯანმრთელობით მიღწეული უკეთესი საგანმანათლებლო შედეგები დადებითად ზემოქმედებს შემოქმედებით და ინოვაციურ საქმიანობაზე. განათლებული ადამიანები არიან კარგი ნოვატორები და უფრო მოქნილნი ტექნოლოგიურ ცვლილებებთან მიმართებით. შესაბამისად, განათლების ამაღლება აჩქარებს ტექნოლოგიურ განვითარებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელი და განათლებული მუშაკები უფრო ადვილად რეაგირებენ ტექნოლოგიურ ცვლილებებსა და

Report to the Council of Australian Governments, Canberra.

1 Kalemli-Ozcan, S., Ryder, H., & Weil, D. (2000). Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth, Journal of Development Economics, 62 (1), 1-23

2 Miguel, E. (2005). Health, Education and Economic Development. Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 143-168.

3 Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The Lasting Impact of Childhood and Circumstance, Journal of Health Economics, 24 (3), 365-389

ინოვაციურ პროცესებზე, რაც ცვლილების წარმატებით განხორციელების განმსაზღვრელი ფაქტორია.

უთანასწორობა. ადამიან-კაპიტალში ჩადებული ინვესტიციების სხვადასხვაობა განაპირობებს განსხვავებულ შემოსავლებს. ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც შემოსავლების უთანასწორობის შემცირების საშუალება. რაც უფრო შემცირდება ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობა, მით უფრო მეტ ადამიანს ექნება საკუთარი განათლების და ჯანმრთელობის საჭიროების დაფინანსების შესაძლებლობა, რაც კიდევ უფრო გააუმჯობესებს მათ ეკონომიკურ მდგომარეობას[1]. იმის გათვალისწინებით, რომ ჯანმრთელობა და შემოსავლები ერთმანეთთან კავშირშია, ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობის შემცირება იწვევს ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირებას. ამრიგად, ჯანდაცვის სექტორში ინვესტირება შეამცირებს შემოსავლებს შორის უთანასწორობას, გაზრდის შრომის პროდუქტიულობას და, შესაბამისად, ხელს შეუწყობს ეკონომიკის ზრდას.

ჯანმრთელობის კაპიტალი და საქართველო

მოსახლეობის ჯანმრთელობის კაპიტალის ფორმირებაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: მოსახლეობის ავადობა, შეზღუდული შესაძლებლობა, სიკვდილიანობა, მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა, ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ამბულატორიულ მიმართვიანობათა რაოდენობა[2].

როგორც ცხრილი გვიჩვენებს, მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე 1995-2017 წლების პერიოდში 2.5-ჯერ გაიზარდა, რაც ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდის მაჩვენებელია[3],[4]. დროის მოცემულ პერიოდში 12.2%-ით გაიზარდა ადამიანური განვითარების ინდექსი (ყოველწლიური საშუალო ზრდა 0.83%) და 2017 წლისათვის 0.780 შეადგინა. ამ მაჩვე-

1 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.

2 თ. ვერულავა. (2016). ადამიანის ჯანმრთელობა – ეკონომიკური ზრდის საფუძველი (საქართველოს მაგალითზე). I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში“ შრომათა კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 224-229.

3 T. Verulava, N. Jincharadze, R. Jorbenadze. (2017). Role of Primary Health Care in Rehospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 264 (3): 135-139.

4 A. Silagadze. Post-Soviet paradoxes of unemployment rate. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2017; 11 (1): 136-141

ნებლით საქართველო 70-ე ადგილზეა 188 ქვეყანას შორის[1].

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე დადებითად იმოქმედა მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდამ, დედათა სიკვდილიანობის, 1 წლამდე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებამ, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდამ.

მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1990-2017 წლების პერიოდში, 2.5 წლით გაიზარდა (მერყეობს 71-დან 73.5-მდე) და მხოლოდ 4.5 წლით ჩამორჩება განვითარებულ ქვეყნების სიცოცხლის საშუალო საშუალო ხანგრძლივობას (78 წელი). თუმცა, ზოგი მკვლევარის აზრით, ეს მაჩვენებელი ბოლო ათწლეულში ერთგვარ სტაგნაციას განიცდის[2].

1 წლამდე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ამსახველი ერთ-ერთი მგრძნობიარე მაჩვენებლია. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1990-2017 წლების პერიოდში 12.4-ით შემცირდა (22-დან 9.6-მდე), ხოლო 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი – 4-ჯერ (მერყეობს 47-დან 11.1-მდე). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, აღნიშნული მაჩვენებლები საქართველოში ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს მცირედით აღემატება. შედარებისათვის, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 11.3-ს.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე 1990-2017 წლებში 41.5-დან 13.1-მდე შემცირდა. შედარებისათვის, აღნიშნული მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 16-ს.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები წლითიწლობით იზრდება. სახელმწიფო დაფინანსება განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ, როდესაც ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2016 წ. 1063 მლნ ლარი), რაც ცხადია, დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე.

---

1 Human Development Report 2015. United Nations Development Programme.

2 მაღლაფერიძე, ნ., ჩოდრიშვილი, მ. (2014). მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ცვლილების ანალიზი საქართველოში. საჯარო პოლიტიკის კვლევისა და ტრენინგების ცენტრის პოლიტიკის ანგარიში. გამოცემა III. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

ცხრილი 1.

ჯანმრთელობის კაპიტალზე მოქმედი ფაქტორები (საქართველო – 1990-2017 წწ)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე (მიმდინარე ფასებით), აშშ დოლარი	1614.6	569	692	1530.1	2964.5	3796	4046.8
ადამიანური განვითა-რების ინდექსი	-	-	0.672	0.711	0.735	0.754	0.780
მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა	71.4	70.3	71.3	74	74.4	72.9	73.5
საერთო ავადობის მაჩვენებელი (პრევალენტობა) მოსახლეობის 100000 სულზე	-	-	27006.5	35823.3	49553.9	101154.1	105200.1
პირველადი ავადობის მაჩვენებელი (ინციდენტობა) მოსახლეობის 100000 სულზე	22498.2	9077.5	10623.8	15902.6	26076.6	59677.3	60300.1
სიკვდილიანობა 1000 მოსახლეზე	9.6	7.8	10.7	9.3	10.6	13.2	12.8
1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მო-სახლეობის 1000 სულზე	22	29	27.3	29.5	16.9	8.6	9.6
5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე	47	34	30.1	31.5	18.9	10.2	11.1
დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშო-ბილზე,	41.5	53.1	47.8	23.9	21.7	32.2	13.1
შობადობა მოსახლეობის 1000 სულზე	14	11	10	10.7	10.7	15.9	14.3
ამბულატორული მიმართ-ვიანობა მოსახლეობის 1 სულზე	-	1.1	1.5	2.1	2.1	3.6	3.5
ჯანდაცვაზე სახელმ-წიფო დანახარჯები (მლნ ლარი)	-	31	61.7	194	414.8	914	1063.7
ჯანდაცვაზე სახელმ-წიფო დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში	-	4.9	16.7	19.5	23.1	36.3	37.2
ჯანდაცვაზე სახელმ-წიფო დანახარჯების წილი მშპ-თან მიმართე-ბით.	-	0.9	1.2	1.7	2	2.9	3.1

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, კერძოდ, 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა[1]. სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა გარკვეულწილად გაზარდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ, რომელიც 2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა[2], [3].

მაგრამ, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლითიწლობით იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი, ის მაინც ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდებულ ზღვარს[4]. 2016 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში ყველაზე მაღალია კერძო ხარჯები (61%), სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს 37%-ს, ხოლო საერთაშორისო დახმარება – 1.6%-ს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 37.2%-ს, შესაბამისად, სახელმწიფო

1 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.

2 T. Verulava, R. Jorbenadze, B. Dagadze, E. Eliava. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018.

3 თ. ვერულავა. (2018). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 5. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი

4 თ. ვერულავა (2015) ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI).

დაფინანსების წილი 2.8%-ით ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს. საქართველოსთან შედარებით ეს ზღვარი გადალახეს სომხეთმა (41.7%), ყაზახეთმა (53.1%), უკრაინამ (54.5%), ყირგიზეთმა (59%), ხოლო ჩინეთში, ლიტვაში, თურქეთში, გერმანიაში, იაპონიაში, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად – 55.8%, 66.6%, 77.4%, 76.8%, 82.1%-ს. ყოველივე აღნიშნულის გამო, საქართველოში ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვანი ხარჯების (დაახლოებით 63%) გაღება უშუალოდ მოსახლეობას უწევს. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ 2015 წელს, ფარმაცევტული კომპანია გილეადის მიერ ქვეყნისთვის უსასყიდლოდ გადმოცემული C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტების ღირებულება (1.2 მლრდ ლარი) ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში არ არის გათვალისწინებული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც[1]. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული, თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ მაჩვენებელთან შედარებით. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში, როგორიცაა აშშ, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად – 15.8%-ს, 19.4%-ს, 20%-ს, 20.7%-ს.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო ხარჯებში მერყეობს 4%-დან, თითქმის 20%-მდე[2]. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება; თუმცა, ზოგიერთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა უფრო მეტ სახელმწიფო სახსრებს გამოყოფს ჯანდაცვაზე, ვიდრე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები. 2007 წლის მონაცემე-

1 Organisation of African Unity, 2001. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja Declaration on HIV/AIDS,Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases.

2 World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization.

ბით, 22 დაბალშემოსავლიან ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ხარჯები შეადგენდა ბიუჯეტის 10% -ზე მეტს, ხოლო 11 მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში დაიხარჯა ბიუჯეტის 10% -ზე ნაკლები[1]. ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვა საბიუჯეტო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება რამოდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორის უმთავრესია ფინანსური და პოლიტიკური ფაქტორები. კერძოდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა ჯანდაცვას განიხილავს ეკონომიკურად არაეფექტიან სფეროდ. ამის საპირისპიროდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა დაინტერესებულია, რომ ჰყავდეს ჯანმრთელი მოსახლეობა.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა. სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამოცანების უფრო ეფექტიანად მიღწევის, არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების შემთხვევაში[2]. რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების მრავალი საშუალება არსებობს, რომელთაგან უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, პრევენციული სერვისების მიწოდების ზრდა, რაც გაცილებით ნაკლები ღირს, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების პროსპექტული მეთოდების გამოყენება, დაფინანსების კონკურენტული სტრატეგია (კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯებში პაციენტის თანამონაწილეობა[3], [4].

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრ-

1 იქვე, World Health Report 2010.

2 T. Verulava, T. Maglakelidze (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.

3 თ. ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.

4 თ. ვერულავა. (2017). შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია „კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები“ შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.

დის შედეგად, 1995-2017 წლებში, თითქმის 3-ჯერ გაიზარდა ამბულატორიული მიმართვიანობა მოსახლეობის ერთ სულზე (1.1-დან 3.5-მდე), რაც დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თუმცა, ის თითქმის ორჯერ ჩამორჩება ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაჩვენებელს (7.5), რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პროფილაქტიკური მიზნით, მეთვალყურეობისათვის მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს და მხოლოდ დაავადების გამწვავების დროს ცდილობენ ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. კვლევის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით, აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას[1].

კვლევები ადასტურებს[2], რომ ოჯახის ექიმებთან დაბალი მიმართვიანობა განპირობებულია მათ მიმართ უნდობლობით, დაბალი ინფორმირებულობით ოჯახის ექიმის კომპეტენციების შესახებ. არაადეკვატური ანაზღაურების გამო ოჯახის ექიმებს არ აქვთ სათანადო მომსახურების ჩატარების საკმარისი მოტივაცია. უწყვეტი პროფესიული განათლების სათანადო სისტემის განუვითარებლობა ნეგატიურად ზემოქმედებს პროფესიულ განვითარებაზე. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში[3].

---

1 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.

2 თ. ვერულავა, დ. ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 5 (1). ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 2019.

3 თ. ვერულავა. (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015.

ამრიგად, ბოლო 25 წლის მანძილზე საქართველოში გაიზარდა მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შემცირდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, გაიზარდა ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ამბულატორიული მიმართვიანობა, რაც დადებით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და შესაბამისად, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე. თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯერ კიდევ ჩამორჩება სტანდარტს, ხოლო ამბულატორიული მიმართვიანობა ორჯერ ჩამორჩება ევროპის რეგიონის მაჩვენებელს. რადგან ჯანმრთელობის კაპიტალი მნიშნელოვან როლს ასრულებს გრძელვადიან პერსპექტივაში ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაში, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებთან მიმართებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება[1].

1 T. Verulava, B. Dangadze. Health Capital and Economic Growth: Evidence from Georgia. The Open Public Health Journal. 2018; 11:401-406.

საბაზრო ურთიერთობების თავისებურებები ჯანდაცვის სექტორში

ჯანდაცვის სექტორი, როგორც ეკონომიკის დარგი, თავისი სპეციფიკურობით ხასიათდება. ეს სპეციფიკა ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს განაპირობებენ. თუმცა, საზოგადოებაში გავრცელებულია აზრი, რომ ჯანდაცვის ეკონომიკა არაფრით განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან. ამ მხრივ, საინტერესოა დავადგინოთ თუ რა განსხვავებაა სამედიცინო ბაზარსა და ჩვეულებრივ ბაზარს შორის და რით არის განპირობებული ეს განსხვავება.

ცნობილი ამერიკელი ეკონომისტის უილიამ. ჰსიაოს მიხედვით, ჯანდაცვა წარმოადგენს „ანორმალურ, პათოლოგიურ ეკონომიკას" (Abnormal economics), ანუ ეკონომიკას, სადაც საბაზრო ძალების გავლენა სერვისების მოცულობაზე, მათ ფასსა და ხარისხზე არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრებისგან"[1]. სამედიცინო ბაზრის ასეთი განსხვავება ჩვეულებრივ ბაზარზე მოქმედი ანალოგიური ურთიერთობებისაგან განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობით. იგი უმთავრესად დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე ხშირად ატარებს არა მხოლოდ ინდივიდუალურ, არამედ სოციალურ ხასიათსაც („საზოგადოებრივი სიკეთეები" სამედიცინო ბაზარზე) და მოითხოვს ცალკეულ მომხმარებელთა სახსრების გაერთიანებას.

სამედიცინო და ჩვეულებრივ ბაზარს შორის განსხვავება, უფრო თვალსაჩინოდ, შეიძლება წარმოვადგინოთ ქვემოთ მოყვანილი ცხრილის მეშვეობით.

ასეთ სიტუაციებს, სადაც ბაზარს არ შეუძლია რესურსების ეფექტური განაწილება უწოდებენ ბაზრის ჩავარდნებს. ბაზრის ძირითადი ჩავარდნებია:

- რისკები და გაურკვევლობა;
- არასრული ინფორმაცია (ინფორმაციის ასიმატრია);
- საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია;
- გარეგანი ეფექტები;
- საზოგადოებრივი სიკეთის წარმოება.

1 Hsiao, William C. Abnormal economics in the health sector. Health Policy. 04.1995; 32(s 1–3):125–139. DOI: 10.1016/0168-8510(95)00731-7

ცხრილი 1:

განსხვავებები სამედიცინო და ჩვეულებრივ ბაზარს შორის

ჩვეულებრივი ბაზარი	სამედიცინო ბაზარი
ბევრი მიმწოდებელი	მიმწოდებლების შეზღუდული რაოდენობა, არსებობს ბაზარზე შესვლის შეზღუდვები, შესაძლოა მონოპოლიის განვითარება
მაქსიმალურიო მოგებისაკენ სწრაფვა	სახელმწიფო ან არამომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებათა დიდი რაოდენობით არსებობა
ერთგვაროვანი პროდუქტი	სამედიცინო მომსახურების არაერთგვაროვნება, მისი ინდივიდუალობა და უნიკალურობა
კარგად ინფორმირებული მყიდველი	არასაკმარისად ინფორმირებული მყიდველი
მომხმარებლის მიერ პირდაპირი გადახდა, პროდუქციის რეალიზაცია, როგორც წესი, პირდაპირ ხორციელდება	უმრავლეს შემთხვევაში საჭიროა მესამე მხარის, კომპეტენტური შუამავლის არსებობა, რომელიც იხდის სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვან ნაწილზე, პაციენტი იხდის ჯანდაცვის სერვისებზე დანახარჯის მხოლოდ ნაწილს
საქონლის ფასის და მისი ხარისხის შედარების შესაძლებლობა	საქონლის ფასის და მისი ხარისხის შედარების სირთულე ან შეუძლებლობა

რისკები და გაურკვევლობა

ჩვეულებრივი ბაზრის ერთ-ერთი პირობაა მომხმარებლის გარკვეულობა. ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი თავისი შესაძლებლობის მიხედვით განსაზღვრავს თუ როდის, სად და რა ფასად იყიდოს საქონელი.

სამედიცინო ბაზარზე, ხშირ შემთხვევებში, წინდაწინ არავინ იცის თუ როდის წარმოიშობა სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა და მიწოდება. მისი წარმოქმნა სავარაუდო ხასიათს ატარებს და მას გაურკვევლობის ფენომენს უწოდებენ[1]. მომხმარებლებისათვის გაურკვეველია მათი ჯანმრთელობა მდგომარეობა და სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დროის ნებისმიერ პე-

1 Folland, Sherman. The Economics of Health and Health Care. 6th ed. 2010.

რიოდში. მას არ შეუძლია რაციონალურად დაგეგმოს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები, რომლის მოცულობა შესაძლებელია მნიშვნელოვანს შეადგენდეს მისი საჭიროების დადგომის დროს. ეს ნიშნავს, რომ მომხმარებლის მხრიდან, სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა თავისი ბუნებიდან გამომდინარე ჩვეულებრივი ბაზრის წესებისგან განსხვავებული და დარღვეულია.

გაურკვევლობა შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მხრიდანაც. ჩვეულებრივ ბაზარზე, მიმწოდებლებმა იციან თუ რა საქონელი ან მომსახურება მიაწოდონ მომხმარებლებს. სამედიცინო ბაზარზე პაციენტებს ექიმების რჩევის გარეშე არ შეუძლიათ განსაზღვრონ არც სამედიცინო მომსახურების საჭიროება და არც მათი მკურნალობის მოსალოდნელ შედეგებზე იციან რაიმე. ასევე, ხშირ შემთხვევებში, ექიმებს არ შეუძლიათ წინასწარ დაადგინონ თუ რა იქნება მათ მიერ ჩატარებული მკურნალობის შედეგი[1]. სამედიცინო ბაზარზე როგორც მიწოდების, ასევე მოთხოვნის კუთხით არსებული ასეთი სახის გაურკვევლობა სხვადასხვა რისკების არსებობის გამო განაპირობებს მესამე მხარის (მაგ., სადაზღვევო კომპანია) არსებობის აუცილებლობას.

შედეგად, რადგან სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების უდიდესი ნაწილი ფინანსდება მესამე მხარის (სადაზღვევო კომპანია ან სახელმწიფო) მიერ, და პირდაპირი კავშირი მყიდველსა და გამყიდველს შორის არ არსებობს, „ფასი“ გაურკვეველია და ნაკლებად შეესაბამება ჩვეულებრივ ბაზარზე მყიდველსა და გამყიდველს შორის გარიგებით მიღწეულ ფასს. აქვე აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების ფასი ხშირად არ გამოსახავს მის წარმოებაზე დახარჯულ რესურსებს, და შეიძლება აღემატებოდეს კიდეც. სამედიცინო მომსახურების ფასი უფრო ნდობისა და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ქცევის უწყვეტ ურთიერთობებს ემყარება.

გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები (ექიმები, სამედიცინო დაწესებულებები) რთულ საქმიანობას ეწევიან. იგი ადამიანის სიცოცხლესთანაა დაკავშირებული და შესაბამისად, ასეთი სახის სერვისების გაყიდვა არ არის მარტივი.

სამედიცინო მომსახურების როგორც მოთხოვნა, ასევე მიწოდება არაპროგნოზირებადია, რადგან არავინ იცის თუ როდის დადგება მისი საჭიროება. ამასთან, მისი მიღება, მასზე ხელმისაწვდომობა (როგორც ფინანსური, ასევე გეოგრაფიული) ძალიან მნიშვნელოვა-

1 Folland, Sherman. The Economics of Health and Health Care. 6th ed. 2010.

ნია სწორედ იმ დროს, როდესაც პაციენტს დაუდგა მისი საჭიროება.

ამგვარად, გაურკვევლობა ჯანდაცვის სფეროს გამოკვეთილი მახასიათებელია, რაც განასხვავებს მას ჩვეულებრივი ბაზრისაგან და შესაბამისად, ზრდის სახელმწიფოს როლს ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების თვალსაზრისით.

წინასწარი გადახდის სისტემების (დაზღვევა, სახელმწიფო დაფინანსება) მნიშვნელობა

სამედიცინო ბაზარზე არსებული გაურკვევლობისა და რისკებისაგან დასაცავად, ავადმყოფობის შემთხვევაში ერთდროული, დიდი დანახარჯების თავიდან ასაცილებლად ადამიანი წინდაწინ ქმნის დანაზოგებს, ან მიმართავს დაზღვევას. ერთი მხრივ, დაზღვევა კეთილდღეობის გაუმჯობესების ეკონომიკური ინსტიტუტია, მაგრამ მეორე მხრივ, დაზღვევა ამცირებს პაციენტის ან ექიმის მისწრაფებას, რომ იპოვნონ მკურნალობის ყველაზე ეკონომიური მეთოდი.

ჩვეულებრივ ბაზარზე, მომხმარებელსა და მიმწოდებლებს შორის გარიგებისას მყარდება პირდაპირი კავშირი. ამისგან განსხვავებით, სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების უდიდესი ნაწილი ფინანსდება დაზღვევისა და გადასახადების მეშვეობით, რის გამოც, პირდაპირი კავშირი მყიდველსა და გამყიდველს, გადახდილ და დახარჯულ რესურსებს შორის არ არსებობს. ფაქტიურად, პაციენტი იზოლირებულია სამედიცინო მომსახურების პირდაპირი ხარჯებისაგან. უმრავლეს ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების დაახლოებით 80-85%-ს იხდის მესამე მხარე – სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია.

ჩვეულებრივ ბაზარზე საქონლის წარმოებას, დაფინანსებას, და განაწილებას თავად კერძო სექტორი ახორციელებს, ცხადია, სახელმწიფოს მცირე მარეგულირებელი როლით. ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებასა და მიწოდებაში სახელმწიფო უმთავრესი მოთამაშეა. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი 75%-მდე გაიზარდა.

მომხმარებელსა და მიმწოდებლებს შორის პირდაპირი კავშირის არარსებობა ამცირებს ფასის ეფექტს. დაზღვევა აგრეთვე ცვლის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნას, რაც თავის მხრივ, ცვლის პროვაიდერთა ქცევას, მათ სტიმულებს.

ინფორმაციის ასიმეტრიულობა სამედიცინო ბაზარზე

საბაზრო ეკონომიკის ეფექტური ფუნქციონირების ერთ-ერთი

ძირითადი მოთხოვნაა მომხმარებლის სრული და სიმეტრიული (ყველა კონტრაგენტისათვის თანაბარი) ინფორმირებულობა საქონლის (ან მომსახურების) ფასზე, მოცულობაზე და ხარისხზე. თუმცა, სინამდვილეში სიტუაცია ხშირად სხვაგვარია – ადამიანები ფლობენ არასრულ და ასიმეტრიულ ინფორმაციას. შედეგად, ადამიანები, რომლებიც ფლობენ მეტ ინფორმაციას, შეუძლიათ მიიღონ ეკონომიკური მოგება ეკონომიკური საქმიანობის სხვა მონაწილეების ხარჯზე. მდგომარეობას, როდესაც ინფორმაცია პროდუქტზე ხელმისაწვდომია ბაზრის მხოლოდ ზოგიერთი მონაწილისათვის და არა ყველასათვის, ინფორმაციის ასიმეტრია ეწოდება.

სამედიცინო ბაზარზე მისი სპეციფიკურობიდან გამომდინარე უფრო რთული მდგომარეობა შეინიშნება, რაც განპირობებულია მოთხოვნასა და მიწოდებაზე სრულყოფილი ინფორმაციის და სამედიცინო დახმარების ხარისხის განსაზღვრის ზუსტი კრიტერიუმების არარსებობით.

სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი არ ფლობს ისეთი სახის ცოდნას, რომლითაც განახორციელებდა სამედიცინო ორგანიზაციისა და ექიმის რაციონალურ არჩევანს და შესაბამისად მიიღებდა მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას. ცხადია, ექიმები უფრო მეტად არიან განსწავლულები ვიდრე პაციენტები, ანუ პროვაიდერებმა უფრო მეტი იციან ვიდრე მომხმარებლებმა. პაციენტის ინფორმაციულობა უმთავრესად წინა მკურნალობით მიღებული გამოცდილებით, ან სხვა მომხმარებლების აზრით, ან ექიმთა თვალსაზრისით განისაზღვრება.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა, პაციენტი ირჩევს ექიმს, რომელსაც სამედიცინო მომსახურებაზე შედარებით დაბალი ფასი აქვს დაწესებული. მასთან კონკურენციაში მყოფი მეორე ექიმი აცნობებს, რომ ამორჩეულ ექიმზე საზოგადოებაში ნაკლები მოთხოვნილებაა და მის მიერ დაწესებული დაბალი ფასი სწორედ მისი დაბალი განსწავლულობითაა განპირობებული. რადგანაც პაციენტს სხვა ინფორმაცია არ აქვს ექიმის შესაფასებლად, გადაწყვეტს უარი თქვას არჩეულ ექიმზე. მისი აზრით, იგი არ არის კარგი ექიმი, რადგან მასზე ნაკლები მოთხოვნაა და დაბალი ფასი აქვს დაწესებული.

საჭირო ინფორმაციის მოპოვება მოითხოვს დროსა და რესურსებთან დაკავშირებულ გარკვეულ ხარჯებს. მკლევარები მას ძიების დანახარჯებს უწოდებენ და მას უკავშირებენ ექიმთა

საბაზრო პოზიციების გაძლიერებას[1]. ცხადია, რაც უფრო ინფორმირებულია მომხმარებელი და რაც უფრო ნაკლებია ძიების დანახარჯები, მით უფრო კონკურენტულია ბაზარი[2].

სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და მკურნალობის ღირებულების არჩევანთან მიმართებით პაციენტის განათლება შეზღუდულია. სამედიცინო დახმარება ძლიერ სპეციალიზირებულია, შესაბამისად, მასთან დაკავშირებული ხარჯების დადგენა რთულია. პაციენტებმა არ იციან სამედიცინო დახმარების რომელი სახეა მათთვის ყველაზე ეფექტური, რა სამედიცინო მომსახურებას საჭიროებენ, ან რა სარგებლობას მოუტანს შემოთავაზებული სამედიცინო დახმარება. პაციენტებისათვის სირთულეს წარმოადგენს, აგრეთვე მათზე ჩატარებული მკურნალობის შედეგის და ხარისხის შეფასებაც.

ზოგჯერ ასეთი არჩევანი საერთოდ გამორიცხულია ზოგი მომსახურების ექსტრემალური ხასიათის გამო. უფრო მეტიც, მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი სამედიცინო ჩარევის შემდეგ უცებ არ ვლინდება, რაც კიდევ უფრო ართულებს მომსახურების აუცილებელი მოცულობის არჩევანს.

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ ინფორმაცია თავისი ბუნებით საზოგადოებრივ სიკეთეს წარმოადგენს. ინფორმაციაზე კიდევ ერთი მომხმარებლის ხელმისაწვდომობა არ ამცირებს სხვათა კეთილდღეობას, ამიტომ, ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით, აუცილებელია ინფორმაციის გავრცელება უფასოდ (ან გავრცელების ხარჯების შესაბამისი ფასით). საბაზრო მექანიზმი თავის მხრივ არ ახდენს საჭირო მოცულობის ინფორმაციით, ისევე როგორც საზოგადოებრივი სიკეთეებით საზოგადოების უზრუნველყოფას, შესაბამისად, არასრული, ასიმეტრიული ინფორმაციის არსებობა ბაზრის ჩავარდნებს წარმოადგენს.

არახელსაყრელი არჩევანი

არახელსაყრელი არჩევანი დაკავშირებულია სადაზღვევო ბაზარზე არსებულ ინფორმაციის ასიმეტრიასთან. ცხადია, დაზღვეულებმა უფრო მეტი იციან თავიანთი ჯანმრთელობის მდგო-

1 David Dranove and Mark A. Satterthwaite, (2000), The industrial organization of health care markets in David Dranove and Mark A. Satterthwaite (eds.), Handbook of Health Economics, vol 1, Elsevier.

2 Mcpake, B., Kumaranayake, L., Normand, C. Health Economics: An International Perspective, by. Routledge, London and New York, 2003, vol. 12 (5), 429-429

მარეობის შესახებ, ვიდრე სადაზღვევი კომპანიებმა მათ შესახებ. სადაზღვევო ორგანიზაციაში დაზღვევასთან დაკავშირებული პრობლემების თავიდან ასაცილებლად, პაციენტებმა შეიძლება დამალონ საკუთარი ავადმყოფობა. აღნიშნული მდგომარეობა განსაკუთრებით იმ ასაკოვანი ადამიანებისთვისაა დამახასიათებელი, რომლებსაც აქვთ ქრონიკული დაავადებები.

როდესაც სადაზღვევო კომპანიას შეუძლია ადექვატურად შეაფასოს ყველა დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ანუ ფლობს სრულ ინფორმაციას), მაშინ იგი მაღალრისკიან პირებისთვის ადგენს მაღალ სადაზღვევო პრემიას, ხოლო ნაკლებრისკიან პირებს – მცირე სადაზღვევო პრემიას. თუმცა, ასეთი შეფასება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. შედეგად, სრული ინფორმაციის არქონის გამო, სადაზღვევო კომპანია ყველა პირისათვის ერთნაირ კონტრაქტს ადგენს. ამ შემთხვევაში ჯანმრთელი ადამიანებისათვის სადაზღვევო პრემია შედარებით ძვირი იქნება, და ისინი შეეცდებიან საერთოდ არ დაეზღვიონ, ხოლო ქრონიკული ავადმყოფებისათვის იაფი აღმოჩნდება, და ცხადია, ასეთ ადამიანებს სურვილი გაუჩნდებათ თავი დაიზღვიონ ამა თუ იმ სადაზღვევო კომპანიაში. ამგვარად, სადაზღვევო კომპანიის მომხმარებლები ძირითადად ქრონიკული ავადმყოფები იქნებიან, რომელთათვის სადაზღევო შემთხვევის დადგომის რისკი მაღალია. ამ მოვლენას არახელსაყრელ შერჩევას უწოდებენ: მეტი რისკის ადამიანები ყიდულობენ დაზღვევას, ხოლო ნაკლები რისკის ადამიანები ცდილობენ არ დაეზღვიონ.

აგენტური ურთიერთობები

ჩვეულებრივი ბაზრებისგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში მომსახურების მოცულობის დადგენაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება მიმწოდებელს და არა მომხმარებელს. ჩვეულებრივ ბაზარზე მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს მომხმარებელი, მეწარმე, მომსახურების სისტემის გეოგრაფიული განაწილება. მომხმარებელი დამოუკიდებლად, ბიუროკრატიული სისტემის ყოველგვარი ზემოქმედების გარეშე წყვეტს, თუ რა შეიძინოს ბაზარზე. იგი თავადაა პასუხისმგებელი გადაწყვეტილების მიღებაში.

ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განსხვავებით ჯანდაცვის სფეროში მომხმარებელი კვალიფიციური გადაწყვეტილების მისაღებად საკმარის ცოდნას და ინფორმაციას არ ფლობს. ჯანდაცვის სფეროში

მომხმარებელი (პაციენტი) იშვიათად ირჩევს მისთვის საჭირო სამედიცინო დახმარებას, რადგან მის მიერ გაკეთებული არჩევანი შეიძლება სახიფათო აღმოჩნდეს საკუთარი ჯანმრთელობისათვის. არაინფორმირებული პაციენტი იძულებულია მთლიანად მკურნალი ექიმის რჩევას დაეყრდნოს.

რადგან ექიმი და არა პაციენტი განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობას, იგი გვევლინება როგორც პაციენტის მრჩეველი, მისი ინტერესების გამომხატველი ე. წ. ინფორმირებული აგენტი, რომელმაც საკმარისად კარგად იცის დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ. აქედან გამომდინარე, ექიმი განსაკუთრებულ მდგომარეობაში იმყოფება, იგი არის არამარტო სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელიც. ასეთ მოვლენას ***საშუამავლო, ანუ აგენტური ურთიერთობები*** ეწოდება.

ექიმებს, როგორც მომსახურების მთავარ მიმწოდებლებს, გარდა პაციენტთა მდგომარეობის შეფასებისა და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებისა, გააჩნიათ ეკონომიკური ინტერესები, რაც ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით გაწევის პოტენციურ პირობებს. ეკონომიკური თეორიის მიხედვით ასეთ სიტუაციას მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა, ანუ მიმწოდებლის მიერ სტიმულირებული მოთხოვნა (supply induced demand) ეწოდება. ამგვარად, ექიმი არ არის პაციენტისათვის სრულყოფილი აგენტი. უმრავლეს შემთხვევაში იგი უარყოფითად იყენებს მის განსაკუთრებულ როლს, განსაზღვროს მოთხოვნა საკუთარი ინტერესების შესაბამისად.

ჯანდაცვის ეკონომისტის ა. ევანსის მიხედვით, „სრულყოფილი აგენტი გარკვეულწილად შიზოფრენიკის როლში გვევლინება. მიმწოდებელს გააჩნია საკუთარი ინტერესები – შემოსავალი, თავისუფალი დრო, პროფესიული დაკმაყოფილება, რომლებიც ნაწილობრივ შესაბამისობაშია და ნაწილობრივ წინააღმდეგობაშია პაციენტის ინტერესებთან. აგენტის ტვინი გახლეჩილ მდგომარეობაშია, რომლის ერთი ნაწილი პაციენტს ურჩევს მარტოოდენ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად, მეორე ნაწილი კი რეაგირებას ახდენს პაციენტის მიერ გაკეთებულ არჩევანს საკუთარი ინტერესებისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესების გზების გათვალისწინებით. ეკონომიკური ანალიზი კი, რომელიც ტარდება მიმწოდებლების ინტერესების, მოგებისა და შემოსავლების

მაქსიმალურად გაზრდის შესაფასებლად ყოველთვის ბუნდოვნად წარმოგვიჩენს ასეთ შიზოფრენიულ მდგომარეობას, ინფორმაციის ასიმეტრიულობის პრობლემას და აგენტურ ურთიერთობას“[1].

ასეთი სახის მოთხოვნა განაპირობებს ჯანდაცვის სექტორში ძლიერ ხარჯვით ტენდენციებს. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს საბაზრო გარემოშიც არ გააჩნიათ რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე საკმარისი შეზღუდვები. თუ ეს პროცესები არ იმართება, იზრდება სამედიცინო მომსახურების ძვირადღირებული სახეები და მკურნალობის შემთხვევაზე საერთო დანახარჯები. შესაბამისად, მცირდება დაავადებათა პროფილაქტიკაზე დაინტერესება და შედარებით მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა განაპირობებს ექიმთა საბაზრო პოზიციების გაძლიერებას სამედიცინო მომსახურების ფასებსა და მოცულობასთან მიმართებაში, რაც კიდევ უფრო ართულებს მომხმარებელთა რაციონალურ არჩევანს. ექიმი გავლენას ახდენს პაციენტზე ჩასატარებელი სამედიცინო დახმარების რაოდენობაზე, რომელიც შეიძლება აღემატებოდეს პაციენტის რეალურ საჭიროებას. მკვლევართა აზრით, ექიმის უარყოფით სტიმულზე გავლენას ახდენენ ანაზღაურების მეთოდი, სამედიცინო დახმარების ღირებულება და შემოსავლების დონე. ყოველივე ზემოაღნიშნული მოითხოვს სახელმწიფოს როლის ზრდას სამედიცინო მომსახურების როგორც მოთხოვნის, ასევე მიწოდების რეგულირებაში.

მორალური საფრთხე

სამედიცინო ბაზარზე პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობა არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელსა და მიმწოდებელს შორის არსებული ურთიერთობისგან. სამედიცინო ბაზარზე ხშირ შემთხვევაში მოსალოდნელია პაციენტისა და ექიმის ქცევის ცვლილება, რომელსაც ეკონომიკური თეორიის მიხედვით მორალური საფრთხე ეწოდება. მორალური საფრთხე გაცნობიერებულ იქნა 1960-იან წლებში, სამედიცინო ბაზრის ნეგატიური მხარეების კვლევის დროს. მორალური საფრთხის ორი სახე არსებობს: პაციენტის (მომხმარებლის) მორალური საფრთხე

1 Evans, R.G., 1984, Strained mercy: The economics of Canadian medical care. Toronto, Butterworths.

და ექიმის (მიმწოდებლის) მორალური საფრთხე.

პაციენტის მორალური საფრთხე ძირითადად ორ ფაქტორთანაა დაკავშირებული. დაზღვევა პაციენტის (მომხმარებლის) სხვადასხვა სახის არარაციონალურ ქცევას, გარკვეულ უარყოფით სტიმულებს განაპირობებს. დაზღვეული შედარებით ნაკლებად ფიქრობს ავადმყოფობაზე, ნაკლებად ზრუნავს დაავადების პრევენციაზე, ცხოვრების ჯანსაღ წესზე. აღნიშნული ზრდის ავად გახდომის რისკს და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების მოხმარებას.

დაზღვევის შემთხვევაში, როდესაც პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს ნაწილობრივ, ან მთლიანად იხდის მზღვეველი, პაციენტს არ აქვს ფასის „სიგნალი“, რომელიც არეგულირებს მომსახურების მოხმარების მოცულობას. შედეგად, წარმოიქმნება „უფასო“ სამედიცინო მომსახურების ზედმეტად მოხმარების პრობლემა. პაციენტს უჩნდება ცთუნება ზედმეტად მოიხმაროს სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ, ჩაიტაროს სამედიცინო მომსახურება მაშინაც კი, როდესაც იგი არ არის აუცილებელი, უფრო ხშირად მიაკითხოს ექიმს, მოითხოვოს უახლესი, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგია, მედიკამენტების დანიშვნა და ა. შ.

ექიმი მეტი ინფორმირებულობისა და ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებული როლის გამო, ზღუდავს არამარტო პაციენტის სტიმულს, არამედ მის მიერ არჩევანის გაკეთებას. ამასთან, პაციენტის არარაციონალური ქცევა შეიძლება დაემთხვეს ექიმის დაინტერესებას – გაზარდოს მომსახურების მოცულობა, რაც კიდევ უფრო ზრდის შედარებით ძვირადღირებული, მაგრამ შეიძლება კლინიკურად არააუცილებელი მომსახურების მოცულობას. ამგვარად, სახეზეა ჯანდაცვაში ხარჯვითი მექანიზმის ფორმირება: იზრდება სამედიცინო დახმარების ძვირადღირებული სახეების ხვედრითი წილი, იზრდება მკურნალობის შემთხვევაზე დანახარჯები, მცირდება დაინტერესება დაავადებათა პროფილაქტიკაზე და შედარებით იაფი, მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

ექიმის მორალური საფრთზე ჯანდაცვის ეკონომიკის ერთ-ერთ ცენტრალურ პრობლემას წარმოადგენს. ყოველი საწარმო ცდილობს საქონლის იმდენი რაოდენობა აწარმოოს და მასზე ისეთი ფასი დააწესოს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება მაქსიმალური მოგების მიღება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მოგებაზე თავის მხრივ, გარკვეულ გავლენას ახდენს ბაზრის შეზღუდული მოთხოვნა. სულ სხვა მდგომარეობაა სამედიცინო ბაზარზე არსებული „ექიმი-

მეწარმის“ შემთხვევაში. მოგების მაქსიმალურად მისაღებად ექიმს განსხვავებული სტიმული გააჩნია, ვიდრე ჩვეულებრივ ბაზარზე არსებულ მეწარმეებს. ისინი დაინტერესებული არიან პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობით და საქმიანობას ეწევიან როგორც თავის (შემოსავლების გაზრდა), ასევე პაციენტის სასარგებლოდ.

სამედიცინო ბაზარზე ექიმები ახდენენ ფასის დისკრიმინაციას (პაციენტებთან არაერთნაირი დამოკიდებულება), მაშინ როდესაც ჩვეულებრივ ბაზარზე მეწარმეები მაქსიმალური მოგების მიღების მიზნით ასეთ პრაქტიკას გამორიცხავენ. იგი განპირობებულია ექიმის განსაკუთრებული როლით, რომელიც გვევლინება როგორც მიმწოდებელი, ასევე მოთხოვნილების განმსაზღვრელი. ექიმის ასეთი მდგომარეობა მისი ეკონომიკური და სამედიცინო ინტერესების კონფლიქტს იწვევს. ითვალისწინებს რა პაციენტის არასაკმარის ინფორმირებას, ექიმი უარყოფითად იყენებს თავისი ცოდნის უპირატესობას. შემოსავლების გაზრდის მიზნით იგი ცდილობს პაციენტს თავს მოახვიოს ის პროცედურები, რომლებიც მას ნაკლებად, ან სავსებით არ სჭირდება, დანიშნოს ძვირადღირებული მედიკამენტები და მომსახურების ის სახეები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების სრულ დატვირთვას უზრუნველყოფენ. ასეთი უარყოფითი მოტივაციის შედეგად ხელოვნურად იზრდება გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობა.

პროვაიდერების მხრიდან მორალური საფრთხის მაგალითია ჩინეთში განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმის შედეგად წარმოქმნილი უარყოფითი მოტივაციები. 1979 წელს, როდესაც ჩინეთმა დაიწყო ეკონომიკური რეფორმები მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები. 1990-იანი წლების დასაწყისში სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო დაწესებულებების სუბსიდირება იმდენად შემცირდა, რომ იგი დაწესებულების მთლიანი შემოსავლის მხოლოდ 10%-ს შეადგენდა. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შენარჩუნების მიზნით სახელმწიფომ კონტროლი დააწესა ფასებზე, კერძოდ, საბაზისო მომსახურებებზე თვითღირებულებაზე ნაკლები ფასები დაადგინა. ამავე დროს, დაწესებულებების ფინანსურად უზრუნველყოფის მიზნით ახალ და მაღალტექნოლოგიურ გამოკვლევებზე თვითღირებულებაზე მაღალი ფასები დააწესა და ნება დართო დაწესებულებებს მედიკამენტებზე დაემატებინათ 15% ზღვრული მოგება. აღნიშნულმა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების საპირისპირო მოტივაცია გამოიწვია. ისინი იძულებული

გახდნენ სახელმწიფო დაფინანსების 90%-იანი დანაკლისი მომგებიანი საქმიანობით შეევსოთ. საავადმყოფოები და ოჯახის ექიმები მოგების მაძიებელ სუბიექტებად გარდაიქმნენ. ისინი ცდილობდნენ გაეზარდათ მედიკამენტების და გამოკვლევების ზედმეტად და დაუსაბუთებლად დანიშვნა. ექიმი ცდილობდა შვიდი დოლარის ღირებულების წამლები დაენიშნა პაციენტისათვის და ამით ერთი დოლარის მოგება მიეღო. საავადმყოფოები იყენებდნენ მაღალტექნოლოგიურ გამოკვლევებს და ძვირადღირებულ, იმპორტირებულ მედიკამენტებს, რასაც მოჰონდა უფრო მეტი მოგება. მაგალითად, პაციენტების 75%-ს უბრალო გაცივებაზე უნიშნავდნენ ანტიბიოტიკებს, ისევე როგორც ჰოსპიტალიზირებული პაციენტების 79%-ს (საერთაშორისო საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 30%). შედეგად, ჩინეთის ჯანდაცვის ხარჯები ყოველწლიურად 16%-ით იზრდებოდა (შედარებისათვის, მშპ-ის ზრდას 7%-ით უსწრებდა). გასათვალისწინებელია, რომ ასეთმა მკურნალობამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს პაციენტის ჯანმრთელობას. აღნიშნულ პრობლემას კიდევ უფრო ამძიმებდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის მედიკამენტების საკომისიოებზე მოლაპარაკებები. საავადმყოფოები ფარმაცევტული კომპანიებისაგან საკომისიოს იღებენ მათი მედიკამენტების დანიშვნის შემთხვევაში, ხოლო ექიმების პრემიები ხშირად ამ საკომისიოზე არის დამოკიდებული. სოფლის ექიმები ვადაგასულ მედიკამენტებს ყიდულობენ იაფად და სოფლებში უფრო ძვირად ყიდიან. ერთი კვლევის მიხედვით, ჩინეთის „ხარბი“ პროვაიდერული სისტემა შეიძლება დავახასიათოთ როგორც აღვირახსნილი ცხენი (wild horses let out of the barn).

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთა მოტივაციები დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების ღირებულებაზე, მისი შემოსავლების ზომაზე, ანაზღაურების მეთოდზე, სერვისების მიწოდების სისტემაზე (ფრაგმენტიზირებული თუ ინტეგრირებული სერვისები).

ძვირადღირებული პროცედურის შემთხვევაში იზრდება სამედიცინო დახმარების რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით ჩატარების სტიმული. პირიქით, დაბალი ფასის დროს მცირდება აღნიშნული დაინტერესება.

ექიმის მხრიდან უარყოფითი მოტივაცია განსაკუთრებით აღინიშნება მცირე ხელფასის შემთხვევაში. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმს განსაკუთრებული როლი უჭირავს სამედიცინო ბაზარზე,

ეკონომიკის სხვა სფეროებთან შედარებისას აღმოჩნდა, რომ ჯანდაცვაზე დანახარჯების მხოლოდ 20%-ზე ნაკლები მოდის ექიმის ანაზღაურებაზე. შესაბამისად, დაბალი შემოსავლებისას იგი დაინტერესებულია საჭიროზე მეტი სამედიცინო დახმარება ჩაატაროს და ამით ხელოვნურად გაზარდოს ხელფასი.

ექიმის ქცევაზე მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს ანაზღაურების მეთოდი. ექიმების მხრიდან „მორალური საფრთხე" განსაკუთრებით მოსალოდნელია სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენების დროს, რადგანაც ამ შემთხვევაში მისი შემოსავალი დამოკიდებულია თითოეული ჩატარებული სამედიცინო დახმარების სახეზე და რაოდენობაზე. ქვეყნებში, სადაც ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ხორციელდება, სამედიცინო დახმარების მოცულობა მნიშვნელოვნად აღემატება იმ ქვეყნებისას, სადაც ანაზღაურება თითოეულ პაციენტზე ფიქსირებული თანხის (ან სულადობრივი) მიხედვით ხორციელდება. გერმანიაში და საფრანგეთში, სადაც ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ხორციელდება, ამბულატორიული მიმართვიანობა შეადგენს შესაბამისად 11,5 და 7,2 თითო სულზე. დიდ ბრიტანეთში, სადაც ანაზღაურების სულადობრივი მეთოდია გავრცელებული, ერთ სულზე საშუალოდ 5,5 მიმართვაა წელიწადში.

აშშ-ში, სადაც განსაკუთრებით ფართოდაა გავრცელებული შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, ექიმები შედარებით ხშირად, ვიდრე სხვა ქვეყნებში, მიმართავენ ქირურგიულ ოპერაციებს, ნიშნავენ ძვირადღირებულ გამოკვლევებს და ა. შ. მაგალითად, ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის ოპერაცია აშშ-ში სამჯერ უფრო მეტია ვიდრე ინგლისში (100000 მოსახლეზე გათვლით), მასტექტომია – 3,5 ჯერ, ტონზილექტომია – 1,2-2,5 ჯერ. ამერიკელები ხუმრობენ, რომ ქირურგი მაშინ ნიშნავს ოპერაციას, როდესაც მეუღლეს სჭირდება ახალი ბენზიანი მანტო. ამ ხუმრობაში არსებობს სიმართლის გარკვეული წილი.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ქცევაზე აგრეთვე გავლენას ახდენს სერვისების მიწოდების სისტემა. ასე მაგალითად, ჩინეთში, სადაც ჯანდაცვის სისტემა ფრაგმენტიზირებულია და პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის სერვისები ხორციელდება ცალ-ცალკე, თითოეული დონე ცდილობს საჭიროების მიუხედავად თავისთან დააკავოს პაციენტი. კერძოდ, ცარიელი

საავადმყოფოები და კლინიკები იბრძვიან პაციენტების მისაღებად და აკავებენ მათ, იმ შემთხვევასაც კი როცა საჭიროა მათი გადამისამართება. პროვაიდერებს შორის არ ხორციელდება კოორდინირებული მუშაობა და როცა პაციენტი გადაინაცვლებს ერთი დონიდან მეორეზე ისევ მეორდება ერთიდაიგივე გამოკვლევების ჩატარება, რაც კიდევ უფრო ზრდის პაციენტის ხარჯებს.

მორალურ საფრთხეზე ზემოქმედების მეთოდები

მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო ბაზარზე არამარტო პაციენტსა და ექიმს შორის წარმოებს ურთიერთობა, არამედ არსებობს მესამე მხარე დამფინანსებლის სახით (მაგ, სადაზღვევო ორგანიზაცია). დამფინანსებელი განსაზღვრავს სამედიცინო დახმარების ფასს. იგი აგრეთვე გარკვეულწილად მონაწილეობს ექიმებისათვის ანაზღაურების დადგენის პროცესშიც. აქედან გამომდინარე, დამფინანსებელი სამედიცინო ბაზარზე მარეგულირებელ ფუნქციასაც ასრულებს. იგი მნიშვნელოვნად ზღუდავს ექიმის გადაწყვეტილებას მკურნალობის პროცესში და შესაბამისად ამცირებს უარყოფით სტიმულს. აღსანიშნავია, სახელმწიფოს როლი ექიმის მხრიდან მორალური საფრთხის რეგულირებაში. პაციენტთა ინტერესების დასაცავად სახელმწიფო ადგენს სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას, მათი საქმიანობის საკანონმდებლო რეგულირებას, პაციენტებისათვის სრული ინფორმაციით უზრუნველყოფას. ასე მაგალითად, ა.შ.შ.-ში, მთავრობის ინიციატივით 1995 წლიდან მოქმედებს სპეციალური ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენენ ექიმთა საქმიანობის შეფასებას. ასეთ ორგანიზაციებს შეუძლიათ არაადექვატური საექიმო საქმიანობისათვის ექიმთა დისკვალიფიკაცია.

პაციენტის მხრიდან მორალურ საფრთხეზე ზემოქმედების შემდეგი მეთოდები არსებობს:

- სამედიცინო მომსახურების მოხმარების მომენტში თანაგადახდის გამოყენება;
- პაციენტის არჩევანის შეზღუდვა (სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობის შეზღუდვისათვის სტიმულების შექმნა);
- პროცედურების არაფასისმიერი შეზღუდვა;
- მკურნალობის ცალკეულ სახეებზე და გამოკვლევებზე მოცდის დროის (waiting list), შემოღება;

- თანადაზღვევის გამოყენება;
- ხარჯების არასრული კომპენსაცია.

აღსანიშნავია, რომ ფასისმიერი რეგულატორები (თანადაზღვევა, თანაგადახდა, არასრული კომპენსაცია) ფართოდ გამოიყენება კერძო და ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემებში.

არაფასისმიერი რეგულატორები (არჩევანის და ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, მოცდის სიები) ხშირად გამოიყენება ჯანდაცვის სახელმწიფო (ინტეგრირებულ) სისტემებში.

სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების მორალური საფრთხეების კომპენსაციის მეთოდები:

- სულადობრივი ანაზღაურების გამოყენება;
- ექიმების ანაზღაურება ფიქსირებული სახელფასო განაკვეთით;
- დაგეგმილი შედეგების მიღწევისას პრემირების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება;
- სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით;
- დასრულებული შემთხვევების აასანაზღაურებლად DRG (კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფების და ა.შ.) მეთოდის გამოყენება, ანუ დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება წინასწარ დადგენილი ტარიფებით.
- ფონდის მესაკუთრე (fundholding) სქემების გამოყენება (პირველადი ჯანდაცვის ექიმები შეისყიდიან საკუთარი პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებას);
- სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების საქმიანობის კონტროლი;
- სუბსიდირებული მედიკამენტების ჩამონათვალის შეზღუდვა;
- რესურსების მართვის ინტეგრირებული სქემები.

საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე

საბაზრო ძალაუფლება გულისხმობს ერთი ეკონომიკური აგენტის (ან აგენტების მცირერიცხოვანი ჯგუფის) უნარს, გავლენა მოახდინოს საბაზრო ფასებზე (მაგ. მონოპოლია, ოლიგოპოლია). სამედიცინო დაწესებულებებს გააჩნიათ საბაზრო ძალაუფლება. როგორც წესი, ორგანიზაციის საბაზრო ძალა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად განსხვავებულ, დიფერენცირებულ პრო-

დუქციას აწარმოებს იგი. პროდუქციის დიფერენციაცია მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია ორგანიზაციის საბაზრო ძალაუფლებად ჩამოყალიბებაში. მეორე მხრივ, საბაზრო ძალაუფლება ორგანიზაციებს ნაკლებ სტიმულს აძლევთ თავიანთი პროდუქციის დიფერენცირების შემდგომი სტიმულირებისათვის.

შეზღუდული კონკურენცია ვლინდება ერთი ან რამოდენიმე საწარმოს არსებობით, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ ფასწარმოქმნის პროცესზე. უმთავრესად ასეთი სიტუაცია განპირობებულია წარმოების მასშტაბის ეკონომიით. იგი წარმოიქმნება, როდესაც საწარმოს აქვს მაღალი მუდმივი დანახარჯები. ამ შემთხვევაში წარმოების მოცულობის ზრდისას საშუალო ხარჯები მცირდება, და საწარმოს შეუძლია შეამციროს პროდუქციის ფასი. მომხმარებლის თვალსაზრისით, ეს ხელსაყრელი სიტუაციაა. თუმცა, მოცემულ მოვლენას აქვს უარყოფითი მხარეც. როდესაც ახალი კონკურენტი საწარმო დააპირებს ბაზარზე შემოსვლას, მას დასჭირდება მსხვილი კაპიტალდაბანდებების განხორციელება, შედეგად მაღალი საშუალო ხარჯების შემთხვევაში იგი არაკონკურენტუნარიანი იქნება. სიტუაციას, როდესაც ბაზარზე უფრო ეფექტურია მოცემული საქონლის მწარმოებელი მხოლოდ ერთი და არა მრავალი ორგანიზაციის არსებობა, უწოდებენ ***ბუნებრივ მონოპოლიას.***

ჩვეულებრივ, ბუნებრივი მონოპოლიები სახელმწიფოს მიერ რეგულირებული ბაზრებია, სადაც წარმოების მასშტაბზე ეკონომია იმდენად დიდია, რომ წარმოების კონცენტრაცია ერთი მსხვილი კომანიის ხელში ხარჯებს მინიმუმამდე ამცირებს. ბუნებრივი მონოპოლიების კლასიკური მაგალითებია: ელექტრო მომარაგების და წყალმომარაგების კომპანიები, საზოგადოებრივი ტრანსპორტი, სარკინიგზო ტრანსპორტი. ამ დროს სახელმწიფო განსაზღვრავს, რა სახის კომუნალური მომსახურება უნდა გასწიონ კომპანიებმა და რა ფასი უნდა მოითხოვონ ამ მომსახურებაში. ამასთან მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ ბუნებრივ მონოპოლიას წარმოადგენს არა მთლიანი დარგი, არამედ მხოლოდ ნაწილი. მაგალითად, სარკინიგზო მატარებლების შეძენა, მგზავრების და ტვირთების გადაყვანა შეიძლება განხორციელდეს კონკურენტული საწარმოების მიერ, ხოლო სარკინიგზო ხაზის მშენებლობა და ფლობა განეკუთვნება ბუნებრივ მონოპოლიას. ამ დროს რომელიმე კონკურენტული საწარმოს მიერ პარალელური გზების გაყვანა ეკონომიკურად არახელსაყრელია. რადგან ერთ ხაზსაც შეუძლია მთლიანად დააკმაყოფილოს მოთხო-

ვნა. პარალელური სარკინიგზო ხაზის მშენებლობა გამოიწვევს საშუალო ხარჯების ზრდას (მაღალი მუდმივი ხარჯების გამო) და გადაზიდვების ღირებულების ზრდას. ამიტომაც ასკვნიან, რომ ბუნებრივი მონოპოლიის არსებობა ტექნოლოგიურად დასაბუთებულია.

როდესაც ფუნქციონირებს მხოლოდ ერთი საწარმო, იგი ფლობს საბაზრო ძალას და შეიძლება დაადგინოს კონკურენტულ სიტუაციასთან შედარებით უფრო მაღალი ფასი. ბუნებრივი მონოპოლიის თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ ბაზარზე კონკურენციის დანერგვა ამცირებს ცალკეული საწარმოს პროდუქციაზე მოთხოვნას, საშუალო ხარჯების ზრდას და რესურსების ნაკლებად ეფექტურად გამოყენებას. სწორედ ამაში მდგომარეობს ბაზრის ჩავარდნა – კონკურენტული, საბაზრო მექანიზმი არ იწვევს რესურსების ეფექტურ განაწილებას.

სამედიცინო ბაზარზე კონკურენციის შეფასების კრიტერიუმები

სამედიცინო ბაზარზე კონკურენციის შეფასებისათვის გამოიყენება შემდეგი კრიტერიუმები:

- კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა;
- გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალზე სამედიცინო დაწესებულებების კონცენტრაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვის მაჩვენებელი;
- სამედიცინო დაწესებულებების საწოლთა რაოდენობა;
- სამედიცინო დახმარების ხარისხი;
- სამედიცინო დახმარების ფასი.

პაციენტს აქვს უფლება, თვითონ აირჩიოს ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება. აქედან გამომდინარე, ექიმებს ან სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია პაციენტის დამოკიდებულება მათდამი. თავის მხრივ, ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია რაც შეიძლება მეტი პაციენტი მიიზიდოს, რადგან მისი შემოსავალი დამოკიდებულია მასთან მეთვალყურეობაზე მყოფი, ან ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობაზე.

სამედიცინო დახმარების ბევრ სახეებზე მოთხოვნას ექიმი წყვეტს, რადგან იგი გვევლინება როგორც პაციენტის მრჩეველი. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე ექიმების გამოცდილებაზე და სამედიცინო განათლების

დონეზეა დამოკიდებული. სამედიცინო დაწესებულება ცდილობს თავისთან სამუშაოდ მიიზიდოს კონკურენტუნარიანი ექიმი, რისთვისაც მაღალ ანაზღაურებას სთავაზობს. ცხადია, რაც უფრო მეტი მაღალკვალიფიციური ექიმია დასაქმებული სამედიცინო დაწესებულებაში, მით იზრდება პაციენტების მასთან მიმართვიანობა.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე დამოკიდებულია მათი უახლესი, ძვირადღირებული მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვაზე. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დაწესებულებათა უახლესი მოწყობილობა-დანადგარების მიხედვით კონკურენცია ხშირად არაეფექტურია და ხარჯების ზრდას იწვევს. ასე მაგალითად, თუ ქალაქში მდებარე ორ სამედიცინო დაწესებულებას ერთნაირი სახის სადიაგნოსტიკო დანადგარი გააჩნიათ, დროის ნახევარზე მეტი ისინი შეიძლება არც იქნეს გამოყენებული.

სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვიანობაზე ზეგავლენას ახდენს მათი სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობა. პაციენტთა უმეტესობა მიმართავს მხოლოდ იმ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც სახელმწიფო ჯანდაცვით ან სადაზღვევო პროგრამებშია ჩართული. ზოგჯერ სადაზღვევო ორგანიაციას ხელშეკრულება გაფორმებული აქვს ყველა სამედიცინო დაწესებულებასთან, მაგრამ ცალკეულ მომსახურებაზე (მაგ. გულის გადანერგვა) ურთიერთობას ამყარებს მხოლოდ შესაბამისი ლიცენზიის მქონე დაწესებულებასთან.

ამგვარად, ერთი მხრივ, საავადმყოფოსა და საზოგადოებას შორის არსებობს თავისებური სოციალური ხელშეკრულება, ხოლო მეორეს მხრივ, საავადმყოფოსა და სახელმწიფოს შორის არსებობს შეთანხმება სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობისა და შესაბამისად დაფინანსების შესახებ.

ამგვარად, ჯანდაცვის ბაზარი წარმოადგენს არასრულყოფილი კონკურენციის ბაზარს. ამასთან, თავისი ძირითადი მახასიათებლებით იგი ახლოს დგას მონოპოლიასთან, რაც გავლენას ახდენს მიმწოდებელთა ქცევაზე, მათ მიზნებზე, ფასთწარმოქმნის სისტემაზე. აღნიშნული მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის ბაზარზე მიმდინარე პროცესების სპეციფიკურ რეგულირებას.

სამედიცინო ბაზარზე შეზღუდული კონკურენციის მთავარი მიზეზები

ჯანდაცვის სისტემაში შეზღუდული კონკურენციის ძირითადი მიზეზებია:

- სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების იერარქიული სისტემა;
- სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია, შრომითი და მატერიალური რესურსების შეზღუდული ნაკადის, სამედიცინო მომსახურების გასაწევად საჭირო ხარჯებისა და რეგულირების მექანიზმების გამო;
- სამედიცინო მომსახურების მრავალ სახეს არ გააჩნია მისი შემცვლელი, ან შედარებით მცირეა ასეთი სახის შემცვლელები;
- ჯანდაცვის სისტემაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია;
- სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს.

სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიწოდების იერარქიული სისტემა

სტაციონარული ტიპის სამედიცინო წესებულებები დიფერენცირებულია დონეების მიხედვით. საქართველოში ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი დონეები არსებობს: დღის სტაციონარი, რაიონული საავადმყოფო, სამხარეო საავადმყოფო, სპეციალიზირებული საავადმყოფო, პროფილური სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი. ჰოსპიტალურ შემთხვევათა შედარებით იოლი ფორმების კონცენტრირება ხდება რაიონულ საავადმყოფოებში, რომლებიც პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის ახლოს არიან განთავსებულნი. უფრო რთული შემთხვევების მკურნალობა ხორციელდება სამხარეო და რესპუბლიკურ საავადმყოფოებში.

აღნიშნული დონეები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან სამკურნალო-დიაგნოსტიკური აღჭურვილობით, პერსონალის კვალიფიკაციით და მომსახურების პაკეტით. ცხადია სტაციონარული სამედიცინო დახმარების იერარქიული სისტემა და დონეების მიხედვით ერთმანეთისაგან განსხვავებული საავადმყოფოების არსებობა მნიშვნელოვნად ამცირებს მათ შორის რეალური კონკურენციის შესაძლებლობას.

კონკურენტთა მცირე რაოდენობა

სამედიცინო მომსახურების ბევრ მიმწოდებელს, მათ შორის საავადმყოფოებს, ასევე ოჯახის ექიმებს, სპეციალიზებულ სამედიცინი ორგანიზაციებს კონკურენტების შეზღუდული რაოდენობა ჰყავთ.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია განსაკუთრებით დაბალია რაიონებში, სადაც ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ერთი

საავადმყოფო ფუნქციონირებს. აღნიშნულის შედეგად ირღვევა თავისუფალი ბაზრისათვის აუცილებელი კონკურენციის პირობები და რაიონული საავადმყოფო გვევლინება როგორც მონოპოლისტი.

მონოპოლისტური ბაზარი, სადაც მხოლოდ ერთი მიმწოდებელია, ზღუდავს პაციენტების არჩევანს, ამცირებს სადაზღვევო ორგანიზაციის ან ჯანდაცვის მართვის ორგანოების შესაძლებლობას მოახდინონ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა პაციენტების ინტერესების გათვალისწინებით. არსებული მცირე რაოდენობით კონკურენტები კი აკონტროლებენ ბაზრის მნიშვნელოვან ნაწილს, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულებების საბაზრო ძალად ჩამოყალიბებას.

სამედიცინო ბაზარზე მიმწოდებლების სიმცირე განსაკუთრებით შესამჩნევია სოფლად, სადაც სამედიცინო მომსახურებას შეიძლება მხოლოდ ერთი სამედიცინო პერსონალი ეწეოდეს.

სტაციონარული მომსახურებისგან განსხვავებით, ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების პირობებში, მონოპოლისტური მდგომარეობა შედარებით მცირე ხასიათს ატარებს. დასავლეთ ევროპის უმრავლეს ქვეყნებში ამბულატორიული დახმარების ძირითადი ნაწილი დამოუკიდებელი ინდივიდუალური და ჯგუფობრივი საექიმო პრაქტიკების მიერ ხორციელდება. პაციენტების მოსაზიდად ისინი ერთმანეთს უწევენ კონკურენციას.

სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია

კონკურენტუნარიანი ბაზრის ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა საწარმოების დიდი რაოდენობით არსებობა, რომელთაც შეუძლიათ სწრაფად და თავისუფლად შევიდნენ და გავიდნენ ბაზრიდან.

ამ მხრივ, ჯანდაცვის ბაზარზე შესვლის გარკვეული შეზღუდვები არსებობს, რაც ამცირებს კონკურენტების რაოდენობას. ბაზარზე შესვლის შეზღუდვა ზრდის კონკრეტული სამედიცინო ორგანიზაციის საბაზრო ძალას.

განასხვავებენ ბაზრით გამოწვეულ და რეგულაციებით გამოწვეულ შეზღუდვებს. მკვლევართა აზრით, რეგულაციაზე დაფუძნებული ბარიერები უფრო ეფექტურია. რეგულირებას აქვს ორი უპირატესობა: პირველ რიგში, იგი კანონიერი, ლეგალური საშუალებაა. მეორე მხრივ, რეგულაციების მეშვეობით საბაზრო ძალა უფრო ხანგრძლივი ხდება.

სამედიცინო ბაზარზე შესვლის ბარიერს წარმოადგენს ***სახელ-***

მწიფო ლიცენზირება, კერძოდ სამედიცინო პერსონალის რგისტრაციისა და ლიცენზირების განსაკუთრებული წესები. ასეთი სახის რეგულაციები ხელს უწყობს სამედიცინო ბაზარზე არსებული ორგანიზაციების საბაზრო ძალად ჩამოყალიბებას.

სახელმწიფო ლიცენზია ლეგალური მონოპოლიის ერთ-ერთი ფორმაა, რომელიც ბაზარზე ცალკეულ საწარმოს, პირდაპირი კონკურენციის გარეშე საქმიანობის უფლებას ანიჭებს. ასეთ კომპანიებს თავიანთი საქონლის ან მომსახურების გაყიდვის ექსკლუზიური უფლება აქვთ.

ლიცენზირება შეიძლება გამოყენებულ იქნას მსგავსი და დაბალი კვალიფიკაციის მიმწოდებლების ბაზარზე შესვლის პრევენციის მიზნით. სამედიცინო პრაქტიკის უფლება აქვს მხოლოდ ექიმებს, რომელთა განათლების დონე პასუხობს დადგენილ მოთხოვნებს. სახელმწიფო ლიცენზირების კანონი მოითხოვს, რომ ექიმ-ასისტენტი უნდა საქმიანობდეს ლიცენზირებული ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. რეგულირების აღნიშნული წესები ამცირებენ საექიმო შეცდომებს.

დავუშვათ საპირისპირო შემთხვევა, წარმოვიდგინოთ, რომ სამედიცინო ბაზარი თავისუფალია და ყველას შეუძლია მომსახურების მიწოდება, ანუ არაკვალიფიცირებული პრაქტიკოსები ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე აწარმოებენ სამედიცინო საქმიანობას, ხოლო პაციენტები სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ღირებულების საკუთარი შეფასების უნარის მიხედვით ახდენენ შერჩევას. ცხადია, ჯანდაცვის სფეროში ასეთი ბაზრის არსებობა შეუძლებელს წარმოადგენს, რადგან არაკვალიფიცირებული ექიმის მიერ დაშვებულმა შეცდომებმა შეიძლება პაციენტისათვის ფატალური შედეგი გამოიწვიოს. თუ ყველას მიეცემა საექიმო პრაქტიკის უფლება მაშინ როგორ დაიცვას თავი პაციენტმა არაკომპეტენტური ექიმებისაგან, რომლებიც სთავაზობენ მკურნალობას, მაგრამ შესაბამისი არც განათლება და არც გამოცდილება არ გააჩნიათ. პაციენტთა არასაკმარისი სამედიცინო განათლების და ექიმთა განსაკუთრებული როლის (როგორც მიმწოდებელი და მოთხოვნილების განმსაზღვრელი) გამო, იზრდება ჯანდაცვის სფეროს რეგულირების მნიშვნელობა.

წმინდა ეკონომიკური თვალსაზრისით სამედიცინო სპეციალისტისათვის შედარებით იოლია ჯანდაცვის ბაზარზე როგორც შემოსვლა, ასევე გასვლა, რადგანაც სამედიცინო მომსახურების

ბევრი სახეების გაწევა არ არის დაკავშირებული დიდ პირველად ხარჯებთან, მნიშვნელოვანი საწყისი კაპიტალის აუცილებლობასთან. მეორე მხრივ, ჯანდაცვის ბაზარზე ახალი მოთხოვნების, მომსახურების ახალი სახეების გაჩენა ხელს უწყობს დარგში ახალი სპეციალისტების შემოსვლას. არსებული სამედიცინო დაწესებულებები, პერსონალი ცდილობენ წინააღმდეგობა გაუწიოს პოტენციური კონკურენტების შემოსვლას ჯანდაცვის ბაზარზე. შემოსავლების გაზრდის მიზნით ისინი ზღუდავენ მიწოდებას, მაქსიმალურად ზრდიან ფასებს.

ხშირად სამედიცინო ბაზარზე ახალი მიმწოდებლების შემოსვლას ეწინააღმდეგებიან ექიმთა პროფესიული კავშირები (მაგ. ექიმთა ასოციაციები). მათი აზრით, ბევრი პერსონალის საქმიანობა მათი შემოსავლების შემცირებას გამოიწვევს. აშშ-ში ექიმთა ასოციაციები, რომლებიც აერთიანებენ კერძო პრაქტიკის ექიმების დაახლოებით ნახევარ ნაწილს, ლობირებას უწევენ სამედიცინო ფაკულტეტებზე სტუდენტთა შეზღუდული რაოდენობით მიღებას, სწავლის საფასურის ზრდას. ისინი აკონტროლებენ ექიმ-ემიგრანტების ნაკადს, მათ მიერ სამედიცინო საქმიანობის დაწყებას. ასოციაციის თანხმობის გარეშე არ ხდება სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ინიციატივების წამოწყება. გარდა ამისა, ექიმთა ასოციაციები სპეციალურად ადგენენ საექიმო პრაქტიკის ლიცენზირების ხელოვნურად გაზრდილ მოთხოვნებს. ასე მაგალითად, ერთი შტატიდან მეორეზე გადასვლისას ექიმებს მოეთხოვებათ ახალი ლიცენზიის მოპოვება.

სამედიცინო ბაზარზე შეზღუდვები ვრცელდება არამარტო შრომით არამედ მატერიალურ რესურსებზეც. ყველა დაწესებულებას არ შეუძლია განახორციელოს სამედიცინო საქმიანობა. მათ ამისათვის შესაბამისი პირობები უნდა გააჩნდეთ და ქვეყანაში დადგენილ გარკვეულ სტანდარტებს უნდა შეესაბამებოდნენ. ხშირად სტანდარტში შედის ისეთ რთულ საქმიანობებზე მინიმალური მოცულობის მოთხოვნა, რომლებიც განსაკუთრებულ კვალიფიკაციას და მუდმივ პრაქტიკას საჭიროებს.

აშშ-ში საავადმყოფოს არ აქვს უფლება ჩაატაროს გულის ქირურგიული ოპერაცია, თუ წინა წელს ჩატარებული გულის ოპერაციათა რაოდენობა 150-ზე ნაკლებია. შესაბამისად, ასეთ საავადმყოფოს არ შეუძლია პრეტენზია განაცხადოს ამ ოპერაციის ჩატარებისათვის კონტრაქტის მიღებაზე.

პატენტები, როგორც მონოპოლიები. ბაზარზე შესვლის ზოგიერთი ბარიერი დაკავშირებულია ინტელექტუალური საკუთრების უფლებების დაცვასთან. მაგალითად, საინოვაციო ორგანიზაციებმა შეიძლება დააწესონ მონოპოლია გარკვეული პერიოდის განმავლობაში პატენტების დაცვის უზრუნველყოფით. გამომგონებელთა წახალისების მიზნით, მთავრობა გასცემს პატენტებს ახალი პროდუქციისა და ტექნოლოგიების დასაცავად. პატენტი მონოპოლიაა. იგი გამომგონებელს ახალ პროდუქციაზე ან იდეაზე კერძო საკუთრების უფლებას აძლევს.

საქართველოში 1999 წელს მიიღეს „საქართველოს საპატენტო კანონი“, რომელიც ავტორს კერძო საკუთრების უფლებას აძლევს სხვადასხვა გამოგონების მიხედვით 8-დან 15 წლამდე ვადით. „ინტელექტუალური საკუთრების“ მფლობელს შეუძლია გაყიდოს ან სხვას დაუთმოს მასზე უფლება.

ზოგიერთი დარგის ნაწარმი, როგორიც არის ფარმაცევტული პროდუქცია, ქიმიური პრეპარატები პატენტებით არის დაცული. კონკურენტი ფირმები ვერ დაიწყებენ ამ დარგებში მუშაობას, თუკი პატენტის მფლობელს ფულს არ გადაუხდიან ტექნოლოგიის გამოყენების ნებართვისათვის ან არ მიაგნებენ წარმოების ახალ მეთოდს, რომელსაც არსებული პატენტები არ იცავს.

აშშ-ში პატენტი მეპატრონეს აძლევს 17 წლით მონოპოლიას. პატენტების მფლობელებს შეუძლიათ გაყიდონ ლიცენზია ან პატენტზე უფლება. პატენტებს დიდი მნიშვნელობა ენიჭებათ ფარმაცევტულ წარმოებაში, რადგან სანამ ისინი არსებობენ, ბაზარზე არ იყიდება ჯენერიკული წამლები.

საავტორო უფლებები და სავაჭრო ნიშნები, როგორც მონოპოლიები. საავტორო უფლებები, აგრეთვე ქმნის მონოპოლიებს ინტელექტუალური საკუთრების უფლებების დაცვის მიზნით. პატენტებისაგან განსხვავებით, საავტორო უფლებები იცავს მხოლოდ გარკვეულ იდეას. საავტორო უფლება გრძელდება ავტორის სიცოცხლის პლუს 50 წლის განმავლობაში. სამთავრობო დაწესებულება – საავტორო უფლებათა სააგენტო ავტორებს ანიჭებს საავტორო უფლებას – ინტელექტუალური საკუთრების გაყიდვის, ტირაჟირების ან გავრცელების ექსკლუზიურ უფლებას.

გარკვეული ორგანიზაციის განმასხვავებელ ვიზუალური სავაჭრო ნიშანს ასევე აქვს მონოპოლური უფლება. ყველა ეს ლეგალური მონოპოლია ქმნის პოტენციური კონკურენტების ბა-

ზარზე შეღწევის მნიშვნელოვან ბარიერებს.

სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები შეუცვლელია, ოლიგოპოლისტური კონკურენცია

ჩვეულებრივ, რაც უფრო ძლიერია ბაზარზე საწარმოს ძალა მით უფრო დიდია მოგების მიღების პოტენცია. როდესაც კონკურენცია ახალ-ახალი კონკურენტი საწარმოების გაჩენით იზრდება, საწარმოს შეუძლია შექმნას კონკურენტისაგან განსხვავებული პროდუქტი. მონოპოლისტური კონკურენციის დროს მეწარმეები მსგავსი, მაგრამ არაიდენტური საქონლის ან მომსახურების შეთავაზებისას ხაზს უსვამენ მათ განსაკუთრებულ თვისებებს (მაღალი ხარისხი, ინოვაცია, დიზაინი, საფირმო ნიშანი).

საქონლის ან მომსახურების განსაკუთრებული თვისებების ხაზგასმას მის ერთადერთ და განუმეორებლად წარმოჩენის პროცესს დიფერენციაცია ეწოდება.

ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებას ბაზარზე აქვს მკვეთრად გამოხატული ძალაუფლება, რადგან მის კონკურენტ სამედიცინო დაწესებულებებს არ შეუძლით იგივე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევა, ან თუ შეუძლიათ, იგი მაინც არასრულყოფილ შემცვლელს წარმოადგენს. მაგალითად, მომხმარებელი ირჩევს უფრო ძვირადღირებულ აფთიაქს, მხოლოდ იმიტომ, რომ ის უფრო ახლოს მდებარეობს.

სამედიცინო პროდუქტების შედარება საკმაოდ რთულია. მომხმარებელს უძნელდება შეადაროს ერთმანეთს ჯენერიკები და ბრენდები, თუ რამდენად ეფექტურია ჯენერიკები ბრენდებთან შედარებით. შედარების სირთულის გამო, მომხმარებელი, რომელიც პროდუქტით კმაყოფილია, არ ყიდულობს სხვა, უფრო იაფ პროდუქტს. ეს ფაქტორები ართულებს კონკურენტული პროდუქტის შეფასებას, თუ რამდენად ეფექტური შემცვლელია იგი, რაც თავისთავად ზრდის პროდუქციის საბაზრო ძალაუფლებას.

მთლიანობაში ჯანდაცვის ბაზარი ოლიგოპოლისტურ ბაზარს წარმოადგენს, სადაც შეინიშნება მიმწოდებელთა მცირე რაოდენობა

ბაზარზე ახალი კონკურენტების შემოსვლის საწინააღმდეგოდ, მაღალკონკურენტუნარიანი ორგანიზაცია შემდეგ ღონისძიებებს მიმართავს:

- სხვადასხვა სერვისების სწრაფად შექმნის უნარი, ბაზარზე შემოსული ახალი წევრების მიმართ წინააღმდეგობის გასაწევად;

- საქონელზე ან მომსახურებაზე შედარებით დაბალი ფასების დადგენა;
- საქონელზე ან მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების განუწყვეტლივ შემცირება და ხარისხის ამაღლება;
- კომპანიათა შერწყმა-გაერთიანება – ბაზრის სტრუქტურის შეცვლა.
- ბაზარზე მაღალკონკურენტული ორგანიზაცია ცდილობს გაზარდოს მომსახურების ფასები.
- ბაზარზე მაღალკონკურენტული ორგანიზაციის სტრატეგიას შეადგენს: ფასის დისკრიმინაცია, მომსახურების დიფერენცირება, გარიგება.

სამედიცინო მომსახურება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს

მედიცინა შემოქმედებითი პროცესია, რომელიც არ არსებობს ერთგვაროვანი სახით. ჯანდაცვის სფეროში სამედიცინო მომსახურების თითოეული სახე არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ ვინ და რა პირობებში აწვდის მას. ერთიდაიგივე დაავადებას სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განსხვავებული მეთოდებით მკურნალობენ. სხვადასხვაა დაწესებულებების შესაძლებლობები (სადიაგნოზო მოწყობილობები, სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონე, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და ა. შ). ავადმყოფს, რომელიც გეგმიურ ოპერაციას სამხარეო საავადმყოფოში იტარებს, შედარებით ნაკლები რისკი აქვს ვიდრე ავადმყოფს, რომელსაც გადაუდებელი ოპერაცია უტარდება რაიონულ საავადმყოფოში. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დაწესებულებები სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეებზე გვევლინებიან როგორც მონოპოლისტები.

სამედიცინო საქმიანობის მკაცრი რეგლამენტაციის მიუხედავად, ჯანდაცვაში არ არის და არც იარსებებს ყველა პაციენტის მკურნალობაზე ერთიანი მიდგომა, ერთი და იგივე დაავადებების არსებობის დროსაც კი. დიაგნოსტიკურ, ტაქტიკურ და ტექნიკურ ასპექტებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხობრივი მახასიათებლები შეიძლება ფართო საზღვრებში შეიცვალოს.

ზოგჯერ პაციენტის გარდაცვალება შეიძლება არ იყოს დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხასიათზე და არც სამე-

დიცინო პერსონალის კვალიფიკაციაზე, არამედ განპირობებული იყოს ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა: სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვა, ცხოვრების არაჯანსაღი წესი, უკურნებელი დაავადება და ა.შ.

ჩვეულებრივ, არასახარბიელო შედეგები იყოფა 3 ჯგუფად: უბედური შემთხვევები, საექიმო შეცდომები და პროფესიონალური სამართალდარღვევები. კვლევები ადასტურებენ, რომ დაბალი ხარისხის მკურნალობის 9,4% განპირობებულია პაციენტის დაგვიანებული მიმართვით და ჰოსპიტალიზაციაზე უარის თქმით; 5,5% – სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის ნაკლოვანებებით (სპეციალისტების დაგვიანებული კონსულტაციები, ნაკლები ყურადღება ექცევა მკურნალობის უწყვეტობას და ა.შ.), დიაგნოსტიკური ნალოვანებები (32,9 %), ტაქტიკური ნალოვანებები (36,2 %), ტექნიკური ნალოვანებები (30,9 %); სასამართლო-სამედიცინო აქტების მიხედვით, არასახარბიელო გამოსავლების 7,4%-ის მთავარი მიზეზია პერსონალის არაკეთილსინდისიერება[1].

ზოგჯერ ექიმები წარმოადგენენ პაციენტებში იატროგენული (ბერძნ. იატროს – ექიმი, გენნაო – გამოწვეული) დაავადებების მიზეზს. ექიმის მიერ არასწორად ნათქვამმა სიტყვამ, სამედიცინო პერსონალის არაკორექტულმა ქცევამ, უყურადღებობამ, უტაქტობამ შეიძლება ნეგატიური გავლენა იქონიოს ავადმყოფის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია ხელს უწყობს ხარისხის ერთგვაროვნობას. ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითად ობიექტებს, სამედიცინო მომსახურების და ხარისხის ტექნოლოგიური უზრუნველყოფის გარდა, წარმოადგენს ინფორმაციული ტექნოლოგიები, პერსონალის კვალიფიკაცია, მედიკამენტების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხი, ანგარიშგების დოკუმენტაცია.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, როდესაც საქონელი არაერთგვაროვანია და მომხმარებელი სრულყოფილად არ არის ინფორმირებული, მისთვის ძნელია განსაზღვროს, რას ნიშნავს უფრო დაბალი ფასი – უფრო ხელსაყრელი ყიდვის ან საქონლის დაბალი ხარისხის სიგნალი. როდესაც მომხმარებლები ინფორმირებული არიან ფასზე, ორგანიზაციებმა სერვისების ფასი შეიძლება გაზარდონ მხოლოდ მიმწოდებლების რაოდენობის შემცირების შემთხვევაში.

1 ვასაძე, ო., ჯანელიძე, ც., კობალაძე, ლ. ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებითი ლექსიკონი, თბილისი, 2002 წ.

ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია

ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია, ამიტომ წარმოება ძალიან ნელა ეგუება (ან საერთოდ არ ეგუება) საბაზრო სიტუაციას. მაგალითად, სამედიცინო პერსონალის მომზადება მოითხოვს ძალიან დიდ დროს, ხოლო მოსამზადებელ პირთა რიცხვს და სწავლის ფასს აკონტროლებენ ცენტრალური ორგანოები – მთავრობა ან პროფესიული კავშირები, ამიტომ მწარმოებლებს ბაზარზე სიტუაციის ცვლილებისას არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად შეცვალონ ფაქტორები.

გარეგანი ეფექტები

წარმოებული პროდუქცია არამარტო მის უშუალო მწარმოებელს და მყიდველს ეხება, არამედ მოსახლეობის ფართო ნაწილსაც. ერთი ადამიანის მიერ წარმოებული საქმიანობის ზემოქმედებას მეორე ადამიანის კეთილდღეობაზე „გარეგანი ეფექტი" (ექსტერნალიები) ეწოდება. თუ ასეთი ზემოქმედება არასახარბიელოა, მას უარყოფითი გარეგანი ეფექტი ეწოდება (მაგ., გარემოს დაბინძურება, ქიმიური ქარხანა, მანქანის გამონაბოლქვი). საწინააღმდეგო შემთხვევაში იგი დადებით გარეგან ეფექტს წარმოადგენს (იმუნიზაცია, ტექნოლოგიური გამოგონება).

უარყოფითი გარეგანი ეფექტის მქონე პროდუქციის წარმოებისას მიმწოდებელი ხშირად არ ითვალისწინებს მის მავნე ზემოქმედებას საზოგადოებაზე და თავის თავზე არ იღებს მიყენებული ზიანის ხარჯებს, რადგან მისი გათვალისწინება მნიშვნელოვნად ზრდის საქონლის ღირებულებას და შესაბამისად ამცირებს მოთხოვნას. მაგალითად, გარემოს დაბინძურება, რომელიც ადამიანების ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედებს, ხელს უწყობს თანდაყოლილი დეფექტების და სიმსივნეების განვითარებას. საზოგადოების ჯანმრთელობაზე მიყენებულ ზიანზე მწარმოებელი კომპენსაციას არ იხდის. გარემოს დაბინძურებით გამოწვეული დაავადების შემთხვევაში, ხარჯებს დაზარალებული მხარე იხდის. უარყოფითი გარეგანი ეფექტის არსებობისას გარკვეული საქონლის წარმოებისას საზოგადოების ხარჯები აღემატება მწარმოებლის მიერ გაწეულ ხარჯებს.

მეწარმეებს ნაკლებად აინტერესებთ უარყოფითი გარეგანი ეფექტებისგან გამოსავლის მოძებნა. ამიტომ, აქ აუცილებელია ჩაერთოს სახელმწიფო. საქონლის ან მომსახურების გარეგანი

ეფექტით მიღებული ხარჯების საკომპენსაციოდ, სახელმწიფო მასზე გარკვეულ გადასახადს აწესებს, რაც მწარმოებლებს უბიძგებს გაითვალისწინონ მათი საქმიანობის გარეგანი ეფექტები.

დადებითი გარეგანი ეფექტის შემთხვევაში საქონლის წარმოებას სარგებლობა მოაქვს საზოგადოების სხვა წევრებზე. ასეთ შემთხვევაში სახელმწიფო ხელს უწყობს საქონლის დიდი რაოდენობით წარმოებას. იგი თავად მონაწილეობს ასეთი საქონლის წარმოების ნაწილობრივ ან მთლიანად დაფინანსებაში. ჯერ კიდევ ადამ სმიტი თავის შრომებში – „ეთიკური გრძნობის თეორია“ და „ერის კეთილდღეობა“, დიდ ყურადღებას უთმობდა სახელმწიფოს მხრიდან ადამიანთათვის დახმარების გაწევის აუცილებლობას ისეთ საკითხებში, როგორიცაა განათლების მიღება, მართლმსაჯულების სისტემის უზრუნველყოფა, გზათა მშენებლობა, ღარიბთათვის დახმარების გაწევა, მუშებისათვის „კულტურული“ ღინისძიებების ჩატარება. ამ დროს იგი ითვალისწინებდა იმ დადებით ეფექტს, რომელიც ასეთი სახის ღონისძიებებმა შეიძლება განაპირობოს [15].

ჯანდაცვის სისტემაში, ვინემ ეკონომიკის სხვა სფეროში, უფრო მეტად დადებითი გარეგანი ეფექტები გვხვდება. მაგალითად, დიფთერიის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია სასარგებლოა არამარტო ერთი ადამიანის, არამედ მთელი საზოგადოებისათვის, რადგანაც მნიშვნელოვნად მცირდება ამ დაავადების გავრცელება.

გარეგანი ეფექტები ბაზრის ჩავარდნებია, რადგან არ ხდება საწარმოს ხარჯებში მისი გათვალისწინება. ამის მიზეზია საკუთრების უფლების გაურკვევლობა. როდესაც სუფთა წყალზე საკუთრების უფლება გაურკვეველია, მაშინ საწარმომ შესაძლოა ვინმესთან ანგარიშვალდებულების გარეშე დააბინძუროს მდინარე. მოცემულ შემთხვევაში დაბინძურების ხარჯები არ შედის წარმოების ხარჯებში. დადებითი გარეგანი ეფექტის დროს რთულია მისი სარგებლიანობის, ერთი ადამიანის იმუნიზაციით სხვა ადამიანისათვის დაავადების ალბათობის შემცირების შეფასება. ამასთან წარმოიქმნება „უბილეთო მგზავრის“ პრობლემა. დადებითი გარეგანი ეფექტის დროს ადამიანის სარგებლიანობა იზრდება, იგი მოგებული რჩება, მაგრამ თუ მას დაავალდებულებენ გადასახადის გადახდას სარგებლიანობის გაზრდისათვის, მან შესაძლოა თავი აარიდოს გადახდას.

საზოგადოებრივი სიკეთე

„საზოგადოებრივ სიკეთე“ გულისხმობს ისეთ საქონელს, რომელიც არც გამორიცხვადია და არც მეტოქეობისუნარიანი. „საზოგადოებრივი სიკეთე“ ინდივიდუალური მოხმარების საქონლისაგან განსხვავდება ორი ნიშნით: არამეტოქისუნარიანობა და არაგამორიცხვადობა.

არამეტოქეობისუნარიანობა გულისხმობს, რომ ერთი პიროვნების მიერ საზოგადოებრივი საქონლის მოხმარება ვერ შეამცირებს მეორე პიროვნებისთვის ამავე საქონლის მოხმარების შესაძლებლობას. ამგვარად, საზოგადოებრივი სიკეთე კოლექტიური მოხმარების ობიექტია. მეტოქეობისუნარიანობა კი საქონლის ან მომსახურების თვისებაა, რომელიც გულისხმობს, რომ ერთი პიროვნების მიერ საქონლის ან მომსახურების გამოყენება ამცირებს მეორე პიროვნების მიერ მისი გამოყენების შესაძლებლობას.

არაგამორიცხვადობა გულისხმობს, რომ საზოგადოებრივ სიკეთეზე არ ვრცელდება მის მოხმარებაზე საზოგადოების, თუნდაც ერთი წევრის გამორიცხვის პრინციპი, ანუ შეუძლებელია მისი მოხმარებისაგან საზოგადოების წევრების გამორიცხვა. მაგალითად, ქუჩის განათებით შეუძლია ისარგებლოს ყველა გამვლელმა და შეუძლებელია მათი გამორიცხვა. შესაბამისად, გამორიცხვადობა გულისხმობს ბარიერებს, რაც სხვა პირებს არ აძლევს მისი მოხმარების შესაძლებლობას. ასეთი ბარიერებია: ფასების დადგენა, პატენტი, კერძო საკუთრებაზე უფლება. მეტოქეობისუნარიანობის და არამეტოქეობისუნარიანობის, გამორიცხვადობის და არაგამორიცხვადობის მიხედვით საქონელი და მომსახურება შეიძლება იყოს საზოგადოებრივი (არამეტოქეობისუნარიანი და არაგამორიცხვადი), კერძო (მეტოქეობისუნარიანი და გამორიცხვადი) და შერეული (ერთ-ერთი ნიშანი არ არის).

საზოგადოებრივი სიკეთეა ჯანდაცვა. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე და შესაბამისად შრომისუნარიანობაზე, ამიტომ სახელმწიფო დაინტერესებულია მთელი მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო მომსახურების მინიმალური საბაზისო პაკეტი. ჯანდაცვის სექტორში საზოგადოებრივი საქონლის მაგალითებია სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებები, სუფთა ჰაერი, ყვავილის საწინააღმდეგო აცრა, პენიცილინის გამოგონება და ა. შ.

საზოგადოებრივი სიკეთე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია არაგამორიცხვადობის თვისება, ქმნის „უბილეთო მგზავრის“ პრობლემას. საზოგადოებრივ სიკეთე ყველასათვის ხელმისაწვდომია, მიუხედავად იმისა, დააფინანსა თუ არა ვინმემ მისი მოხმარება. ამიტომ, კერძო ორგანიზაციას უძნელდება ამოიღოს საზოგადოებრივ სიკეთზე გაწეული ხარჯები. აღნიშნულის გამო, საზოგადოებრივი სიკეთეს მიიჩნევენ ბაზრის ჩავარდნად. ამ შემთხვევაში სახელმწიფო, რომელსაც აქვს იძულების კანონიერი უფლება, ახდენს გადასახადების შეგროვებას, რომლითაც ფინანსდება საზოგადოებრივი სიკეთე.

თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპი

ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი თავისი შესაძლებლობის მიხედვით განსაზღვრავს ამა თუ იმ საქონლის თუ მომსახურების ყიდვას. სულ სხვა მდგომარეობაა სამედიცინო ბაზარზე. სამედიცინო დახმარების გაწევა ადამიანის სიცოცხლესთანაა დაკავშირებული და იგი მომხმარებლის (პაციენტის) გადახდისუნარიანობაზე ნაკლებად უნდა იყოს დამოკიდებული. ბუნებრივია ეს პრინციპი არღვევს საბაზრო ფასწარმოქმნის მექანიზმს.

რესურსების განაწილების საბაზრო მექანიზმის კორექციის აუცილებლობა განპირობებულია იმ გარემოებითაც, რომ სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა უფრო მეტია მოსახლეობის ღარიბ ფენებში. მკვლევართა აზრით, სამედიცინო დახმარებაზე დაბალშემოსავლიან პირების გაზრდილი მოთხოვნილება განპირობებულია მათი არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო და სამუშაო პირობებით, რაც უარყოფითად მოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კვლევები ადასტურებენ, რომ დიდ ბრიტანეთში ავადობის შემთხვევათა 37% ღარიბ მოსახლეობაზე (მთელი მოსახლეობის 10 %) მოდის, რომელზეც ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების 50% იხარჯება (Wagstaff et all., 1989). განვითარებად ქვეყნებში, სადაც შემოსავლები დაბალია, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 60 % მოსახლეობის 10 %-ზე ნაწილდება, ხოლო ხარჯების დაახლოებით 20-25 % მოსახლეობის მხოლოდ 1 %-ზე მოდის.

ცნობილია, რომ მძიმე დაავადება და მკურნალობაზე გასაწევი ხარჯები მრავალი ადამიანის სიღარიბის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი შეიძლება გახდეს. ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ჩინეთის იმ სოფლებში, სადაც ღარიბი მოსახლეობა ცხოვრობს, მძიმე დაავადებების მკურნალობამ მათი ოჯახების გაღარიბება

გამოიწვია. 1993 წ. ოჯახების 30 %, რომლებმაც მკურნალობის ხარჯები თვითონ გასწიეს, იძულებული გახდნენ თავიანთი საკუთრება გაეყიდათ, ან კრედიტები აეღოთ (Liu and Hsiao, 1995).

აღნიშნული ფაქტორების აღმოსაფხვრელად ჯანდაცვის სისტემა სამართლიანობის და თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპებზე უნდა იყოს დაფუძნებული:

- ჯანდაცვის მომსახურება არ უნდა იყოს ორიენტირებული მხოლოდ მოგებისკენ;
- სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა უნდა ხდებოდეს პაციენტის არა გადახდისუნარიანობის არამედ საჭიროების მიხედვით;
- ჯანდაცვის მაღალხარისხიანი სერვისებით მოსახლეობის ყველა ფენა თანაბრად უნდა იყოს უზრუნველყოფილი მიუხედავად სოციალური, ეთნიკური, სქესობრივი და ასაკობრივი განსხვავებისა;

ჯანდაცვაში თანაბარი ხელმისაწვდომობის მიღწევის მთავარ პრინციპს წარმოადგენს საზოგადოებრივი სოლიდარობა: მდიდარი იხდის ღარიბზე, ჯანმრთელი – ავადმყოფზე, ახალგაზრდა – მოხუცზე. სოლიდარობის პრინციპის განხორციელებაში სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი უჭირავს.

ამრიგად, ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის სექტორი ეკონომიკის სპეციფიკური დარგია. ეს სპეციფიკა განაპირობებს სამედიცინო ბაზარზე ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს, რაც მოითხოვს სათანადო რეგულირების მექანიზმების შემუშავებას.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა

სოციალური დაზღვევის სისტემა (1995–2006)

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, 1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან დღის წესრიგში დადგა საკითხი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების შესახებ. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი დაიწყო 1995 წლის 10 აგვისტოდან.

სახელმწიფომ უარი თქვა სემაშკოს, ჯანდაცვის მკაცრად ცენტრალიზებულ მოდელზე და მის ბიუჯეტურ-მუხლობრივ დაფინანსებაზე. ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სოციალური დაზღვევის მოდელზე, რომლის მიხედვით პასუხისმგებლობა ადამიანის ჯანმრთელობაზე და წვლილი ჯანდაცვის საქმეში თანაბრად და სამართლიანად ნაწილდებოდა სახელმწიფოზე, მეწარმეზე და თვით პიროვნებაზე.

1995 წელს შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელიც 1996 წლის თებერვალში გადაკეთდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად. 1999 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია საჯარო სამართლის იურიდიული პირი გახდა. როგორც სპეციალური ტიპის ორგანიზაცია, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას ჰყავდა დირექტორი, რომესაც თანამდებობაზე ნიშნავდა საქართველოს პრეზიდენტი, ჯანდაცვის მინისტრის წარდგინების შემდეგ. სამედიცინო დაზღვევის კანონის საფუძველზე შემოღებულ იქნა სამეთვალყურეო საბჭო, როგორც სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის უმაღლესი მმართველობითი ორგანო. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ორგანიზაციული სტრუქტურა განისაზღვრება სამეთვალყურეო საბჭოს მიერ.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროებს წარმოადგენდა:

დამქირავებელთა და დაქირავებულთა მიერ გადახდილი ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი (ხელფასის ფონდზე დარიცხული 3 % და ხელფასის 1 %);

ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლებში მეტი ხვედრითი წილი მოდიოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტრანსფერებზე, რადგან 3+1 სავალდებულო სადაზღვევო შენა-

ტანი არ იყო საკმარისი ვალდებულებების დასაფინანსებლად. ამგვარად, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას ახორციელებდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი. აღნიშნული სისტემა წარმოადგენდა ე.წ. ერთი გადამხდელის სისტემას.

სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ, ყოველწლიურად იზრდებოდა და მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა. რიგი პროგრამები (ინფექციური, ონკოლოგიური, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული დახმარების, სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების და სხვა პროგრამები) ქვეყნის ყველა მოქალაქეზე ვრცელდებოდა, ნაწილი პროგრამებისა (უმწეოთა, სამეანო და ბავშვთა დახმარების) კი – მოქალაქეთა გარკვეულ ჯგუფებზე. 1999 წლისათვის სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 700 ათასამდე პირი.

სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის. ჯანდაცვის ადგილობრივი ფონდები შემოსავლებს ღებულობდნენ მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან. შენატანები ჯანდაცვის ფონდებში წარმოადგენდა გასაშუალოებულ მაჩვენებელს ერთ სულ მოსახლეზე, რომელიც დამოკიდებული იყო მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე (არანაკლებ 2,5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე და არანაკლებ 10 %-ისა მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილისა). მუნიციპალიტეტებს უფლება ჰქონდათ გაეზარდათ აღნიშნული თანხა, თუ მათი ბიუჯეტი ამის საშუალებას იძლეოდა. პროგრამების აუცილებელ მინიმალურ მოცულობას კი ცენტრალური ხელისუფლება ადგენდა. 1997 წელს მუნიციპალიტეტების ეკონომიკური სიტუაციის ცვალებადობის გამო გადაწყდა მუნიციპალური ფონდების გაერთიანება და რეგიონული ფონდების შექმნა, რაც მათ შორის რისკების გადანაწილების შესაძლებლობას იძლეოდა. აღნიშნული პროცესი დაიწყო 1998 წელს და დასრულდა 1999 წლისათვის.

ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამები მოიცავდა გადაუდებელ დახმარებას, 1-დან 14 წლის ბავშვთა და მოზარდთა სამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის მუნიციპალური მოცვა უფრო ახლოს იდგა უნივერსალურ მოცვასთან (80%-ზე მეტი

მოსახლეობა)[1]. ამასთან, მუნიციპალური ჯანდაცვის სერვისები შეიძლება განვიხილოთ როგორც სერვისების ბაზისური პაკეტი, რომელიც აკმაყოფილებდა ჯანდაცვაზე მოსახლეობის ყველაზე მეტ საჭიროებებს; გამონაკლისს წარმოადგენდა დედათა და 1 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, რომელიც მოცული იყო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო ფედერალური პროგრამით[2].

განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მმართველობის დეცენტრალიზაცია და ცენტრალური მმართველობის უფლებები ადგილობრივ ორგანოებს გადაეცა. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები[3]. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი აფინანსებდა ან უშუალოდ ახორციელებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთ პროგრამებს, როგორიც იყო მოსახლეობის იმუნიზაცია ან ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა.

1995 წელს სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები საბიუჯეტო ორგანიზაციებიდან იქცნენ სახაზინო დაწესებულებად, ხოლო 1999 წელს – კერძო სამართლის სუბიექტებად (შეზღუდული პასუხისმგებლობების ან სააქციო საზოგადოებებად სახელმწიფოს მიერ წილების 100%-იანი ფლობით). შესაბამისად, გაიზარდა მათი მმართველობითი ავტონომიაც. სამეწარმეო სუბიექტებად გადაქცევის შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აღარ ახორციელებს სამედიცინო დაწესებულების პირდაპირ ადმინისტრირებას და მმართველობაში მონაწილეობის ერთადერთ ფორმად მეწარმეობის კანონმდებლობით განსაზღვრული ე.წ. „კორპორატიული მმართველობის“ მექანიზმები რჩება[4].

სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო დაწესებულებები 1995 წლიდან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან პირდაპირი დაფინანსების ნაცვლად სახსრებს იღებენ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრა-

1 T. Kalandadze, I. Bregvadze, R. Takaishvili, A. Archvadze, N. Moroshkina (1999) Development of State Health Insurance System in Georgia, Croatian Medical Journal. http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234065.htm

2 იქვე; T. Kalandadze, I. Bregvadze, R. Takaishvili, A. Archvadze, N. Moroshkina (1999)

3 D. Gzirishvili, A. Zoidze & G. Gotsadze, 1997. Health Care Reforms in Georgia, Tbilisi.

4 დ. გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ფონდი ღია საზოგადოება. 2012

მებში მონაწილეობით, გადამხდელთან გაფორმებული შესაბამისი ხელშეკრულების საფუძველზე. სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების ანაზღაურების საფუძველია ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით განსაზღვრული ტარიფები, რომელიც ითვლება სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო სტანდარტების მიხედვით.

ამრიგად, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები ნაწილდებოდა და იხარჯებოდა სამი ფინანსური აგენტის – სახელმწიფო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის, ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური ფონდებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ.

კანონმდებლობით განისაზღვრა სამედიცინო დაწესებულების ცნება. ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მქონე ნებისმიერ იურიდიულ პირს შესაბამისი ლიცენზიის მიღების შემდეგ შეეძლო სამედიცინო საქმიანობა. სამედიცინო საქმიანობაზე დაწესდა გარკვეული საგადასახადო შეღავათები (მაგ. სამედიცინო მომსახურება არ იბეგრებოდა დამატებითი ღირებულების გადასახადით). მოგვიანებით, 2003 წელს, სამედიცინო დაწესებულებები განთავისუფლდნენ ყველა ძირითადი (მათ შორის ქონების და მოგების) გადასახადისაგან[1]

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება. მნიშვნელოვნად გაიზარდა სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის დანახარჯების წილი, ასევე ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი. თუმცა, ჯანდაცვაზე მთლიან ხარჯებში სახელმწიფოს ხვედრითი წილი ისევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებლებს. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 2003 წლის ჩათვლით 18% არ აღემატებოდა[2]. ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მწირი დანახარჯები განპირობებული იყო სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სე-

1 ა. გამყრელიძე, 2004. საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოვალეობის შემსრულებლის ამირან გამყრელიძის მამართვა საქართველოს მოსახლეობას და სამედიცინო საზოგადოებას. მედიცინა, 11 02, 176:1-32.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2003. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2002 წლის ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრ-

ქტორისათვის ფინანსური რესურსების მობილიზების სისუსტით. შედეგად, გადაულახავ პრობლემას წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების სრულად დაფინანსება. მაგალითისათვის, 1997-2000 წლებში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულება საშუალოდ 50%-ს შეადგენდა[1].

ძირითადად დამთავრდა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა, შეიქმნა ახალი საზოგადოებრივი ურთიერთობების შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა, სამედიცინო დახმარების მნიშვნელოვანი წილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე, მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და ინდივიდის უფლება-მოვალეობანი ჯანდაცვის სფეროში, მომზადდა თეორიულ-მეთოდოლოგიური ბაზა ახალი ტიპის საწარმოო და სოციალური ინფრასტრუქტურის ფუნქციონირებისათვის, ახალი ტიპის სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობანი ძირითადად დამკვიდრდა მოსახლეობაში და მის მიერ იქნა აღიარებული, რეორიენტაციის პროცესი პრაქტიკულად შეუქცევადი გახდა.

ბევერიჯის სისტემა, შერეული მოდელი (2005-2012)

2005 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შენატანები. 2004 წლის ბოლოს საგადასახადო კოდექსის ცვლილებათა შედეგად გაუქმდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შესატანი, ანუ ჯანდაცვის მიზნობრივი გადასახადი, რომელიც სახელფასო შემოსავალზე იყო დაწესებული („3+1“) და სოციალური გადასახადის ნაწილს წარმოადგენდა. 2005 წელს იგი შეიცვალა სახელმწიფო სავალდებულო ზოგადი გადასახადებით (General Taxation), ანუ ბევერიჯის სისტემით. საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს საგადასახადო დეპარტამენტი პასუხისმგებელია გადასახადების შეგროვებაზე, რომელიც საერთი ჯამში ერთიანდება სახელმწიფოს სახაზინო ანგარიშზე, საიდანაც ხორციელდება მისი განაწილება ეკონომიკის სახვადასხვა დარგებში, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროში. წლიური ბიუჯეტის დადგენისას ფინანსთა სამინისტრო ახდენს სახელმწიფო ბიუჯეტის გარკვეული ნაწილის გადანაწილებას შრომის,

---

თელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

1 The World Bank, 2002. Georgia Public Expenditure Review, Washington, D.C.: The World Bank.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროზე[1].

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლების რამდენიმე წყარო არსებობს. ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე ბიუჯეტის განაწილებისას რომელიმე სფეროზე დაფინანსების შემცირება სხვა სფეროს დაფინანსების გაზრდით მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს საერთო ბიუჯეტზე.

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა ეკონომიკურად ხარჯთეფექტურია, რადგან შემოსავლების შეგროვება ხორციელდება ერთ ორგანიზაციაში და არა რამოდენიმე სხვადასხვა ორგანიზაციებში (მაგალითად, კონკურენტული სადაზღვევო სისტემის დროს სოციალური დაზღვევის ფონდებში).

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე დადგენილი ყოველწლიური ბიუჯეტები გარკვეულ ცვლილებებს განიცდიან, რადგანაც იგი დამოკიდებულია სახელმწიფოს პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, თუ რომელი დარგია სახელმწიფო ინტერესებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი (მაგალითად, საომარი კონფლიქტები მოითხოვს თავდაცვის ხარჯების გაზრდას). ამგვარად, ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს ჯანდაცვის ბიუჯეტი სახელმწიფოს პოლიტიკურ ნებაზეა დამოკიდებული და ზოგჯერ იგი არაპროგნოზირებადია, შესაბამისად ჯანდაცვის სექტორს არ აქვს მყარი გარანტია იმისა, რომ მომავალ წელს მიიღებს იმავე მოცულობის დაფინანსებას, რაც წინა წელს იყო მისთვის გამოყოფილი. ჯანდაცვის სამინისტროს უხდება კონკურენციის გაწევა სხვა სამინისტროებთან, რომ მოიპოვოს საჭირო რესურსები.

საქართველოში მოსახლეობის ყველა ფენისათვის გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ნაცვლად სახელმწიფო მიზნობრივად მიმართავს ფინანსურ სახსრებს ყველაზე გაჭირვებული ფენების სამედიცინო მომსახურებით მოცვაზე, ანუ უნივერსალურობის პრინციპი იცვლება შერჩევითობით

1 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2008. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.

(„სელექტივიზმით“)[1]. 2007 წლიდან სახელმწიფო იწყებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.

გატარებული რეფორმის არსებით სიახლეს წარმოადგენდა მასში კერძო სექტორის აქტიური მონაწილეობა. კერძო სექტორი (ძირითადად, სადაზღვევო კომპანიები) ჩართული იყო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მართვაში. სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებებიდან კი არ ახდენდა, არამედ იგი სადაზღვევო კომპანიებს უხდიდა სტანდარტულ სადაზღვევო შენატანს (პრემიას), რითაც სახელმწიფო ყიდულობდა მათგან სადაზღვევო პროდუქტს.

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას მიეცა უფლება მონაწილეობა მიეღო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში. მთავრობამ სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ დაადგინა მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა[2]. ამით, საფუძველი ჩაეყარა კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემას, სადაც სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში მონაწილეობის, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენდა სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება. სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ღებულობდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

2010 წლის მონაცემებით, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული ბენეფიციარების რაოდენობა 888368-

1 დ. გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ფონდი ღია საზოგადოება. 2012

2 შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

მდე გაიზარდა. ამ შემთხვევაში წლიური სადაზღვევო პრემია საშუალოდ 180 ლარის ოდენობით განისაზღვრა (0-64 წლის დაზღვეულთათვის თვეში 12,93 ლარის, ხოლო 65 და მეტი ასაკის დაზღვეულთათვის – 21,43 ლარის ოდენობით)[1].

კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას. თუმცა, 2010 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წესების შეცვლის შედეგად, დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით. საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. დამზღვევი სადაზღვევო ვაუჩერით ხელშეკრულებას აფორმებს საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამარჯვებულ კომპანიასთან.

2010 წლამდე არსებულ სიტუაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი განსხვავება მდგომარეობდა იმაში, რომ სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში. კერძოდ, თითოეული დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად, რომელიც ნაცვლად 180 ლარისა მნიშვნელოვნად შემცირდა. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარი. შესაბამისად, მზღვეველებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში.

გარდა ამისა, შემცირებული პრემიის პირობებში, სადაზღვევო კომპანიებს სადაზღვევო პაკეტში უნდა შეეტანათ სამკურნალო საშუალებების ხარჯების ანაზღაურება 50 ლარის ფარგლებში, 50 % თანაგადახდით.

2006 წელს სახელმწიფომ შეიმუშავა ქვეყნის ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროგრამა, რომლის მთავარ მიზანს შეადგენდა ჯანდაცვის მთლიანი სექტორის პრივატიზება. დაიგეგმა სახელმწიფოს საკუთრებაში მყოფი თითქმის მთლიანი უძრავი და მოძრავი ქონების კერძო ინვესტორისათვის უსასყიდლოდ გადაცემა. ინვესტორს, თავის მხრივ, საკუთარ თავზე უნდა აეღო

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №32 2009 წლის 19 თებერვალი

არსებული ჰოსპიტალების გარემონტებისა და ახალი ჰოსპიტალების აგების ვალდებულება.

თუმცა, 2010 წელს მთავრობამ შეცვალა მიდგომა და ყურადღება გამახვილდა პროექტში კერძო სადაზღვევო კომპანიების განსაკუთრებით აქტიურ მონაწილეობაზე. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს, კონკურსის პირობების შესაბამისად, მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში დაეკისრათ ვალდებულება დადგენილ ვადაში (2011 წლის ბოლომდე) თანამედროვე, მაღალი სტანდარტის საავადმყოფოების აშენება ან არსებული დაწესებულებების გაუმჯობესება[1];[2]. შედეგად, 2012 წლის მდგომარეობით საავადმყოფოების თითქმის 42% სადაზღვევო კომპანიების საკუთრებაში აღმოჩნდა[3].

განხორციელებული რეფორმების შედეგად, 2012 წლისთვის საქართველო, ფორმალურად, მსოფლიო მასშტაბით ერთ-ერთი ყველაზე ლიბერალური ჯანდაცვის სისტემის მოდელის მქონე ქვეყანა გახდა[4].

აქვე აღსანიშნავია, რომ საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება წარმოადგენდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებისათვის ყველაზე პრობლემატურს.

2010 წლამდე არსებულ სიტუაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი განსხვავება ასევე, მდგომარეობდა იმაში, რომ გახანგრძლივდა სადაზღვევო ხელშეკრულებები. 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3 წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად. იგი განპირობებული იყო იმ გარემოებით, რომ სადაზღვევო კომპანიას დადგენილ ვადაში უნდა მოესწრო საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება, რისთვისაც იგი დროის ამ პერიოდში გარანტირებული უნდა ყოფილიყო მასთან დაზღვეულთა გარკვეული რაოდენობით.

სადაზღვევო ხელშეკრულების გახანგრძლივების შედეგად

---

1 საქართველოს მთავრობის 2009 წლის დადგენილება N 218

2 საქართველოს მთავრობის 2010 წლის დადგენილება N 85

3 საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი, 2012 წ.

4 გ. ხიშტოვანი. ქართული სადაზღვევო კომპანიების შეფასების თავისებურებანი – 2006-2013 წლის ჯანდაცვის რეფორმის გავლენა მის უხილავ Stakeholder-ებზე – „ალდაგი-ბისიაი“-ს შემთხვევა“. თბილისი. 2013.

სადაზღვევო კომპანიის მხრიდან მოსალოდნელი უარყოფითი მხარეების შესამცირებლად შემუშავდა გაძლიერებული კონტროლის მექანიზმები. კერძოდ, დადგინდა, რომ სადაზღვევო კომპანიის მიერ ვაუჩერის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატიური და უხეში დარღვევების დროს მათ შეუწყდებოდათ სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის უფლება. დარღვევების შესახებ წერილობითი დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ამასთან, დაზღვეულთა ინფორმირებულობის ამაღლების მიზნით, კომპანიას დაევალა სადაზღვევო სერტიფიკატში ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ ინფორმაციის მითითება.

ამრიგად, 2010 წელს განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, მნიშვნელოვნად შეიცვალა საბაზრო ურთიერთობები, გარემო, როლები და ფუნქციების გადანაწილება. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარს არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება წაერთვა, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება – თავად აირჩიოს სააავადმყოფო, ვინაიდან პაციენტი იძულებული ხდება შემოიფარგლოს მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით. ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ ირღვევა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლები“.[1]

განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, 2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია. სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში.[2] ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძვლად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო

1 თ. ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელ-ის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014

2 იქვე. თ. ვერულავა. 2014.

სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას[1].

საქართველოში განხორციელებული რეფორმის შემთხვევაში, სახელმწიფო დომინანტურ მდგომარეობაში იმყოფება, რის საფუძველზეც მას შეუძლია კერძო სადაზღვევო მოთამაშეებს უკარნახოს თამაშის ძირითადი პირობები და გავლენა მოახდინოს მათ ქცევაზე. მკვლევარები ამ სპეციფიკურ (ქართულ) ფენომენს უწოდებენ კორპორატიულ პოლიტიკურ პასუხისმგებლობას (“Corporate Political Responsibility“), რომლის დროს მთავრობა მოითხოვს კერძო კომპანიებისაგან პოლიტიკური პასუხისმგებლობის გამოვლენას და შედეგად „ბაზრის რიგითი კერძო მოთამაშე კორპორატიული პოლიტიკური პასუხისმგებლობის ფარგლებში დგება აუცილებლობის წინაშე, შეასრულოს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი და როგორც წესი, მისთვის ფინანსურად საზიანო პოლიტიკურ-ეკონომიკური აქტივობა/საქმიანობა... ამავდროულად, კომპანია სახელმწიფოსგან იღებს სხვადასხვა ტიპის შეღავათებს/წახალისებას, რისი საშუალებითაც მას უნდა გაუადვილდეს თავისი კორპორატიული პოლიტიკური პასუხისმგებლობის შესრულება. ამ ტიპის შეღავათები/წახალისებები შეიძლება იყოს: დამატებითი სახელმწიფო შეკვეთები, სახელმწიფოს მხრიდან პრივატიზების პროცესში კომპანიის პრივილეგირება, ადგილობრივ ბაზარზე კომპანიის მონოპოლისტური პოზიციების ტოლერირება“[2].

2009 წელს მთავრობამ შეიმუშავა ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანიც შემდეგნაირად იქნა ფორმულირებული: „ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევაში მოსახლეობის ინტეგრაციით, რომელიც სახელმწიფოსა და მოქალაქის თანამონაწილეობაზეა დაფუძნებული, გაზარდოს საქართველოს მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა“[3]. პროგრამაში მონაწილეობა შეეძლო საქართველოს 3-65 ასაკის მოქალაქეებსა თუ რეზიდენტებს, გარდა

1 იქვე. თ. ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი...“ გვ. 323-326.

2 Khishtovani George; Pirveli, Erekle (2012): Corporate Political Responsibility (CPR) and its Impact on Firm"s Financial Performance – Case of Georgian Insurance Sector. Economics and Business (TSU), #5, Sep.-Oct. 2012, 157-182.

3 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №33 2009 წლის 26 თებერვალი

სახელმწიფო, ადგილობრივი ან/და ავტონომიური ერთეულის ბიუ-ჯეტის სახსრებით უკვე დაზღვეული მოქალაქეებისა. სადაზღვევო პრემია შედგებოდა „სახელმწიფოს წილისა (სადაზღვევო ვაუჩერის ღირებულება) და დამზღვევის წილისაგან“[1]; სადაზღვევო ბაზისური წლიური პრემია 60 ლარი იყო, აქედან 40,2 ლარს ფარავდა სახელ-მწიფო. დაზღვეულს ეძლეოდა საშუალება, აერჩია უფრო ძვირი სადაზღვევო პროდუქტი საკუთარი ხარჯით. ბაზისური დაზღვევა ითვალისწინებდა წელიწადში 8,000 ლარის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელ სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას. მთავრობის მოლოდინი იყო, რომ ამ პროგრამით 300- 500 ათასი პიროვნება ისარგებლებდა. საბოლოოდ პროდუქტი მხოლოდ 122 ათასმა პირმა შეიძინა[2].

2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრა-მებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1% იყო მოცული, ხოლო 2012 წლისთვის იგი 37.9%-მდე გაიზარდა. 2012 წლის შუა პერიოდამდე სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეთა რიცხვს დაემატნენ პენ-სიონრები, 6 წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები (დამატებით 800 000 ადამიანი).

მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი (362 663 პირი) მოცული იყო კერძო და კორპორატიული დაზღვევით. ამგვარად, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით და კერძო დაზღვევით მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8 %).

მიუხედავად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფარ-თოებისა, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრე-ბით მიმართვას.

უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა (2013 წლიდან დღემდე)

2013 წლის 28 თებერვლიდან, მთავრობის №36 დადგენილე-ბით, ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელ-მწიფო პროგრამა[3]. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელ-

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №53 2009 წლის 19 მარტი

2 შ. ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

3 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. 2013 წლის 28 თებერვალი.

მწიფო პროგრამის მოსარგებლე გახდა 2 300 000 ბენეფიციარი[1]. პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა[2].

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა თავდაპირველად ითვალისწინებდა მინიმალურ პაკეტით უზრუნველყოფას, რაც გულისხმობდა ოჯახის (ან უბნის) ექიმისა და ექთნის კონსულტაციას, ასევე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას. 2013 წლის 1 ივლისიდან პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში[3].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა აზღვევს ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა არადაზღვეულ პირს. პირველად ქვეყნის ისტორიაში სახელმწიფო დაზღვევა გავრცელდება, როგორც ქვეყნის მოქალაქეებზე, ისე პირადობის ნეიტრალური მოწმობის/ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.

3 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. 2013 წლის 28 თებერვალი.

პირებზე და სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირებზე[1].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეებია:

- საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები;
- საქართველოში მოქალაქეობის სტატუსის არმქონე ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირები, გარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მოსარგებლეებისა (საქართველოს მთავრობის №218 და №165 დადგენილების მოსარგებლეები), 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა და იმ ბრალდებული /მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობაში (საბაზისო პაკეტი). თუ დაზღვეულ მოქალაქეს 1 ივლისის შემდგომ ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდება სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (მინიმალური პაკეტი)[2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით. მას შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში. ამასთან, თუ არ მოეწონება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, შეუძლია შეცვალოს რეგისტრაცია 2 თვეში ერთხელ. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას. რაც შეეხება გეგმიური სტაციონარულ მომსახურებას, მის მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალი-

1 საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა - მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის ნ218 დადგენილების ფარგლებში

ზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად[1].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს[2].

პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი მომსახურება: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მართვა ხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების შედეგად გაიზარდა სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მიმართ, რამაც დადებითად იმოქმედა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ამის მტკიცებულებაა ჯანდაცვაზე მოსახლეობის კერძო დანახარჯების შემცირება 77.9%-დან (2011 წ.) 62%-მდე (2015 წ.)[3].

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე ასევე მიუთითებს საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევა, რომლის მიხედვით, 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა[4].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

3 თ. ვერულავა. (2015). ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI).

4 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). „მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის“ მოკლე მიმოხილვის ანგარიში. http://unicef.ge/uploads/WMS_brochure_unicef_geo_web.pdf

შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანზიაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წლის თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება. პარალელურად, აშშ-ის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტის (USAID/HSS) ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ჩატარდა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ და პროვაიდერებისა და მოსარგებლეების ხარისხობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფების დისკუსია) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით[1]. გამოკითხვის შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეების აბსოლუტური უმრავლესობა (96.4%) კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებით, ხოლო მოსარგებლეების 80.3% კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით; გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალზიაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა. ასევე მოსარგებლეთა უმრავლესობა მიუთითებს თავისუფალი არჩევანის უფლებაზე, როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ დადებით მხარეზე. გამოკითხულთა 7.6% უკმაყოფილებას ძირითადად გამოთქვამდა სასურველი მომსახურების მიღებამდე ლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობაზე.

1 საქართველოს მთავრობა, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანია მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის დანახარჯებით გამოწვეული ფინანსური რისკებისაგან, ანუ ქვეყანაში უნდა იყოს ისეთი ჯანდაცვის სისტემა, რომ საჭირო სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელმა ხარჯებმა არ განაპირობონ ინდივიდების ან მათი ოჯახების გაღატაკება. ეს მიზანი შეადგენდა საქართველოში 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების საფუძველს[1]. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია, გავარკვიოთ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დანერგვის შემდეგ რა გამოწვევების წინაშე დგას საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.

დღეისათვის საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით[2]. რეფორმის შედეგად გაიზარდა სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მიმართ, რამაც დადებითად იმოქმედა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ამის მტკიცებულებაა ჯანდაცვაზე მოსახლეობის კერძო დანახარჯების შემცირება 77.9%-დან (2011 წ.) 62%-მდე (2015 წ.)[3] , რითაც თითქმის მიუახლოვდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს, რომლის მიხედვით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში კერძო დანახარჯების წილი არ უნდა აღემატებოდეს 60%-ს[4]. ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული რეკომენდაცია არ სრულდება არ არის განვითარებული წინასწარი გადახდის სისტემები (დაზღვევა, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები), შესაბამისად, მოსახლეო-

1 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2014). წლის ანგარიში ჯანდაცვაში მოლოდინები ყოველთვის ჭარბობს რეალობას

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

3 თ. ვერულავა. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2015

4 თ. ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი, 2016.

ბა არ არის გარანტირებული აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებით, არ არის დაცული კატასტროფული დანახარჯებისაგან და იძულებულია უარი თქვას საჭირო სერვისებზე.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე ასევე მიუთითებს საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევა, რომლის მიხედვით, 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა[1].

სერვისების დაფინანსების გაზრდის მიუხედავად, სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე კვლავ დაბალია საქართველოში და ამ კუთხით ჯერ ისევ ჩამორჩება არამარტო განვითარებულ, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც. შესაბამისად, დიდია განსხვავება ჯანდაცვაზე არსებულ და საჭირო ბიუჯეტს შორის. აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების 40%-იანი ზღვარი უკვე გადალახეს ისეთმა ქვეყნებმა, როგორებიცაა: სომხეთი (41.7%), ყაზახეთი (53.1%), უკრაინა (54.5%), ყირგიზეთი (59%). ხოლო ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: ჩინეთი, ლიტვა, თურქეთი, გერმანია, იაპონია, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად 55.8%, 66.6%, 77.4%, 76.8%, 82.1%-ს. ყოველივე აღნიშნულის გამო, საქართველოში ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვანი ხარჯების (დაახლოებით 65-70%) გაღება თავად მოსახლეობას უწევს. ამ მხრივ საჭიროა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ინვესტიციების გაზრდა.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა. სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამოცანების უფრო ეფექტიანად მიღწევის, არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების შემთხვევაში. რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების მრავალი მექანიზმი არსებობს, რომელთაგან უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და ამ სერვისებზე მოთხოვნილების გაზრდა, რადგან ასეთ სისტემაში

1 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). „მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის“ მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. პრევენციული ღონისძიებები უფრო ნაკლებხარჯიანია, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. ამ მხრივ, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რადგან პრევენციული ღონისძიებები ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებად განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.5-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). კვლევის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას[1]. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში[2].

პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს)[3].

მედიკამენტებზე არსებული მაღალი დანახარჯები აიხსნება წამლების არარაციონალური დანიშვნის პრაქტიკით, მოსახლეო-

1 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი

2 თ. ვერულავა (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015.

3 გოცაძე, თ., რუხაძე, ნ., ტურძილაძე, თ. საქართველოში საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. 2010 წ.

ბაში თვითმკურნალობის მაღალი მაჩვენებლით და გენერიული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენებით. ფარმაცევტული პოლიტიკის უმთავრესი მიზანი უნდა გახდეს გენერიული მედიკამენტების დანიშვნის წახალისება და საინფორმაციო კამპანიის ჩატარება გენერიულ მედიკამენტებზე მოთხოვნის ასამაღლებლად.

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა (თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება და მისი მიღების სტიმულის შემცირება. საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება[1]. ამასთან გასათვალისწინებელია თანაგადახდებისადმი მოსახლეობის სხვადასხვა ფენების დიფერენცირებული მიდგომა.

მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ჯანდაცვის დასაფინანსებლად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან ერთად კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი და ჩანაცვლებითი ფორმების გამოყენება და ამით სადაზღვევო სისტემაში კონკურენტული გარემოს ხელშეწყობა[2]. ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა, რაც ხელს შეუწყობს კერძო სადაზღვევო ბაზარზე სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციას. ამ მხრივ, საინტერესოა, რომ 2017 წლის მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში შეტანილ იქნა გარკვეული ცვლილებები, რომლებიც ითვალისწინებს დიფერენცირებულ პაკეტებს მოსახლეობის სხვადასხვა კატეგორიების მიმართ და კერძო დაზღვევის გამოყენებას როგორც შევსებითი, ასევე ჩანაცვლებითი ფორმით.

უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის თუ სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ფართოდ გამოიყენება კერძო სამედიცინო დაზღვევა. მისი როლი დაკავშირებულია იმ გარე-

---

1 კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015

2 თ. ვერულავა (2016) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ცვლილებები და მასში კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლი. ლიბერალი.

მოებასთან, რომ მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა (მათ შორის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებიც), სადაც სახელმწიფო სრულად აფინანსებდეს ჯანდაცვის ყველა სერვისს. სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ბაზისურ პაკეტში ჯანდაცვის გარკვეული სერვისები შეიძლება საერთოდ არ შედიოდეს, ან შესაძლებელია ფინანსდებოდეს ნაწილობრივ (მაგ., სერვისი, სადაც გათვალისწინებულია ბენეფიციარის მხრიდან თანაგადახდა). ასეთი მოუცველი ან ნაწილობრივ მოცული სერვისების დაფინანსების უზრუნველყოფა ხდება კერძო სამედიცინო დაზღვევით.

ზოგიერთ ქვეყნებში მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები (მაგ., მაღალშემოსავლიანი პირები ან სახელმწიფო მოხელეები) არ არიან მოცულნი უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვით. ასეთი ადამიანებისათვის უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვა მთლიანად ჩანაცვლებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით. ამრიგად, კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის წარმოადგენს ქვეყანაში არსებული უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ალტერნატიულ (ჩანაცვლებით) ფორმას. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა გამოიყენებენ ნიდერლანდებში, გერმანიაში (მაღალშემოსავლიანი პირებისათვის), ესპანეთში (სახელმწიფო მოხელეებისათვის).

ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის შემთხვევაში მოსახლეობის ამ ჯგუფებისათვის განსაზღვრულია სამედიცინო დახმარების ისეთივე სახეები, რაც უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვითაა გათვალისწინებული. მაგალითად, გერმანიაში პირებს, რომელთა შემოსავალი აღემატება 40 000 ევროს შეუძლიათ გამოვიდნენ საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემიდან ან დარჩნენ იმავე სისტემაში. ფაქტიურად, სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მაღალშემოსავლიანი პირების უმრავლესობა ისევ სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში ამჯობინებენ დარჩენას. ამასთან კერძო დაზღვევის სისტემის არჩევის შემდეგ კანონით მათ ეკრძალებათ უნივერსალურ, საყოველთაო დაზღვევის სისტემაში დაბრუნება.

უფრო მეტად გამოიყენებენ შევსებით კერძო სამედიცინო დაზღვევას. ამ შემთხვევაში ქვეყანაში არსებობს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი უნივერსალური ბაზისური პაკეტი, რომელიც საყოველთაოა მთელი მოსახლეობისათვის. მისი მეშვეობით შესაძლე-

ბელია სამედიცინო მომსახურების იმ სახეების ნაწილობრივი, ან მთლიანი დაფინანსება, რომლებსაც საერთოდ არ მოიცავს (მაგ., სტომატოლოგიური სერვისები), ან ნაწილობრივ მოიცავს (მაგ., თანაგადახდა) საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა. მაგალითად, საყოველთაო ჯანდაცვის (ან საყოველთაო დაზღვევის) სისტემაში თანაგადახდის არსებობისას, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ცდილობს დამატებით დაეზღვიოს კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში, რითაც ავადმყოფობის შემთხვევის დადგომისას თანაგადახდისაგან თავისუფლდება. საფრანგეთში შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოცულია მოსახლეობის 86%, სლოვენიაში – 70%, კანადაში– 60%, ავსტრალიაში– 40 %, ირლანდიაში – 40 %, ფინეთშიი – 40 % (OECD. 2004ა; 51).

შედარებით უფრო მცირედ გამოიყენება დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა. იგი გულისხმობს სამედიცინო დახმარების იმ სახეების დაფინანსებას, რომლებიც საერთოდ არ შედიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ან შედის მაგრამ დამატებითი დაზღვევით პაციენტს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევანის უფლება აქვს, რაც ზრდის სერვისების სწრაფ ხელმისაწვდომობას (მაგალითად, გეგმიური სამედიცინო დახმარების ან სპეციალისტთან კონსულტაციის რიგგარეშე ჩატარება). ამ დროს, კერძო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები დაზღვეულებს სთავაზობენ როგორც მაღალი ხარისხით მომსახურებას, აგრეთვე მომსახურების განსაკუთრებულ პირობებს (ცალკე, კეთილმოწყობილ პალატაში მკურნალობა, რომელსაც აქვს საკუთარი აბაზანა, ტელევიზორი, მაცივარი და სხვ.). ჩვეულებრივ, სპეციალისტებთან კონსულტაციების ჩასატარებლად საჭიროა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიმართვა და ხანგრძლივი რიგის გავლა, დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პირთათვის ასეთი შეზღუდვები არ ვრცელდება. პაციენტს უფლება აქვს საჭირო სამედიცინო დახმარება მისთვის სასურველ დროს ჩაიტაროს. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში ჯანმრთელობის დამატებითი დაზღვევის მქონე პაციენტები თავისუფლდებიან ექიმთან ხანგრძლივი რიგებიდან, რაც უზრუნველყოფს სერვისებზე სწრაფ ხელმისაწვდომობას, მაღალი ხარისხით მომსახურებას.

მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ქვეყანაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის სამივე ფორმის

გამოყენება. საყოველთაო ჯანდაცვაში ადამიანების გაწევრიანება უნდა განისაზღროს არა იმის მიხედვით, მათ აქვთ თუ არა კერძო სამედიცინო დაზღვევა, არამედ მათი ქონებრივი და შემოსავლების მიხედვით. პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება გარკვეულ ზღვარს შესაძლებელია გამოირიცხონ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან და დაეზღვიონ კერძო სამედიცინო დაზღვევით (კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა). ამით გამონთავისუფლებული თანხებით უნდა გაფართოვდეს მოწყვლადი ფენების სადაზღვევო პაკეტი (მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. იმ პირებს, რომლებიც არც ძალიან ღარიბები არიან და არც ძალიან შეძლებული, ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, უნდა მიეცეთ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველ ან ნაწილობრივ მოცულ სერვისებზე კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობა (კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი ფორმა). ამრიგად, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა.

ჯანდაცვის დანახარჯების შესაკავებლად გამოიყენება სერვისებზე ფასთა კონტროლი. ევროპის ბევრ ქვეყნებში სახელმწიფო არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურებას ან სერვისების ფასებზე შეთანხმება ხდება დამფინანსებელსა და პროფესიულ ორგანიზაციებს შორის მოლაპარაკებების შედეგად. საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განისაზღვრა ტარიფები. თუმცა, კლინიკებმა შესაძლოა ჩათვალონ, რომ სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ტარიფები მცირეა და უარი განაცხადონ სახელმწიფო პროგრამით მომსახურების გაწევაზე[1]. შესაბამისად, გაუგებარია, რა უნდა მოიმოქმედოს სახელმწიფომ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო კლინიკები ერთმანეთში შეთანხმდებიან და ერთხმად უარს იტყვიან მომსახურების გაწევაზე. ამ და სამედიცინო ბაზრისთვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებების გამო, ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო,

1 რაიონულმა კლინიკებმა შესაძლოა გადაუდებელი პაციენტების მომსახურებაზე უარი თქვან. 01-04-2015

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. მესაკუთრეობის ფორმების მრავალფეროვნება განაპირობებს მათ შორის ჯანსაღ კონკურენციას. კონკურენტულ გარემოში კლინიკების გარკვეული ნაწილი მომსახურებას გასწევს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასის მიხედვით. აქ მთავარია, რომ კონკურენტულ გარემოში პაციენტს ყოველთვის რჩება მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობა[1].

საქართველოში უმთავრესად გავრცელებულია სამედიცინო ორგანიზაციების კერძო მესაკუთრეობა, საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიანი ორგანიზაციებია (მათ შორის 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს – 29 %, სხვა ტიპის კომპანიებს – 18.4%), ხოლო 8% – სახელმწიფოს საკუთრებაში[2],[3]. არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ი. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ 70-80%-ზე მეტს, ხოლო აშშ-ში – 57%-ს[4].

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა არაკომერციული (არამომგებიანი) ორგანიზაციებია. ხშირად სიტყვა „არამომგებიანის“ არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. სინამდვილეში კი არამომგებიან, ისევე როგორც მომგებიან, ან სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ცდილობენ მიიღონ მოგება. კერძო მომგებიანი და არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების მექანიზმით[5]. კერძოდ,

1 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Pro t Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182

2 საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო (სგ-ს). (2012). საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი.

3 თ. ვერულავა. შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია „კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები“ შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.

4 AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA.

5 თ. ვერულავა. არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი.

არამომგებიან საავადმყოფოებში, მომგებიან საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ საავადმყოფოებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც წარმოდგენილია ექიმებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შეძენაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე[1,2].

ამ მხრივ, საქართველოში საჭიროა მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმების, კერძოდ, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების და კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის განვითარების ხელშეწყობა. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას.

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მეთოდების დანერგვა: გლობალური ბიუჯეტი[3], დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG)[4]. ამ დროს მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები[5].

---

10 (3), გვ. 100-110.

1 თ. ვერულავა, ნ. ბესიაშვილი, მ. თოდრია, ზ. ლობჟანიძე (2018). არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში. ეკონომისტი; 14(3):60-71.

2 Tengiz Verulava, Ana Lordkipanidze, Nino Besiashvili, Mirian Todria, Zviad Lobjanidze, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Obstacles in the Development of Nonpro t Hospitals in Georgia. Hospital Topics, 2019;97(2):39-45. DOI: 10.1080/00185868.2019.1571875.

3 თ. ვერულავა, რ. ჯორბენაძე (2017). სიახლე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში: საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (1), გვ. 137-143.

4 თ. ვერულავა (2016) მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდი და საქართველო. ლიბერალი.

5 Rice TH. Containing health care costs. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. Changing the U.S. Health Care System. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996

ხარისხიანი და ხარჯეფექტური სერვისის მიღების ერთ-ერთი მექანიზმია ქვეყანაში აქტიური შესყიდვისა და სამედიცინო დაწესებულებების სელექტიური, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირების მექანიზმების დანერგვა. იგი გულისხმობს, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად კონტრაქტი იდება იმ სამედიცინო დაწესებულებებთან, რომლებიც ფუნქციონირებენ განსაზღვრული სტანდარტებით. საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების სელექტიური კონტრაქტირება სამშობიარო სახლებიდან დაიწყო. განზრახულია უახლოეს პერიოდში სელექციური კონტრაქტირება სხვა პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში დაწყება.

ბოლო ორი ათწლეულის ერთ-ერთ პრობლემას წარმოადგენდა ხარჯთ-ეფექტიან ამბულატორიულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ამ მხრივ, 2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა[1],[2]. 2018 წლის სექტემბრიდან პროგრამა გაფართოვდა და ის ასაკით პენსიონერებზე და შშმ სტატუსის მქონე პირებზეც გავრცელდა[3], ხოლო დეკემბრიდან პარკინსონის დაავადება და ეპილეფსია დაემატა[4]. იმის გათვალისწინებით, რომ 2018 წელს პროგრამის ბიუჯეტის 76% იქნა ათვისებული[5], ასევე, მედიკამენტების ვერშეძენის მაჩვე-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-177/ო, 8 აგვისტო 2017 წელი. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის“ ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ.

2 თ. ვერულავა. (2018). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, N○ 5. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.

3 ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. სოციალური მომსახურების სააგენტო.

4 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-1328/ო, 2018 წლის 9 დეკემბერი. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის“ ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 8 აგვისტოს N01-177/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ.

5 2018 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის გადასახდელების შესრულება https://factcheck.ge/storage/media/other/2019-01-31/b430d1b0-2521-11e9-8256-7f85697f8bb2.pdf

ნებელი დიდად არ შემცირებულა[1], სასურველი იქნებოდა, პროგრამის კიდევ უფრო მეტი გაფართოება ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე[2].

ადამიანური რესურსების კუთხით უმთავრესი პრობლემაა სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება, კერძოდ, ექიმების ჭარბი რაოდენობა, არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება, ფართო პროფილის ექიმების ნაკლებობა. საქართველოში აღინიშნება ექიმებისა და ექთნების არაბალანსირებული თანაფარდობა (1 ექიმზე მოდის 0,7 ექთანი, მაშინ როდესაც 1:3-თან მაინც უნდა იყოს). ფაქტიურად უგულებელყოფილია ექთნების როლი, ფუნქციები და საჭიროებები[3]. მედდების რაოდენობის დეფიციტი უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე და პაციენტზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების შედეგებზე[4]. პრობლემატური საკითხია ჯანდაცვის სფეროს მუშაკთა დაბალი ანაზღაურება და მათი უფლებების დაუცველობა, განსაკუთრებით კი რეგიონებში[5]. არასრულყოფილია შრომითი და სოციალური დაცვის მექანიზმები. აქტუალურია პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაცია.

უნდა ითქვას, რომ ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.

---

1 2010 წელს მედიკამენტების ვერშეძენის მაჩვენებელი 13% იყო, 2017 წელს 9.6%. commersant.ge. 25.12.2018

2 T. Verulava, R. Jorbenadze, B. Dagadze, E. Eliava. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018

3 T. Verulava, R. Jorbenadze, B. Dangadze, L. Karimi (2018). Nurses' Work Environment Characteristics and Job Satisfaction: Evidence from Georgia. Gazi Medical Journal, 29 (1): 1-5.

4 თ. ვერულავა. (2015). მედდების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, 1 (1):33-48

5 საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი 2012.

ჯანდაცვის ხარჯები

საზოგადოების თვალსაზრისით, რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები მით უკეთესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები. „უკეთესი ჯანმრთელობა“ ძალიან ფართო მცნებაა და მოიცავს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მატებას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, კონკრეტული დაავადებისაგან სიკვდილიანობის და ავადობის შემცირებას, ქრონიკულ ავადმყოფთა დამოუკიდებლად ფუნქციონირების უნარის გაუმჯობესებას. ამდენად, მნიშვნელოვანია, ვიცოდეთ, ჯანდაცვაში რესურსების ინვესტიციების ზრდა რამდენად აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების სიდიდე დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, ჯანდაცვის დანახარჯებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობა, ვიდრე სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, შესაბამისად, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებს აქვთ შესაძლებლობა ჯანდაცვაზე დახარჯონ მეტი თანხები[1]. მაგალითად, კანადას, რომლის მთლიანი შიგა პროდუქტი ერთ სულზე 44025 დოლარს შეადგენს, შეუძლია ჯანდაცვაზე უფრო მეტი დახარჯოს ვიდრე საქართველოს, რომლის მთლიანი შიგა პროდუქტი ერთ სულზე გათვლით 10024 დოლარია[2].

ცხადია, რაც უფრო მაღალია ქვეყნის განვითარების დონე, მით უფრო მეტი თანხები იხარჯება ჯანდაცვაზე, შესაბამისად მით უფრო მაღალია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თუმცა, მკვლევარების მტკიცებით, ჯანდაცვაზე მაღალი ხარჯები არ წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების უმთავრეს საშუალებას[3].

ა.შ.შ. უმდიდრესი ქვეყანაა მსოფლიოში, სადაც ჯანდაცვაზე ყველაზე უფრო მეტი თანხები იხარჯება, მაგრამ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით არცთუ ისე მაღალია. ასე მაგალითად, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა იაპონიაში 83.7 წელია, ხოლო ა.შ.შ.-ში –

1 Getzen Thomas E. 2012. Health Economics and Financing. 5th Edition. Wiley. 2012

2 GDP per capita, PPP (current international $), World Development Indicators database, World Bank. Accessed on 25.12.2017.

3 Getzen Thomas E. 2012. Health Economics and Financing. 5th Edition. Wiley. 2012.

79.3 წელი[1], მაშინ, როდესაც ა.შ.შ. ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით თითქმის 2.5-ჯერ უფრო მეტს ხარჯავს ჯანდაცვაზე (9400 $), ვიდრე იაპონია (3700 $)[2]. აშშ-ს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებელი თითქმის ისეთივე აქვს როგორიც კოსტა-რიკას (79.6 წელი) ან კუბას (79.1 წელი). ბევრ ღარიბ ქვეყნებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მკვეთრად გაიზარდა მიუხედავად ერთ სულზე მთლიანი შიგა პროდუქტის და ჯანდაცვაზე დანახარჯების დაბალი დონისა (მაგ., საქართველო – 74.4 წელი)[3], [4].

ჯანდაცვის ხარჯების სიდიდეზე გავლენას ახდენს მოსახლეობის გადახდისუნარიანობა, მათი გადასახადების თუ სადაზღვევო შენატანების დონე. რაც უფრო მდიდარია ადამიანი, მით უფრო მეტს ხარჯავს იგი ჯანდაცვაზე[5].

ჯანდაცვის დანახარჯებზე გავლენას ახდენს ქვეყანაში სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და ახალი, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვა. ჯანდაცვის სფეროში არსებული ტექნოლოგიები განისაზღვრება არა მხოლოდ სამედიცინო აღჭურვილობა-მოწყობილობებით და მედიკამენტებით, არამედ ახალი სამედიცინო ცოდნით[6]. მნიშვნელოვან ტექნოლოგიურ ინოვაციებს განეკუთვნებიან ლაბორატორიული ტესტები და რენტგენოსკოპია (1950 და 1960 წლებში), კორონარული არტერიის შუნტირება (CABG), ქიმიოთერაპია (1970-იან წლებში), ახალი ფარმაცევტული საშუალებები (1990-იან წლებში), და ორგანოთა სკანირება (2000-იან წლებში), მათ შორის: კომპიუტერული ტომოგრაფია, პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია, ქირურგიის რობოტები, სამკურნალო სტენტები და ჰარმონიული (ულტრაბგერითი) სკალპელები. მიუხედავად აღნიშნულისა, ზოგიერთ დაბალ, ან საშუალო-შემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც შედარებით

1 World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. WHO. 2016.

2 Health expenditure per capita (current US$), World Development Indicators database, World Bank. Accessed on 25.12.2017

3 World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. WHO. 2016

4 Asatiani, M., Verulava T. (2017). Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen's Typology. Economics and Sociology, 10 (4): 21-28.

5 Getzen Thomas E. 2012. Health Economics and Financing. 5th Edition. Wiley. 2012.

6 High and Rising Costs of Health Care in the U.S. The Challenge: Changing the Trajectory. Alliance for Health Reform. 2012.

ნაკლებად იყენებენ უახლეს სამედიცინო ტექნოლოგიებს, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მაღალია.

რაც უფრო მაღალია ჯანდაცვის დანახარჯები მით უფრო იზრდება აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც ფიზიკური, ასევე ფინანსური ხელმისაწვდომობა. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე დანახარჯები დაბალია, მოსახლეობას ნაკლებად აქვს ხელმისაწვდომობა ისეთ აუცილებელ სერვისებზე, როგორებიცაა: ანტენატალური მომსახურება, ბავშვთა იმუნიზაცია, ანტირეტროვირუსული თერაპია, ტუბერკულოზის მკურნალობა. აღნიშნული გავლენას ახდენს ჩვილთა და დედათა სიკვდილიანობაზე, ინფექციური დაავადებებით (შიდსი, მალარია, ტუბერკულოზი, დიარეა) ავადობასა და სიკვდილიანობაზე.

გარკვეული დამოკიდებულება არსებობს ჯანდაცვაზე დანახარჯებსა და ავადობის ტვირთს შორის. ქვეყნები, სადაც დაბალია ჯანდაცვაზე დანახარჯები, მაღალია ავადობის ტვირთი. მდიდარ ქვეყნებზე, სადაც ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენს გლობალური დანახარჯების 87%-ს, მოდის გლობალური ავადობის ტვირთის შედარებით დაბალი წილი. შედარებისათვის, ღარიბ ქვეყნებზე მოდის ავადობის გლობალური ტვირთის 90% და ჯანდაცვაზე გლობალური დანახარჯების 13%.

ამერიკის რეგიონი, რომელიც შეადგენს მსოფლიოს მოსახლეობის 8%-ს, ავადობის გლობალურ ტვირთზე მოდის 10%, მსოფლიოს ჯანდაცვის მუშაკთა 37% და იხარჯება მსოფლიოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 50%. აფრიკის რეგიონზე მოდის მოსახლეობის 14%, ავადობის გლობალური ტვირთის 24%, მსოფლიოს ჯანდაცვის მუშაკთა 3% და იხარჯება ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 1% საერთაშორისო დახმარების ჩათვლით.

ქვეყანა რაც უფრო მეტს ხარჯავს საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მით უფრო მაღალია აუცილებელ სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობა. უღარიბეს ქვეყნებს არ გააჩნიათ საკმარისი რესურსები, რათა ხელმისაწვდომი იყოს ბაზისური, აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესების მიზნით ღარიბ ქვეყნებში უნდა გაიზარდოს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც

ფიზიკური, ასევე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ჯანდაცვის ინდუსტრია ეკონომიკის ერთ-ერთი დიდი სექტორია. 2011 წლის მონაცემებით მსოფლიოს მთლიანი შიგა პროდუქტი შეადგენდა 73 ტრილიონ აშშ დოლარს [6], ხოლო ჯანდაცვაზე მსოფლიო დანახარჯები – 6.9 ტრილიონ აშშ დოლარს (2011 წ.), რაც მსოფლიოს გლობალური შიგა პროდუქტის დაახლოებით 10.5%-ის ტოლია; 2014 წლის მონაცემებით, მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა სახელმწიფო დაფინანსება – 60%[1].

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტურობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები:

- ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიანი სამამულო პროდუქტიდან;
- ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით
- ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები:
  - ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფოს მთლიან დანახარჯებში;
  - ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში;
  - ჯანდაცვაზე თითო სულზე სახელმწიფო დანახარჯები;
- ჯანდაცვაზე კერძო ხარჯები ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში;
- ჰოსპიტალურ, ამბულატორიულ მომსახურებასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებიდან

მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე

ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯები შედგება სახელმწიფო, კერძო და დონორი (საერთაშორსო დახმარება) წყაროებისგან. ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯები ბოლო 10 წლის მანძილზე 1,5-ჯერ გაიზარდა და 2017 წლის მონაცემებით, 2 მილიარდ 878 მილიონ ლარს მიაღწია (ნახატი 1). ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ზრდა სამედიცინო მომსახურეობაზე მოთხოვნის მატებასა და მოსახლეობის გადახდისუნარიანობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებს.

2018 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში მეტ წილს შეადგენს ჯანდაცვაზე კერძო ხარჯები (59%). ჯან-

1 Health expenditure, total (% of GDP), World Development Indicators database, World Bank. Accessed on 25.12.2017

დაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს 39%-ს, ხოლო საერთაშორისო დახმარება – 2%-ს.

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მთლიანი სამამულო პროდუქტიდან

ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებს აფასებენ მთლიანი სამამულო პროდუქტთან (ინგლ. Gros Domestic Product) მიმართებით. მთლიანი სამამულო პროდუქტი (მსპ) მოცემული ქვეყნის შიგნით წარმოებული საბოლოო პროდუქტისა და მომსახურების ღირებულებაა, იმის მიუხედავად, თუ ვინაა მისი მესაკუთრე – ადგილობრივი თუ უცხოეთის ქვეყნების მეწარმეები.

ქვეყნებს, სადაც მაღალია მთლიანი სამამულო პროდუქტი და გადასახადებისა და სხვა სახელმწიფო შემოსავლების მობილიზების დონე, შეუძლიათ მეტი სახსრების მიმართონ ჯანმრთელობაზე. აღნიშნული კი ზრდის მოსახლეობისთვის პრევენციული და პერსონალური სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობას და ამცირებს ავადმყოფობის გამო ადამიანთა გაღარიბების შესაძლებლობას და ფინანსური გაჭირვების რისკს.

ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯები მთლიანი სამამულო პროდუქტიდან საზოგადოების კეთილდღეობის საუკეთესო სტანდარტული საზომია, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. სხვადასხვა ქვეყნების მიხედვით, იგი მერყეობს 2-დან 17 %-მდე ფარგლებში. მისი მაღალი მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ ქვეყანაში ფართოდ გამოიყენება მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიები, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მომსახურების ხარისხი მაღალია.

არ არსებობს მსპ-ის ჯანდაცვაზე დანახარჯების ისეთი შესაბამისი პროცენტული მაჩვენებელი, რომელიც ქვეყანამ უნდა დახარჯოს მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი მთლიანი სამამულო პროდუქტში უნდა იყოს 5% მაინც.

საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მსპ-თან მიმართებით მერყეობს 7,6-8.4%-ს შორის, რითაც ემსგავსება განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელს[1]. აღნიშნული მიგვანიშნებს,

1 T. Verulava, T. Maglakelidze (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.

რომ საკუთარი ეკონომიკიდან საქართველო ჯანდაცვაზე ხარჯავს თითქმის იმდენივეს, რამდენსაც განვითარებული ქვეყნები. მშპ–თან მიმართებით ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ასეთი მაღალი წილი შესაძლოა განპირობებული იყოს ახალი ტექნოლოგიებისა და სამკურნალწამლო საშუალებების მაღალი ფასებით, მაღალი სამედიცინო ინფლაციით, ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის მატების ხარჯზე ქრონიკული დაავადებების პრევალენტობის სწრაფი ზრდით[1].

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით

მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით გვიჩვენებს თუ რამდენად ადექვატურია ჯანდაცვის დანახარჯები, რომ მიღწეულ იქნეს შესაბამისი ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

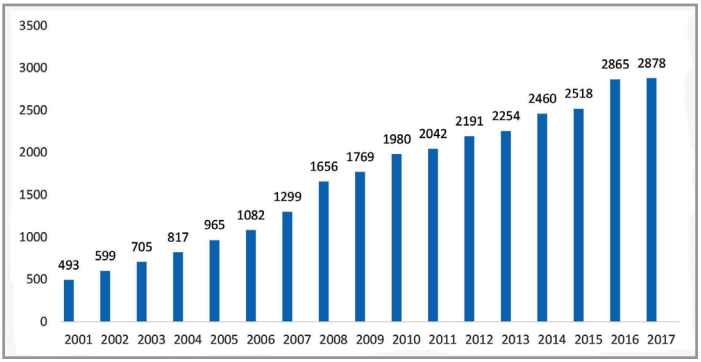
ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გათვლებით, დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში მინიმალური აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისათვის საჭიროა ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენდეს არანაკლებ $30-40-ს ერთ სულ მოსახლეზე წელიწადში. ქვეყანა, სადაც ჯანდაცვაზე ერთ სულზე დანახარჯები $30-40-ზე ნაკლებია, დაბალია სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

საქართველოში მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით 2001-2015 წლებში 112-დან 678 ლარამდე მერყეობს. ეს მინიმალური თანხა უმეტესწილად ჯანდაცვის წინასწარი გადახდის სქემებით (დაზღვევა, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები) უნდა დაიფაროს და ნაკლებად – ჯიბიდან პირდაპირი გადახდით. ამ მხრივ, საქართველოში ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯებიდან მეტი წილი კერძო დანახარჯები შეადგენს, რაც ამცირებს სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას.

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ნახატი 1:

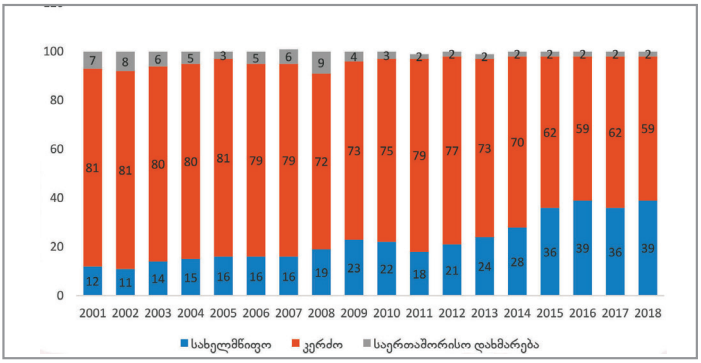
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები (მლნ ლარი)



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2018

ნახატი 2:

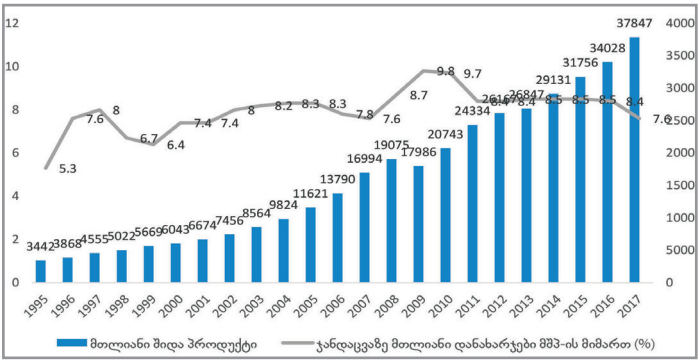
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა, საქართველო



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

ნახატი 3:

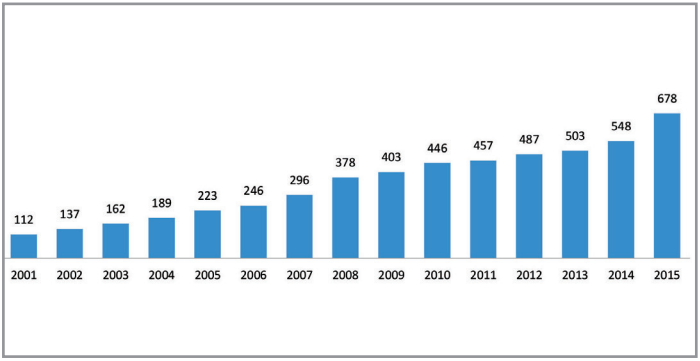
მთლიანი სამამულო პროდუქტი და ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მსპ-ის მიმართ (%)



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2017.

ნახატი 4:

მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე (ლარი). საქართველო. 1995-2015 წწ.



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2015. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2016; საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი

სახელმწიფოს ერთ-ერთი უმთავრესი ფასეულობა ადამიანის ჯანმრთელობაა. ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები. სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი სახსრების მოცულობა და ხარჯვა ბევრადაა დამოკიდებული ქვეყნის პოლიტიკურ ნებასა და ბიუჯეტის შესაძლებლობებზე[1].

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები წლიდან წლამდე იზრდება. სახელმწიფო დაფინანსება განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2017 წ. 1092 მლნ. ლარი), როდესაც შემოღებულ იქნა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რაც ცხადია, დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯებში განსაკუთრებით გაიზარდა ბოლო 5 წლის განმავლობაში და 2017 წელს 38%-ს მიაღწია, რითაც მხოლოდ 2%-ით ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ 2015 წელს, ფარმაცევტული კომპანია გილეადის მიერ ქვეყნისთვის უსასყიდლოდ გადმოცემული C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტების ღირებულება (1.2 მლრდ ლარი) ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში არ არის გათვალისწინებული.

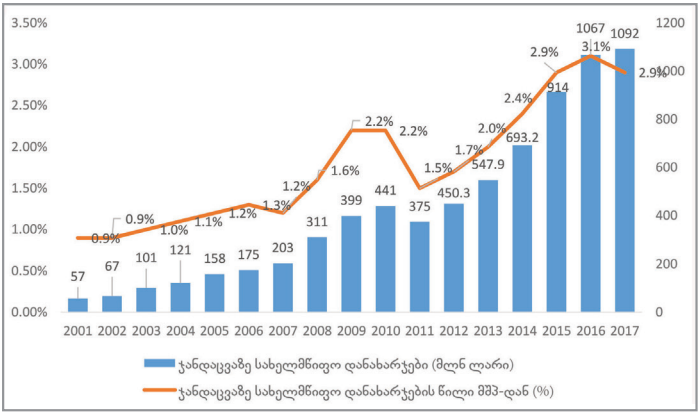
როგორც ქვემოთ მოყვანილ ნახატშია (ნახატი 6) ნაჩვენები, საქართველოსთან შედარებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებული ზღვარი გადალახეს ისეთმა ქვეყნებმა, როგორებიცაა: სომხეთი (41.7%), ყაზახეთი (53.1%), უკრაინა (54.5%), ყირგიზეთი (59%)[2].

---

1 T. Verulava, T. Maglakelidze (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbai an. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.

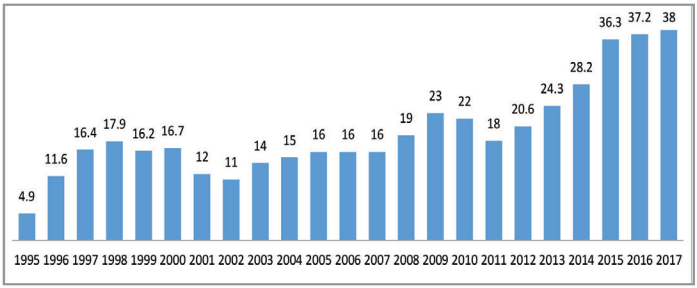
2 იქვე.Verulava, T., Maglakelidze, T. (2017)

ნახატი 5:
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები, საქართველო



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

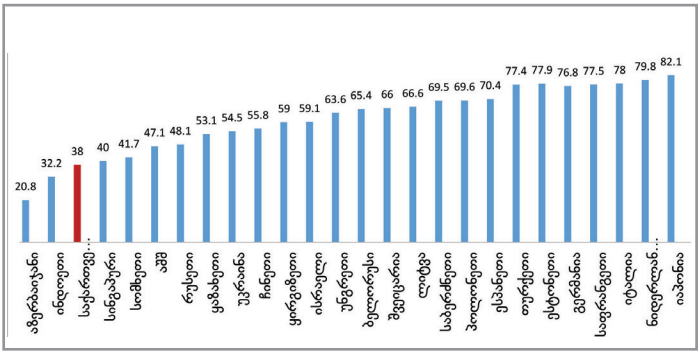
ნახატი 6:
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში. 1995-2016 წწ.



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2018.

ნახატი 7:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%). 2015 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015.

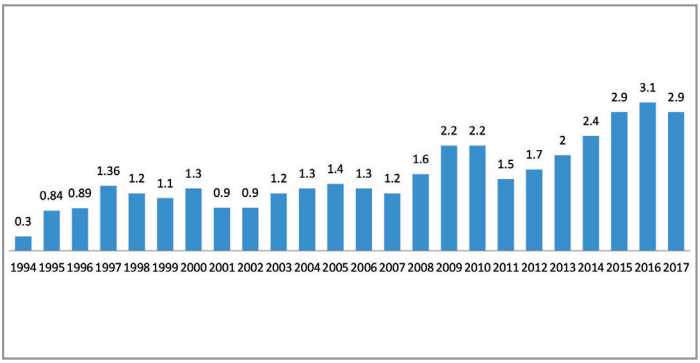
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მსპ-თან მიმართებით

ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მსპ-თან მიმართებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სამამულო პროდუქტში უნდა იყოს 5% მაინც. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი მშპ-თან მიმართებით შეადგენს 2.9%-ს (2017 წ.). დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი მშპ-თან მიმართებით შეადგენს 2%-მდე, თუმცა, ამ მაჩვენებლით საქართველო ჩამორჩება ისეთ ქვეყნებს, როგორებიცაა: ყირგიზეთი (3.9%), ბელორუსი (4%), უკრაინა (4.2%)[1] და ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის (EU15 - 8%), ევროკავშირის (EU28 – 7.3%) და ევროპის 53 ქვეყნის (5.7%) საშუალო მაჩვენებლებს.

1 The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

ნახატი 8:

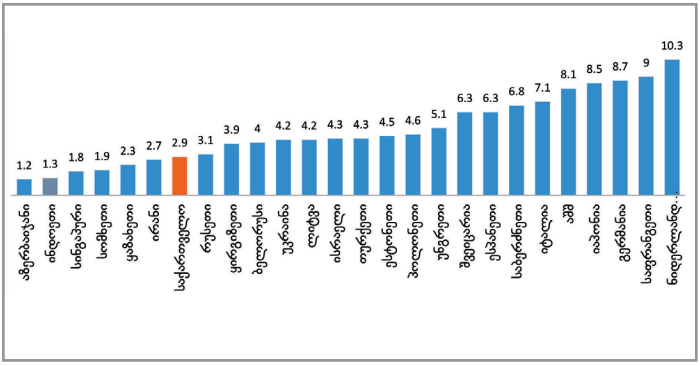
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიანი სამამულო პროდუქტთან მიმართებით. 1994-2015 წწ.



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2017.

ნახატი 9:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-თან მიმართებით. 2015 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო ხარჯებში

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან სახელმწიფო ხარჯებში გვიჩვენებს სახელმწიფოს დამოკიდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან, თუ რა მნიშვნელობას ანიჭებს იგი ჯანდაცვაზე დანახარჯებს სხვა სექტორებზე ხარჯებთან შედარებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც[1].

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში სახელმწიფოს წილი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, რომელთა შორის მთავარია – საზოგადოებაში არსებული ფასეულობები, პრიორიტეტები, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონე. ბევრ ქვეყნებში, რაც უფრო დიდია მსპ, მით მეტია სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემა საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპზე ვითარდება და ჯანდაცვის ხარჯების უმეტეს ნაწილს სახელმწიფო იხდის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ან სოციალური დაზღვევის მეშვეობით. ამ მხრივ, გამონაკლისია აშშ და შვეიცარია, სადაც კერძო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს. ამ ქვეყნებში მოსახლეობის პირადი შენატანების უმთავრესი ნაწილი კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებში იყრის თავს. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის დანახარჯების მეტი წილი პაციენტის პირდაპირი გადახდით ხორციელდება. რაც უფრო მეტს ხარჯავს სახელმწიფო საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მით უფრო ნაკლების გადახდა მოუწევს პაციენტს საკუთარი ჯიბიდან, მით უფრო ფინანსურად დაცულია იგი.

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში განსაკუთრებით გაიზარდა ბოლო წლების განმავლობაში და 2017 წლის მონაცემებით შეადგენს 10%-ს.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო ხარჯებში მერყეობს 4%-დან თითქმის

1 Organisation of African Unity, 2001. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja Declaration on HIV/AIDS,Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001.

20%-მდე[1]. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება; თუმცა, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა მიუხედავად ეროვნული შემოსავლების შედარებით დაბალი დონისა, ცდილობს ჯანდაცვის სექტორში გამოყოს შედარებით მაღალი ხარჯები; ამასთან, ზოგიერთ შედარებით მდიდარ ქვეყნებში, პირიქით, მთავრობები ცდილობენ ჯანდაცვაზე გამოყონ მცირე თანხები. მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობის ვალდებულებები ჯანდაცვის მიმართ ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება, ზოგიერთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა უფრო მეტ სახელმწიფო სახსრებს გამოყოფს ჯანდაცვაზე, ვიდრე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები. 2007 წლის მონაცემებით, 22 დაბალშემოსავლიან ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ხარჯები შეადგენდა ბიუჯეტის 10%-ზე მეტს, ხოლო 11 მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში დაიხარჯა ბიუჯეტის 10%-ზე ნაკლები[2]. ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვა საბიუჯეტო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება რამოდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორის უმთავრესია ფინანსური და პოლიტიკური მიზეზები. კერძოდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა ჯანდაცვას განიხილავს ეკონომიკურად არაეფექტიან სფეროდ. ამის საპირისპიროდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა დაინტერესებულია, რომ ჰყავდეს ჯანმრთელი მოსახლეობა.

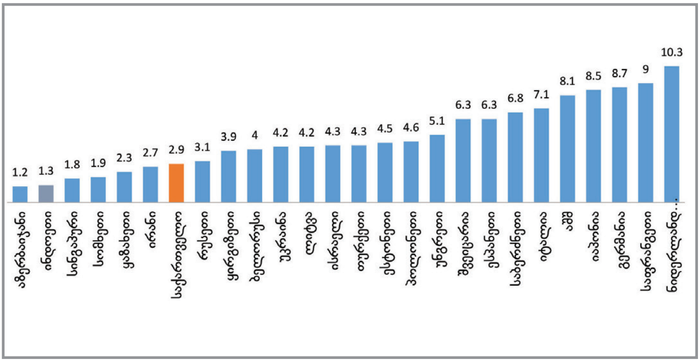
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა. სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამოცანების უფრო ეფექტიანად მიღწევის, არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების შემთხვევაში. რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების მრავალი საშუალება არსებობს, რომელთაგან უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, პრევენციული სერვისების მიწოდების ზრდა, რომლებიც გაცილებით ნაკლები ღირს ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების პროსპექტული მეთოდების გამოყენება, დაფინანსების კონკურენტული სტრატეგია

1 World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization

2 იქვე, World Health Report 2010.

ხატი 10:

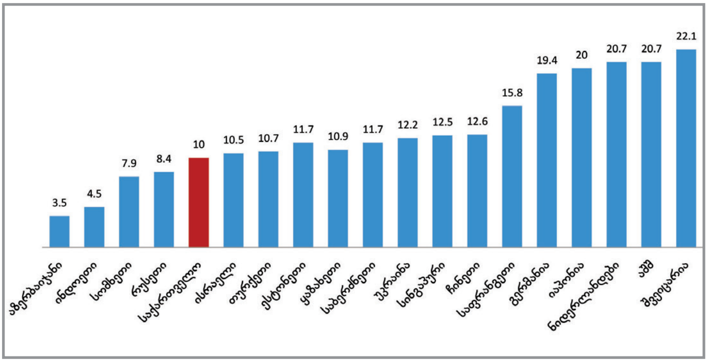
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო ბიუჯეტში. 1965-2017 წწ.



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2015. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2016; Kaufman R., Hardt J. The Former Soviet Union in Transition. edited for the United States Congress Joint Economic Committee. 1993

ნახატი 11:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში. 2017 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

(კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯებში პაციენტის თანამონაწილეობა.

კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე

ჯანდაცვის ხარჯებში გარკვეული წილი უკავია კერძო დანახარჯებს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში კერძო დანახარჯების წილი არ უნდა აღემატებოდეს 60%-ს. ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული რეკომენდაცია არ სრულდება, არ არის განვითარებული წინასწარი გადახდის სისტემები (დაზღვევა, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები), შესაბამისად, მოსახლეობა არ არის გარანტირებული აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებით, არ არის დაცული კატასტროფული დანახარჯებისაგან და იძულებულია უარი თქვას საჭირო სერვისებზე. ასეთ ქვეყნებში ჯანდაცვა არ ითვლება სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტად. მსოფლიოში ყოველწლიურად 100 მილიონი ადამიანი ღარიბდება სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფული დანახარჯების შედეგად.

ქვეყნის ჯანდაცვა ძირითადად, ჯერ კიდევ კერძო სახსრებით ფინანსდება, რომელიც უმეტესწილად განპირობებულია სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯებით, ვიდრე უშუალოდ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯებით[1]. საქართველოში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ორ ათეულზე მეტი ხნის განმავლობაში ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები შადგენდა ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 80%-ს. შესაბამისად, დაბალი იყო მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა. 2013 წლიდან ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის ზრდის შედეგად, რაც დაკავშირებულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებასთან, მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები[2] და

1 ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2016-2017. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

2 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №724. 2014 წლის 26 დეკემბერი. თბილისი.

მან 2017 წლისათვის 60%-ს მიაღწია, რითაც, ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები გაუტოლდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდირებულ ზღვარს (60%).

ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები მოიცავს ჯიბიდან გადახდებს და კერძო დაზღვევას. კერძო დანახარჯებში ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი ისევ მოდის ჯიბიდან გადახდებზე, თუმცა, ჯიბიდან გადახდების ხვედრითი წილის უპრეცენდენტო კლება აღინიშნება 2012-2017 წლებში. 2012 წელთან შედარებით ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან 73,4%-დან 54,7%-მდე შემცირდა. აღნიშნული ქვეყანაში სახელმწიფო დაფინანსების მკვეთრი მატებითაა განპირობებული. 2017 წელს ჯანმოს, მსოფლიო ბანკისა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევით: 2010 წელთან შედარებით, 2014 და 2017 წლებში ავადმყოფობის გამო მოსახლეობა უფრო ხშირად აკითხავს ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელს და შემცირებულია თვითმკურნალობაზე გაწეული ხარჯები. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ შეამცირა სერვისებზე ფინანსური ბარიერები თუ 2010 წელს, მწვავე დაავადებების მქონე პაციენტების თითქმის 17%-ს არ მიუმართავს სამედიცინო დაწესებულებისთვის ფინანსური სახსრების უქონლობის გამო 2014 წელს, ეს მაჩვენებელი 10%–მდე, ხოლო 2017 წელს 6.8%-მდე შემცირდა[1].

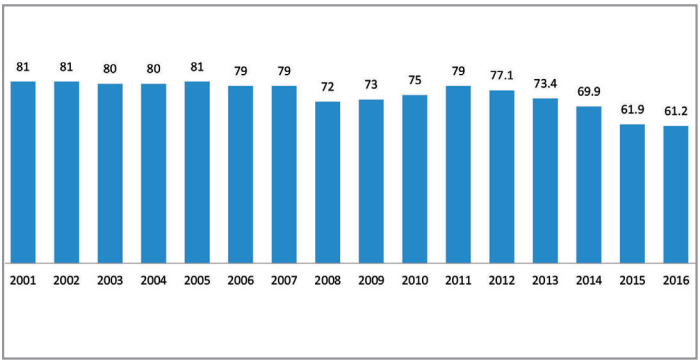
კერძო დანახარჯებში მხოლოდ 9% იხარჯება წინასწარგადახდილი სადაზღვევო სქემების დასაფარად. თუმცა, 2012 წელთან შედარებით ჯანდაცვაზე კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან 4,8%-დან 9,1%-მდე გაიზარდა.

ამრიგად, საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო წლებში. შესაბამისად, წლიდან წლამდე იზრდება, მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და მცირდება ჯიბიდან გადახდების წილი. თუმცა, ჯანდაცვის სექტორში ჯიბიდან გადახდები კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება. ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების წილი აღემატება როგორც განვითარებული ასევე ბევრი დაბალი შემოსავლების ქვეყნების მონაცემებს.

1 საქართველოში ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკი, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო. 2017.

ნახატი 12:

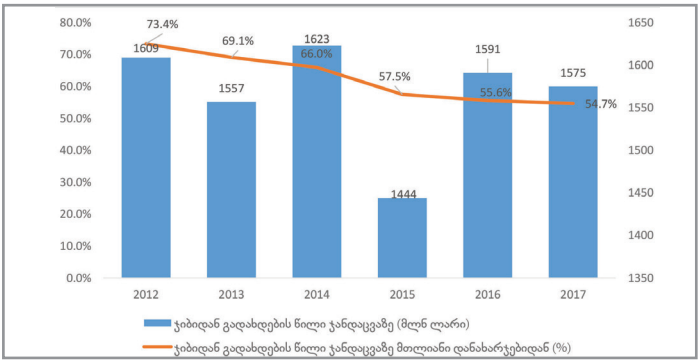
კერძო დანახარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვაზე მთლიან ხარჯებში. საქართველო. 2001-2016 წწ.



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2015. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2016.

ნახატი 13:

ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან, საქართველო



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

იმისთვის, რომ სახელმწიფომ ჯიბიდან გადახდების მაჩვენებელი შეამციროს საჭიროა ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსების კიდევ უფრო

დიდი მოცულობითა გაზრდა, რაც არსებული სახელმწიფო ბიუჯეტის ფონზე დიდ სირთულეს წარმოადგენს. ჯიბიდან გადახდების შესამცირებლად მიზანშეწონილია ამბულატორიული მედიკამენტებზე სახელმწიფო დაფინანსების გაზრდა. ასევე, საჭიროა თანადაფინანსების სისტემის დახვეწა, რაც გულისხმობს დაფინანსების დიფერენცირებას შემოსავლების მიხედვით, მაღალშემოსავლიან ადამიანებზე სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსების შემცირებას და ამის ხარჯზე დაბალშემოსავლიანი ადამიანებისათვის ჯანდაცვის დაფინანსების გაზრდას.

სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების სტრუქტურა

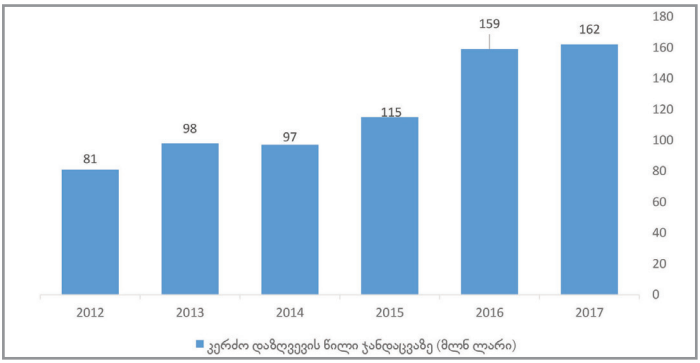
მსოფლიოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების უმეტესი წილი სტაციონარულ მომსახურებაზე (საშუალოდ 30%-დან-45%-მდე), ამბულატორიულ მომსახურებასა (საშუალოდ 20%-დან-35%-მდე) და სამკურნალწამლო საშუალებებით უზრუნველყოფაზე (საშუალოდ 10%-დან-25%-მდე) მოდის. სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯი მაღალია როგორც მაღალშემოსავლიან, ისე საშუალო და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ სახელმწიფოს პრიორიტეტულ მიმართულებად კვლავ სტაციონარული მომსახურებაა, რომლის დანახარჯი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს.ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში მაღალი წილი უკავია ჰოსპიტალურ ხარჯებს (34%), ამბულატორიულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილი 17%-ს შეადგენს. ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მაღალი ხარჯები მიანიშნებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არაეფექტურ განვითარებაზე.

ასევე, დაბალია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რაც ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობათან დაკავშირებით არსებულ პრობლემებთან შედარებით მცირე თანხაა (არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილობა, ტუბერკულიზით ავადობის მაღალი მაჩვენებელი და ა.შ.). საკმაოდ დაბალია მედიკამენტებზე სახელმწიფოს მიერ დახარჯული თანხები. შესაბამისად, პაციენტებს საკუთარი ჯიბიდან უწევთ საჭირო სამკურნალწამლო საშუალებებზე ხარჯების დაფარვა, რაც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება მათ ბიუჯეტს.

ნახატი 14:

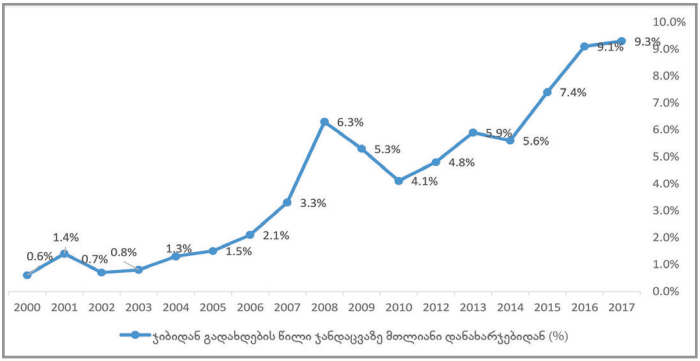
ჯანდაცვაზე კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან (მლნ ლარი), საქართველო



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

ნახატი 15:

ჯანდაცვაზე კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან, საქართველო



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯებით საქართველოს პირველი ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს[1]. მედიკამენტებზე დანახარჯები წლიდან წლამდე განუხრელად იზრდება[2]. მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი ძირითადად არარაციონალური ფარმაკოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენების/დანიშვნის, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანების/არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ლიმიტის, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგის შედეგია[3].

ცხრილი 1:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების სტრუქტურა

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ჰოსპიტალური მომსახურება	20%	22%	26%	31%	34%	34%
ამბულატორიული მომსახურება	19%	20%	16%	17%	17%	17%
სამკურნალწამლო საშუალებები	47%	44%	43%	38%	36%	36%
დამატებითი	8%	9%	9%	8%	7%	8%
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	2%	2%	2%	2%	3%	3%
ადმინისტრირება	2.5%	1.8%	2.8%	2.7%	2.2%	1.9%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

2012 წლიდან 2017 წლამდე ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯებში სახელმწიფო დანახარჯების წილმა 3.5-ჯერ მოიმატა და ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო სექტორის წილმა 43.3% შეადგინა, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე მთლიან დანახარჯში სახელმწიფოს წილი 70.6% შეადგინა. ორივე ტიპის

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფეტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62

2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფეტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62

3 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფეტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62

მომსახურების დანახარჯებში შემცირდა კერძო დაზღვევის და ჯიბიდან გადახდების წილი. თუმცა, ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდების წილი (48.4%კვლავ აჭარბებს სახელმწიფო სექტორის წილს (48.4%).

ცხრილი 2:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების განაწილება ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიხედვით (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
სტაციონარული მომსახურება	22,7%	23,7%	51,2%	61,2%	65,7%	63,3%	65,5%
ამბლატორიული მომსახურება, პრევენცია და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	13,9%	11,5%	19,6%	22,5%	24,8%	24,0%	23,2%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017).

ცხრილი 3:

ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯები ფინანსური წყაროების მიხედვით (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
სახელმწიფო	12,7%	10,2%	28,1%	40,7%	44%	43,3%
ჯიბიდან გადახდები	75,7%	67,1%	61,9%	51,9%	49,3%	48,4%
კერძო დაზღვევის შენატანები	11,3%	22,7%	9,8%	7%	6,7%	8,3%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017).

ცხრილი 4:

სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯები ფინანსური წყაროების მიხედვუთ (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
სახელმწიფო	19,7%	24,9%	53,4%	69,4%	70,5%	70,6%
ჯიბიდან გადახდები	41,1%	34,7%	32,1%	23,2%	20,5%	20,7%
კერძო დაზღვევის შენატანები	39,1%	40,3%	14,5%	7%	7,2%	8,6%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017).

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის მიზეზები და მისი შეკავების მექანიზმები

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა. იგი უმთავრესად დაკავშირებულია ჯანდაცვის სექტორისათვის დამახასიათებელ ტენდენციასთან. ბევრ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტემპი აღემატება მთლიანი ეკონომიკის ზრდის ტემპებს[1]. ჯანდაცვის ხარჯების ასეთი ზრდა განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ეკონომიკის სხვა დარგებთან შედარებით, ჯანდაცვის სექტორში უფრო მეტად ინერგება ახალი ტექნოლოგიები, სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარები, მედიკამენტები. შედეგად, ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო ფასები იზრდებოდა უფრო სწრაფად, ვიდრე ფასები მთლიანად ეკონომიკაში[2].

ცხადია, რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები, მით უფრო უმჯობესდება შედეგი, ანუ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თუმცა, ჯანდაცვაზე დანახარჯებსა და ჯანმრთელობის გამოსავლებს (შედეგებს) შორის არ არის ასეთი მარტივი კავშირი. ჯანდაცვაზე დანახარჯებსაც აქვს ზღვრული სარგებელი. გარკვეული დონის ზევით დანახარჯების ზრდას არანაირი გავლენა არ აქვს ჯანმრთელობის გამოსავლებზე. ამას ადასტურებს რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მაგალითი. არსებული კვლევების მიხედვით, ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევები ზოგ შემთხვევებში (10%-დან 40%-მდე) არასაჭიროა[3]. რენტგენოლოგიური გამოკვლევების არასათანადო გამოყენება, თავის მხრივ, ზრდის არამარტო ჯანდაცვის ხარჯებს, არამედ პაციენტისათვისაც საშიშია.

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა განსაკუთრებით აქტუალურია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა, სადაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მხრიდან ისედაც მწირი თანხები

---

1 Fuchs, Victor R. 1990. The Health Economy, Harvard University Press, Cambridge, 1986. (Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990

2 Fuchs, Victor R. 1990. The Health Economy, Harvard University Press, Cambridge, 1986. (Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990

3 Cascade PN et al. Ineffective use of radiology: the hidden cost. Am J Radiol. 1998;170:561

იხარჯება[1]. 2019 წელს, ისევე როგორც წინა წლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაგეგმილ ბიუჯეტზე მეტი თანხები დაიხარჯა. საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მისიის რეკომენდაციით, დაგეგმილზე გაცილებით მაღალი ჯანდაცვის ხარჯების გამო, მთავრობამ მეთვალყურეობა უნდა გაუწიოს ამ ხარჯებს და ეფექტიანობის ზრდით უზრუნველყოს ხარჯების დაზოგვა[2].

გამომდინარე იქიდან, რომ ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა აქტუალურია საქართველოსთვის, მნიშვნელოვანია, გავარკვიოთ, რით არის გამოწვეული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა და მისი შეკავების რა მექანიზმები არსებობს.

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შემდეგი მიზეზები არსებობს: ფასების ინფლაცია, არასაჭირო სამედიცინო სერვისების წარმოება, მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, ინოვაციური მექანიზმების დანერგვა.

სამედიცინო სერვისებზე ფასის ინფლაცია

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია **ფასების ინფლაცია**. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების საშუალო ფასის დონის ზრდას. ჯანდაცვის ბაზარზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ოლიგოპოლიის ნიშნები, რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერმა საკუთარი მოგების გაზრდის მიზნით, ე.წ. კარტელური გარიგებებით, შეიძლება გადაწყვიტოს სერვისებზე ფასების მომატება (ოლიგოპოლური ინფლაცია).

ჯანდაცვის სექტორში ოლიგოპოლური ინფლაციის ერთ-ერთი გავრცელებული მაგალითია მედიკამენტებზე მაღალი ფასების დაწესება. ფონდ „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით[3], საქართველოში მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად აღემატება იმავე მედიკამენტებზე ევროპის ქვეყნებში არსებულ

---

1 თ. ერულავა. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტის (IDFI.

2 საქართველოში მიმოხილვის დასრულების ეტაპზე საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მისიის განცხადება. პრეს-რელიზი N. 15/552. 8.12. 2015. https://www.imf.org/external/lang/Georgian/np/sec/pr/2015/pr15552g.pdf

3 გოცაძე, თ., რუხაძე, ნ., ტურძელაძე, თ. საქართველოში საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. 2010 w. http://68.169.62.2/ge/publications/prices-availability-and-affordability-of-medicines.page

ფასებს. ასევე, მედიკამენტების ფასნამატმა იმპორტიდან (საქართველოს ეკონომიკური საზღვრის გადაკვეთიდან) საცალო ქსელის დახლამდე შეადგინა 102%. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს ფასნამატის მარჟა სულ მცირე ორჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებულ მარჟას.

ფასების ინფლაცია შეიძლება განაპირობოს სამედიცინო პერსონალის ხელფასების ზრდამაც, რომელიც თავის მხრივ ზრდის სამედიცინო მომსახურების ერთეულის ფასს (ხარჯებით გამოწვეული ინფლაცია). ასე მაგალითად, აშშ-ში ჯანდაცვის მაღალი ხარჯები დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ექიმის შემოსავლები ბევრად უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე სხვა სფეროში დასაქმებულების შემოსავლები.

ინოვაციების დანერგვა

ჯანდაცვის სექტორში ***ინოვაციური მექანიზმები ინერგება*** იმისათვის, რომ ახალი ტექნოლოგიების მეშვეობით შედარებით ნაკლები დანახარჯებით მიიღონ ჯანმრთელობის იგივე ან უკეთესი შედეგები. მაგალითად, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდის გამოყენებით მიიღება გაცილებით უკეთესი შედეგი. ამასთან, მნიშვნელოვნად მცირდება ჰოსპიტალში გატარებული საწოლ-დღეების ხანგრძლივობა და შესაბამისად დანახარჯებიც. მოყვანილი მაგალითი წარმოადგენს მკურნალობის ეფექტური მეთოდით ჩანაცვლების კლასიკურ შემთხვევას. თუმცა, არსებობს მეორე მხარეც. კვლევები აადასტურებენ რომ ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდი შესაძლოა დაუნიშნონ იმ პაციენტებსაც, ვისაც გააჩნია ნაღველ-კენჭოვანი დაავადების მსუბუქი ფორმაც, რომელიც არ საჭიროებს ქირურგიულ ოპერაციას[1].

არასაჭირო სამედიცინო სერვისების მიწოდება

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდას ხელს უწყობს არასაჭირო სამედიცინო სერვისები, დაუსაბუთებელი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, რომელთაც არანაირი სარგებელი არ მოაქვთ ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. მრავალი კვლევები ადასტურებენ, რომ ასეთი არასაჭირო

1 Legorreta AP et al. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparo-scopic cholecystectomy. JAMA. 1993;270:1429.

სამედიცინო სერვისებზე გაწეული ხარჯები საკმაო წილს შეადგენენ ჯანდაცვის ხარჯებში[1].[2].[3].[4].[5].

არასაჭირო სამედიცინო სერვისების რაოდენობა განსაკუთრებით მაღალია იქ, სადაც შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე[6]. გასათვალისწინებელია ამ მხრივ საქართველოში არსებული არასახარბიელო სიტუაცია. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საქართველოში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის[7]. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას. აღნიშნულს ადასტურებენ მრავალი კვლევები. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ის ზოგიერთ ქალაქში ერთ პირზე მედიქეას ხარჯები 2 ჯერ მაღალია სხვა ქალაქებთან შედარებით. იგი გამოწვეული იყო არამარტო სამედიცინო მომსახურების ფასებითა და ავადმყოფობის სიმძიმით, არამედ გაწეული სერვისების რაოდენობით, რაც თავის მხრივ დაკავშირებული იყო ამ არეალში სპეციალისტთა სიჭარბესთან[8]. გარდა ამისა, იმ ქალაქებში, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე საავადმყოფოს საწოლთა რაოდენობა მაღალია, 30%-ით იზრდება ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი[9].

1 Eisenberg JM. Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986

2 Brook RH, Lohr KN. Will we need to ration effective health care? Issues Sci Tech. 1986;3:68.

3 Wennberg JE. The paradox of appropriate care. JAMA. 1987; 258:2568.

4 Roper WL et al. Effectiveness in health care: An initiative to evaluate and improve medical practice. N Engl J Med. 1988;319:1197

5 Grimes DA. Technology follies: The uncritical acceptance of medical innovation. JAMA. 1993;269:3030.

6 Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. Ann Intern Med. 2003;138:273

7 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.

8 Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. Ann Intern Med. 2003;138:273

9 Fisher ES et al.Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. Health Serv Res.

მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები

ჯანდაცვის ხარჯების გარკვეული ნაწილი არ წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობის ხარჯებს. ჯანდაცვის სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ადმინისტრაციულ ხარჯებს. იგი საჭიროა ისეთი საორგანიზაციო ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად, როგორებიცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა, ჯანდაცვის ფინანსების მართვა და ა.შ. ადმინისტრაციული ხარჯები განსაკუთრებით მაღალია ისეთი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში (ან სოციალური დაზღვევის სისტემაში) მრავალი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობს. ერთერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ყოველ 1$-ზე 31 ცენტი მოდის ისეთ ადმინისტრაციულ ხარჯებზე, როგორიცაა: დაზღვევის მარკეტინგი, ზარალების (პრეტენზიების) მართვა, მოთხოვნების დამუშავება[1]. ამ მხრივ, აშშ-ში ჯანდაცვის ადმინისტრაციული ხარჯები გაცილებით აღემატება სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს.

ხარჯების შეკავების მეთოდები

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა

ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. პრევენციული ღონისძიებები უფრო ნაკლებხარჯიანია, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. მაგ,. ვაქცინაციაზე შედარებით ნაკლები იხარჯება, ვიდრე სიცოცხლისათვის საშიში ინფექციური დაავადებების მკურნალობაში[2]. ამ მხრივ, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რადგან პრევენციული ღონისძიებები ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

2000;34:1351

1 Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of health care administration in the United States and Canada. N Engl J Med. 2003;349:768.

2 White CC, Koplan JP, Orenstein WA. Benefits, risks, and costs of immunization for measles, mumps, and rubella. Am J Public Health. 1985;75:739.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების პრობლემა უფრო მძიმეა, იმ თვალსაზრისით, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ნაკლებადაა განვითარებული. პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს. ოჯახის ექიმი, როგორც სისტემის „მეკარიბჭე", ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას (მიმართვების მენეჯმენტი, ახდენს ამ სერვისების გაწევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან და თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები[1]. ერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელნიც უპირველესად ოჯახის ექიმს მიმართავდნენ, ვიდრე სპეციალისტებს, აღენიშნებოდათ 33 %-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19 %-ით დაბალი სიკვდილიანობა[2]. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული როგორც ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტური ხარჯვა, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება[3].

ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა

ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთ მექანიზმია ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა, სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არა

1 Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003

2 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract. 1998;47:105

3 თ. ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 2. 2015 წ.

ერთი ორგანიზაცია (მაგ., სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი, ან სოციალური მომსახურების სააგენტო საქართველოში), არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტები (სადაზღვევო კომპანიები) მონაწილეობა. მრავალი გადამხდელით დაფინანსების სისტემაში სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დაზღვევის დამატებითი პაკეტისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები. კომპანიებს შორის კონკურენცია ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვის ასეთ კონკურენტულ მოდელს მართული კონკურენციის მოდელსაც უწოდებენ[1].

კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგისა და მართვის მეთოდებს (უტილიზაციის მენეჯმენტი). მისი ერთ-ერთი ფორმაა მოთხოვნის მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მაგალითად, ექიმის მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის კონსულტაციები მკვეთრად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ ხარჯების შეკავების მიზნით განახორციელონ სერვისებზე კონტროლი, რისთვისაც ახდენენ პაციენტის სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების, ასევე, რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისების დეტალურ შესწავლას. ამავე მიზნით, სადაზღვევო კომპანიები ფართოდ იყენებენ ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინების მექანიზმებს. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი ატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანა-

1 Enthoven A,Kronick R. A consumer choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (Parts 1 and 2). N Engl J Med. 1989;320:29

ზღაურებას. ამასთან, არაიშვიათად, სადაზღვევო კომპანია თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება.

დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, ჩეხეთი, შვეიცარია, ირლანდია, ისრაელი) კარგა ხანია უარყო ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა. დღევანდელი, თანამედროვე მსოფლიოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების გამოცდილება გვეუბნება, რომ უფრო ეფექტურია მრავალი გადამხდელი სისტემის არსებობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მართვა უნდა განახორციელონ მრავალმა კონკურირებადმა სადაზღვევო კომპანიებმა და არა ერთმა სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდმა.

ამ მხრივ, საქართველოში მოქმედებს ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა, კერძოდ სოციალური მომსახურების სააგენტო უზრუნველყოფს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას. ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას. ამ თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია საქართველომ გაითვალისწინოს ხარჯების შეკავების თვალსაზრისით მსოფლიოს თანამედროვე გამოცდილება[1].

პაციენტის თანამონაწილეობა

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა (თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების სტიმუ-

1 თ. ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014

ლი. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. კვლევის მიხედვით, როდესაც დაზღვეულები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას იხდიან გარკვეულ თანხებს დაახლოებით ერთი მესამედით მცირდება ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა, ასევე ერთი მესამედით მცირდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია[1].

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ მიერ 2015 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა დაახლოებით 46% მზად არის საკუთარი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფინანსური ტვირთი სახელმწიფოსთან ერთად გაინაწილოს[2]. რესპოდენტთა ამგვარი განწყობა ხელისუფლებას საშუალებას აძლევს თანაგადახდებისადმი გამოიყენოს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა, ხოლო გამოთავისუფლებული რესურსი გამოყენებულ იქნას სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ან ქრონიკული პაციენტებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველსაყოფად.

ცხადია, პაციენტის თანამონაწილეობა ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. თუმცა, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოდის მოსახლეობის იმ მცირე ნაწილზე რომლებიც არიან ავად, ანუ ხარჯებში თანამონაწილეობა ძირითადად მაღალრისკიან პაციენტებს უხდებათ. აღნიშნული კიდევ უფრო ამძიმებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე[3]. აქედან გამომდინარე, თანაგადახდების დაწესებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა.

1 Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med. 1981;305:1501.

2 კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015. http://www.transparency.ge/en/node/5480

3 Bodenheimer, Thomas S., Kevin Grumbach. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009

სერვისების შერჩევა ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის მიხედვით

ხარჯების შესაკავებლად მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენებენ ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური შეფასების მეთოდებს. იგი გულისხმობს, რესურსების შეზღუდულობის გამო, სახელმწიფოს მიერ ისეთი ჯანდაცვითი პროგრამის, ან სერვისის დაფინანსებას, რომლითაც ნაკლები დანახარჯებით მიიღწევა უკეთესი შედეგები. ამგვარად, სახელმწიფო ახდენს ჯანდაცვით პროგრამებს (სერვისებს) შორის არჩევანის გაკეთებას, ანუ პრიორიტეტების განსაზღვრას. სასურველი სერვისების შესარჩევად გადაწყვეტილება მიიღება ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის მიხედვით. მაგალითად, ხარჯთეფექტიანია თუ 50 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობას ჩაუტარდება მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი, კერძოდ კოლონოსკოპია. ამით შესაძლებელია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა და მკურნალობა. ერთი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა გულის დაავადებების პრევენციის ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი. კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმთან ვიზიტის დროს ჩატრებული თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტაციის შედეგად გადარჩენილი სიცოცხლის თითოეული წლის დანახარჯი შეადგენდა დაახლოებით $1000-ს, მსუბუქი სახის ჰიპერტენზიის მკურნალობის შედეგად – $24 000-ს, ხოლო ქოლესტერინის მომატებისას მედიკამენტებით მკურნალობის შედეგად – დაახლოებით $100 000[1]. მოცემული მაგალითიდან გამომდინარე, გულის დაავადებების პრევენციის პროგრამაში მიზანშეწონილია პრიორიტეტი მიენიჭოს თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებებს.

საქართველოში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების შემუშავებისას ნაკლებად იყენებენ ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზს. ამ მხრივ, მსოფლიოში საკმაო გამოცდილება დაგროვდა და მიზანშეწონილია მისი გაზიარება.

ფასთა კონტროლი და კლინიკების მესაკუთრეობის მრავალფეროვანი ფორმები

ჯანდაცვის დანახარჯების შესაკავებლად გამოიყენება სერვისებზე ფასთა კონტროლი. ევროპის ბევრ ქვეყნებში სახელმწიფო არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების

1 Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA. 1989;261:75

ანაზღაურებას ან სერვისების ფასებზე შეთანხმება ხდება დამფინანსებელსა და პროფესიულ ორგანიზაციებს შორის მოლაპარაკებების შედეგად. ასევე, აშშ-ში მედიქეასა და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ექიმთა ანაზღაურება ხორციელდება წინასწარ განსაზღვრული ფასების მიხედვით.

საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განისაზღვრა ტარიფები. აღნიშნული ერთი მხრივ სახელმწიფოს ხარჯების მართვას გაუიოლებს, თუმცა, მეორე მხრივ, კლინიკებმა შესაძლოა ჩათვალონ, რომ სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ტარიფები მცირეა და უარი განაცხადონ სახელმწიფო პროგრამით მომსახურების გაწევაზე[1]. გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში უმთავრესად გავრცელებულია სამედიცინო ორგანიზაციების კერძო მესაკუთრეობა. შესაბამისად, გაუგებარია, რა უნდა მოიმოქმედოს სახელმწიფომ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო კლინიკები ერთმანეთში შეთანხმდებიან და ერთხმად უარს იტყვიან მომსახურების გაწევაზე. ამ და სამედიცინო ბაზრისთვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებების გამო, ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. მესაკუთრეობის ფორმების ასეთი მრავალფეროვნება განაპირობებს მათ შორის ჯანსაღ კონკურენციას. კონკურენტულ გარემოში კლინიკების გარკვეული ნაწილი მომსახურებას გასწევს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასის მიხედვით. ზოგ კლინიკას შეუძლია სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ტარიფს ზევით დააწესოს სერვისებზე მისთვის მისაღები ფასი, რომელსაც პაციენტი თავად გადაიხდის. აქ მთავარია, რომ კონკურენტულ გარემოში პაციენტს ყოველთვის რჩება მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობა, ხოლო ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებები განსხვავებულად უპასუხებენ სახელმწიფოს მიერ ხარჯებზე კონტროლის მიზნით დაწესებულ ტარიფებს.

საჭიროა მესაკუთრეობის სხვა ფორმების, კერძოდ, არამომგე-

1 რაიონულმა კლინიკებმა შესაძლოა გადაუდებელი პაციენტების მომსახურებაზე უარი თქვან. 01-04-2015. http://rustavi2.com/ka/news/13115

ბიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობაც. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას[1].

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდები

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (სამედიცინო დაწესებულებები, სამედიცინო პერსონალი) ანაზღაურების მეთოდები. ხარჯების შესაკავებლად გამოიყენებენ ანაზღაურების პროსპექტულ მეთოდებს, რომლებითაც დამფინანსებელსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის ურთიერთშეთანხმებით წინასწარ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების ფასი.

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდებს წარმოადგენენ გლობალური ბიუჯეტი, სულადობრივი ანაზღაურება, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მიხედვით ანაზღაურება. კვლევები ადასტურებენ, რომ სულადობრივი და ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ეკონომიკური ეფექტურობით ხასიათდება[2]. სამედიცინო მომსახურების წინასწარ განასზღვრული ღირებულების გამო მოსალოდნელი ხარჯები ადვილად პროგნოზირებადია. მნიშვნელოვნად მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები. აღნიშნული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას განაპირობებს[3]. ამის საწინააღმდეგოდ, თუ ექიმის ანაზღაურება ხდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, იზრდება გაწეული სერვისების რაოდენობა (ექიმის ვიზიტები, ქირურგიული პროცედურები, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები), შედეგად მოიმატებს ჯანდაცვის ხარჯები.

პაციენტის თანამონაწილეობა

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზ-

1 თ. ვერულავა. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020

2 Hellinger FJ. The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence.Med Care Res Rev. 1996;53:294.

3 იქვე. Hellinger FJ. 1996.

მია პაციენტის თანამონაწილეობა სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. პაციენტის თანამონაწილეობა გულისხმობს დაფინანსების ისეთი ფორმების გამოყენებას, როგორიცაა: თანაგადახდა, ან მთლიანად ჯიბიდან გადახდა (როდესაც მომსახურება არ არის მოცული სადაზღვევო პაკეტით, ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით).

პაციენტის თანამონაწილეობის უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების უფრო მეტი სტიმული. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. კვლევის მიხედვით, როდესაც დაზღვეულები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას იხდიან გარკვეულ თანხებს დაახლოებით ერთი მესამედით მცირდება ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა, ასევე ერთი მესამედით მცირდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია[1].

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ მიერ 2015 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა დაახლოებით 46% მზად არის საკუთარი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფინანსური ტვირთი სახელმწიფოსთან ერთად გაინაწილოს[2]. რესპოდენტთა ამგვარი განწყობა ხელისუფლებას საშუალებას აძლევს თანაგადახდებისადმი გამოიყენოს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა, ხოლო გამოთავისუფლებული რესურსი გამოყენებულ იქნას სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ან ქრონიკული პაციენტებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველსაყოფად.

ცხადია, პაციენტის თანამონაწილეობა ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. თუმცა, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ

1 Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med. 1981;305:1501

2 კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015. http://www.transparency.ge/en/node/5480

ჯანდაცვის დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოდის მოსახლეობის იმ მცირე ნაწილზე რომლებიც არიან ავად, ანუ ხარჯებში თანამონაწილეობა ძირითადად მაღალრისკიან პაციენტებს უხდებათ. აღნიშნული კიდევ უფრო ამძიმებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე[1]. ასევე, კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ პაციენტები, რომელთა სადაზღვევო პაკეტი მოიცავს ხარჯებში თანამონაწილეობას, ნაკლებად ყიდულობენ საჭირო მედიკამენტებს, რაც უარყოფითად მოქმედებს ქრონიკული დაავადებების მართვაზე[2];[3];[4].

უტილიზაციის მენეჯმენტი

ხარჯების შეკავების მიზნით ბოლო წლებში ფართოდ დაინერგა უტილიზაციის მენეჯმენტი. იგი გულისხმობს ხარჯების კონტროლის მიზნით ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგსა და მართვას[5]. თუ პაციენტის ხარჯებში თანამონაწილეობა გავლენას ახდენს პაციენტის ქცევაზე - შეამციროს ხარჯები, უტილიზაციის მენეჯმენტი ცდილობს გავლენა მოახდინოს ექიმის ქცევაზე, კერძოდ, უარი თქვას არასაჭირო, დაუსაბუთებელ სერვისებზე.

უტილიზაციის მენეჯმენტის მრავალი ფორმა არსებობს:

მოთხოვნის მენეჯმენტი გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მოთხოვნის მენეჯმენტის მნიშვნელოვან მეთოდს წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის (ექიმი, მედდა) მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის რჩევების ცხელი ხაზი, მკვეთრად ამცირებს სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

1 Bodenheimer, Thomas S., Kevin Grumbach. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009

2 Hsu J et al.Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. N Engl J Med. 2006;354:2349.

3 Tamblyn R et al.Adverse events associated with prescription drug costsharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001;285:421

4 Goldman DP et al. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA. 2007;298:61.

5 Grumbach K, Bodenheimer T. Reins or fences: A physician's view of cost containment. Health Aff. 1990;9(3):120

მიმართვების მენეჯმენტი გულისხმობს ოჯახის ექიმის "მეკარიბჭეობის" ფუნქციის გამოყენების შესაძლებლობას. ოჯახის ექიმი ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას, ახდენს ამ სერვისების გაწევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან, გაანალიზებულ იქნეს მიმართვების მიზეზები, კონტროლი დაწესდეს თვითმიმართვებზე. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები.

სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების განხილვა გულისხმობს თუ რამდენად აუცილებელია პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნების გახანრძლივება. შემთხვევის მენეჯმენტი გულისხმობს რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო მომსახურების შეფასებას და მართვას. მისი მიზანია პაციენტმა მიიღოს შესაბამისი და ხელსაყრელი სამედიცინო მომსახურება. ასევე გამოიყენებენ საავადმყოფოდან გაწერის მენეჯმენტს.

სერვისებზე კონტროლის მიზნით მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენება ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინება. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი (გადაუდებელი მდგომარეობის დროს მისი ახლობელი) ატყობინებს დამფინანსებელს და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ზოგჯერ დამფინანსებელი თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება. კვლევების მიხედვით, ასეთი ფორმით ჩატარებული უტილიზაციის მენეჯმენტი მნიშვნელოვნად ამცირებს არასაჭირო ან არასათანადო სერვისებს და უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურეობაზე ხარჯების მნიშვნელოვან დანაზოგს[1].

მოწოდების შეზღუდვა

მიწოდების ლიმიტი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების

1 Wickizer TM. The effect of utilization review on hospital use and expenditures: A review of the literature and an update on recent findings.Med Care Rev. 1990;47:327

მიმწოდებლების (მაგ., ექიმების), მატერიალური რესურსების (საავადმყოფოს საწოლები, დიაგნოსტიკური მოწყობილობა-დანადგარების რაოდენობა) კონტროლს. რადგან ჯანდაცვის სექტორში ექიმი განსაზღვრავს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნას, ფინანსური ინტერესების გამო მან შესაძლოა ხელოვნურად გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების მოცულობა. ამ თვალსაზრისით, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ლიმიტირებამ შესაძლოა შეამციროს სერვისების რაოდენობა და ხელი შეუწყოს ხარჯების შეზღუდვას.

აშშ-ის ზოგ რეგიონში მედიქეას ხარჯები 250%-ით მეტია ვიდრე სხვა რეგიონებში[1]. ხარჯთა ასეთი სხვაობა არ არის დამოკიდებული მოსახლეობის დემოგრაფიულ თავისებურებებთან, ავადობასთან, არამედ მიწოდებული სერვისების რაოდენობასთან. იმ რეგიონში, სადაც საწოლთა რაოდენობა ერთ-სულ-მოსახლეზე გათვლით შედარებით მაღალია, პაციენტები 30%-ით უფრო ხშირად არიან ჰოსპიტალიზირებულნი, ვიდრე იმ რეგიონებში, სადაც უფრო ნაკლები საწოლების რაოდენობაა[2]. ზოგიერთ რეგიონებში, სადაც კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე მკაცრი რეგულაცია ვრცელდება, მათი საერთო რაოდენობა ლიმიტირებულია. მიწოდების შეზღუდვის გამო, ექიმი განსაზღვრავს იმ პაციენტთა რაოდენობას რომელიც ყველაზე მეტად საჭიროებს სერვისებს.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მომსახურების მოცულობის შეზღუდვა ამცირებს სერვისების მოხმარებას. მაგალითად, კორონარული არტერიის შუნტირების ქირურგიული ოპერაციები შედარებით ნაკლებად გამოიყენება გაერთიანებულ სამეფოში, საშუალო დონეზე – კანადაში, და ყველაზე ხშირად აშშ-ში. ქვეყნებს შორის ეს განსხვავება დამოკიდებულია კარდიოქირურგიული ცენტრების რაოდენობის რეგულირებაზე. შესაბამისად, რადგან აშშ-ში მათი რეგულირება მინიმალურია, კორონარული არტერიის შუნტირების ქირურგიული ოპერაციები უფრო ხშირად გამოიყენება. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ მიუხედავად სერვისების

1 Wennberg JE, Cooper MM. The Dartmouth Atlas of Health Care, 1999. Chicago, IL: American Hospital Publishing; 1999.

2 Fisher ES et al.Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare bene ciaries, controlling for sociodemographic factors. Health Serv Res. 2000;34:1351

რაოდენობრივი სხვაობისა, გულით დაავადებით გამოწვეულ სიკვდილიანობაში ქვეყნებს შორის სხვაობა მინიმალურია[1].

ამრიგად, ჯანდაცვაში, სადაც ისედაც მწირი რესურსებია გამოყოფილი[2], თუ არ იქნა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდები გამოყენებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდა მომავალ წლებშიც გარდაუვალია. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით. ამისათვის გამოიყენება სხვადახვა გზები. მიზანშეწონილია ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

1 OECD: Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease. 2003

2 თ. ვერულავა. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პრობლემები

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. „პირველადი ჯანდაცვა“ არის პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, ექიმთან, ერთგვარი „მეკარიბჭე“ ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართვას ექიმ-სპეციალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას საფუძველი ჩაეყარა 1978 წელს, ალმა-ატაში ჩატარებულ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონფერენციაზე. სადაც წარმოდგენილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობა. აღნიშნულ კონფერენციაზე მიღებულ იქნა პჯდ-ის განმარტება:

„პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ძირითად ჯანდაცვით ღონისძიებებს, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში და ეტეოდეს ქვეყნის ნებისმიერი განვითარების სტადიაზე მის ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში. პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს როგორც სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის (ახორციელებს რა მის მთავარ ფუნქციას და წარმოადგენს მის ცენტრალურ რგოლს), ასევე საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მთელი პროცესის განუყოფელ ნაწილს“[1].

პირველადი ჯანდაცვის მიზნებია:

1) პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;

2) ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;

3) პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაში;

4) ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის, მკურნალობის, პრევენციისა და პროგნოზის შესახებ;

5) ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;

6) ავადობისა და შეზღუდული შესაძლებლობის პრევენცია

1 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. 2008.

დაავადების გამოვლენის, განათლების, ქცევის შეცვლისა და პრევენციული მკურნალობის გზით;

7) ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება

პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციებია[1]:

- საექიმო კონსულტაცია, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო თუ პრევენციული მიზნით;
- ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების უზრუნველყოფა;
- მიმართვა (რეფერალი) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში;
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა (ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობა)
- ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილი ღონისძიებები.

პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა მოიცავს არა მარტო ექიმის ჩვეულებრივი მოვალეობის შესრულებას, არამედ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას.

1993 წელს ბარბარა სტარფილდმა განსაზღვრა პჯდ-ის 4 ძირითადი მახასიათებელი[2]:

1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან;
2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა;
3. ყოვლისმომცველობა;
4. კოორდინირება.

განვიხილოთ რას ნიშნავს თითოეული მათგანი:

---

1 სმესც, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც)

2 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998

პირველადი ჯანდაცვა პაციენტის პირველი კონტაქტია ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან[1]. იგი მიეწოდება ოჯახის ექიმის მიერ, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს და მოიცავს პირველადი კონტაქტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და ჯამრთელობის პრობლემების მართვას, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას[2].

პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარი „მეკარიბჭეა" ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის მიმართვას ექიმ-სპეციალისტებთან. საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტების 80-90%-ს. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა ფართოდ გამოიყენება დიდ ბრიტანეთში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ხოლო ამერიკის შეერთებულ შტატებში მართული ჯანდაცვის სისტემაში.

პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ექიმი პაციენტს ხანგრძლივად, მთელი სიცოცხლის მანძილზე აკვირდება. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის უწყვეტობას, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ურთიერთობის უწყვეტობას, კონფიდენციალურობას, ლოკალურ პრობლემათა გააზრებას, თითოეული ინდივიდის თუ ოჯახების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის გამართული სისტემა ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას[3], ხოლო უწყვეტობა ხელს უწყობს მეტი მოცულობით პრევენციული სერვისების

1 პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი.

2 თ. ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.

3 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998

განხორციელებას[1], ავადმყოფთა უკეთეს გამოსავლებს[2], ჰოსპიტალიზაციის შემცირებას[3], ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას[4].

პირველადი ჯანდაცვის ნიშანია ყოვლისმომცველობა, კერძოდ, ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც[5]. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობს ეწევიან, ანუ ახორციელებენ ვიწრო, სპეციალიზირებულ მომსახურებას.

ოჯახის ექიმი პასუხისმგებლობას იღებს პაციენტის სამედიცინო მომსახურების მთელ სპექტრზე[6]. გარკვეული პასუხისმგებლობა ეკისრება პაციენტსაც. როდესაც პაციენტი მიმართავს სპეციალისტს ოჯახის ექიმთან მიმართვის გარეშე, იგი ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის მიზნით საქმეში ჩააყენოს ოჯახის ექიმი.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება თუ რა სახის სამედიცინო სერვისები ჩაიტაროს. ამ მხრივ, ***პირველად ჯანდაცვას აქვს მაკოორდინირებელი ფუნქცია.*** ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი ქომაგი, მეგზური, კოორდინატორი, რომელსაც შეუძლია დაიცვას პაციენტები, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას[7].

---

1 Benson P et al. Preventive care and overall use of services: Are they related? Am J Dis Child. 1984, 138:74

2 Parchman ML. et al. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care. 2002; 40:137

3 Wasson JH et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. JAMA. 1984;252,2413

4 Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996;86:1742

5 პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი.

6 Davis K et al. A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med. 2005;20:953.

7 თ. ვერულავა, ა. ასრათაშვილი, შ. ქაფიანიძე, თ, წიქორიძე, ს. მინდიაშვილი, (2017). პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციაში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს აქვთ ფინანსური სტიმულები შეზღუდონ ექიმ-სპეციალისტებთან მიმართვიანობა, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და სხვა სერვისები[1]. ერთი კვლევის მიხედვით, ბავშვებს, რომელთაც სჭირდებოდათ ტონზილექტომია, და პედიატრის მიმართვის საფუძველზე მიღებული ჰქონდათ ოტორინოლარინგოლოგის კონსულტაცია, ქირურგიული მკურნალობა შესაბამისი ჩვენებით უტარდებოდათ, ვიდრე იმ შემთხვევაში როდესაც ტონზილექტომია მხოლოდ ოტორინოლარინგოლოგის კონსულტაციის საფუძველზე, პედიატრის მიმართვის გარეშე ტარდებოდა[2]. ამგვარად, ოჯახის ექიმი, როგორც კოორდინატორი სამედიცინო მომსახურების სერვისების სწორად შერჩევაში პოზიტიურ როლს ასრულებს.

მკვლევრების აზრით, ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, მაღალია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და კმაყოფილება, მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები, ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით[3], დაბალია ჯანდაცვის დანახარჯები[4]. ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა[5]. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები[6].

და სოციოლოგია, 3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 69-73.

1 Grumbach K et al. Primary care physicians experience of financial incentives in managed care systems. N Engl J Med. 1998; 339:1516.

2 Roos N. Who should do surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry. 1979;16:73

3 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

4 Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003

5 პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი. 2005

6 Verulava, T., Jincharadze, N., Jorbenadze, R. (2017b). Role of Primary Health Care

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ისტორია 1990-იანი წლების მეორე ნახევარში იწყება. ამ პერიოდში საქართველოს მთავრობამ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისთვის მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა მიიღო საერთაშორისო დონორი საზოგადოებისგან. შემოთავაზებულ იქნა გაერთიანებული სამეფოს პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გამოყენება, რომელიც ორიენტირებული იყო საოჯახო მედიცინაზე.

1995 წლის დეკემბერში დაარსდა ოჯახის ექიმთა ასოციაცია. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის საქართველო იყო ერთ-ერთი პირველი, რომელმაც 1998 წელს საოჯახო მედიცინა აღიარა, როგორც დამოუკიდებელი სპეციალობა.

1996 წლიდან განხორციელდა რიგი საცდელი პილოტური პროექტები, რომლებიც მიზნად ისახავდნენ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას. 1999 წელს შემოღებულ იქნა სალიცენზიო გამოცდები პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის. 1997 წლიდან გაერთიანებული სამეფოს მხარდაჭერით დაიწყო გადამზადების პროგრამები საოჯახო მედიცინაში[1]. დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის (DFID) მიერ დაფინანსებული საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამით მომზადდა საოჯახო მედიცინის სპეციალისტები. ამავე პროექტის ფარგლებში განხორციელდა საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის რეაბილიტაცია და აღჭურვა.

2000 წელს ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, რომელიც 2001 წელს შეუერთდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მნიშვნელოვანი რეფორმები 2000 წლიდან დაიწყო, როდესაც მთავრობამ მთავარ პრიორიტეტად აღიარა პჯ-ის სისტემის გაძლიერება, რაც ფორმულირებული იქნა ჯანდაცვის სტრატეგიულ გეგმაში[2]. იგი ეხებოდა პირველადი

---

in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 264 (3): 135-139.

1 Gamkrelidze A, Atun R, Gotsadze G, MacLehose L. (2002). Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, 2002; 4(2):1–67.

2 Strategic Health Plan for Georgia 2000-2009. Ministry of Health, Labour and Social Affairs; 1999.

ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას და სერვისების გაუმჯობესებას.

2001 წელს წამოწყებულ იქნა სოფლის ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც მოგვიანებით, 2003 წელს, პირველადი ჯანდაცვის პროგრამაში გადაიზარდა[1]. პროგრამა ითვალისწინებდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების დაფინანსებას ერთიანი, ცენტრალური ფონდიდან. გამოყენებული იქნა სულადობრივი დაფინანსების მეთოდი. იგი გულისხმობდა ერთ სულ მოსახლეზე დაახლოებით 1 აშშ დოლარით დაფინანსებას.

2003-2005 წელს მსოფლიო ბანკის საგრანტო მხარდაჭერით შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმა. გეგმა ითვალისწინებდა სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის შექმნას, რომელიც საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფდა სამედიცინო ცენტრებთან წვდომას 15-20 წუთში. გენერალური გეგმა დამტკიცდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ და 2003 წლიდან პილოტირებულ იქნა ოთხ რეგიონში. პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმა ხორციელდებოდა 2006 წლის დასასრულამდე.

2005 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უთანასწორობა სოფლისა და ქალაქის მცხოვრებლებს შორის, კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან სოფლის მოსახლეობის წვდომა უფრო მაღალი იყო და თვითმკურნალობის შემთხვევებიც უფრო დაბალი ქალაქის მოსახლეობასთან შედარებით[2].

2007 წლიდან მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით ქვეყნის მასშტაბით მნიშვნელოვანი რაოდენობის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რეაბილიტაცია განხორციელდა[3]. 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იქნა 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება. ამავე პერიოდიდან დაიწყო ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გა-

1 Chikovani I, Sulaberidze L. Primary Health Care Systems, Case Study from Georgia. Geneva: World Health Organization; 2017.

2 Gotsadze G, Zoidze A, Vasadze O. Reform strategies in Georgia and their impact on health care provision in rural areas: evidence from a household survey. Social Science and Medicine. 2005;60(4):809–21.

3 Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T and Richardson E. Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, 2009;11(8):1-116.

დამზადება, შემუშავდა კლინიკური საქმიანობის გაიდლაინები[1].

პირველადი ჯანდაცვის შემდეგი ცვლილების პერიოდი იყო 2007-2012 წწ-ში. 2007 წელს, მთავრობამ წამოიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა, რომლის მიზანს წარმოდგენდა ღარიბი მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება[2]. ამბულატორიული მომსახურების თვალსაზრისით, ღარიბი მოსახლეობისთვის გათვალისწინებული პაკეტი მოიცავდა ულიმიტო ვიზიტს ოჯახის ექიმთან და სპეციალისტებთან, და ლიმიტირებულ სადიაგნოსტიკო და ლაბორატორიულ ანალიზებს ოჯახის ექიმის დანიშნულებით. 2010 წლიდან აღნიშნულ პაკეტს დაემატა შეღავათები ამბულატორიულად გამოწერილ მედიკამენტებზე რომლის წლიური ფინანსური ლიმიტი შეადგენდა 50 ლარს, და ექვემდებარებოდა პაციენტის მხრიდან 50%-იან თანადაფინანსებას. 2012 წლისთვის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავდა 1,635,217 ბენეფიციარს (მოსახლეობს 36%-ს). ამას გარდა, 535,662 პირმა, ანუ მოსახლეობის 11%-მა მიიღო პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ინდივიდუალური ან კორპორატიული კერძო სადაზღვევო სქემების საშუალებით.

2007 წლის მარტს, მთავრობამ შემოიღო პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განახლებული ხედვა, რომელიც ერთმანეთისგან ასხვავებდა პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის ქალაქის და სასოფლო მოდელებს.

რაიონული ცენტრებისა და დიდი ქალაქების (თბილისი, რუსთავი, ფოთი) პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციების მიმართ შემუშავდა განსხვავებული გეგმა. რაიონების დონეზე მიმდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისების და ინფასტრუქტურის ინტეგრაცია ახლად შექმნილ სამედიცინო ცენტრებში. დიდ ქალაქებში კი დაიწყო პოლიკნიკური სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის პროცესი. ამგვარად, საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა საოჯახო მედიცინის ცენტრების მეშვეობით ფუნქციონირებდა, ხოლო

1 Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project. Washington (DC): World Bank; 2012.

2 Zoidze A, Rukhadze N, Chkhatarashvili K, Gotsadze G. Health insurance for poor: Georgia's path to universal coverage. 2012.

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციას სოფლის ექიმის ინსტიტუტი ახორციელებდა.

საოჯახო მედიცინის განვითარების გეგმის მიხედვით, ოჯახის ექიმი უნდა ემსახურებოდეს 500-დან 3000-მდე პაციენტს[1]. სამიზნე მოსახლეობასთან პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), დადგინდა, რომ საქართველოში საჭირო იყო 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ოჯახის ექთანი. რეფორმის შემგომ ეტაპზე, დაიგეგმა ექიმი-ექთნის თანაფარდობის 1:2-მდე გაზრდა[2].

ცხრილი 1:

ოჯახის ექიმებით უზრუნველყოფა საქართველოში, 2005-2009 წწ.

2005	2006	2007	2008	2009
79	169	233	459	1386

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

მთავრობა გეგმავდა სოფლის პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში შემდგომი ინვესტიციების შეწყვეტას და სოფლის ექიმებისთვის პირველადი ჯანდაცვის შენობის მიყიდვას ნომინალურ ფასად. იქ, სადაც ამბულატორიული მომსახურების ცენტრების რეაბილიტაცია არ მომხდარა, საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის შენობების სარეაბილიტაციოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს გადაეცათ 1340 აშშ დოლარის ექვივალენტის ერთჯერადი გრანტები[3]. ამასთან, ყველა სოფლის ექიმი აღჭურვილ იქნა (3400 აშშ დოლარის ღირებულების) ძირითადი სამედიცინო აპარატურით, რაც აუცილებელი იყო მათი საქმიანობისთვის. პოლიტიკის ამ ცვლილების მთავარ მოტივს წარმოადგენდა სამედიცინო

1 ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.

2 ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.

3 Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project. Washington (DC): World Bank; 2012. 21.

დაწესებულებების შემდგომი რეაბილიტაციასთან დაკავშირებული ხარჯების დაზოგვა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების შენარჩუნება სოფლად. მთავრობა მიიჩნევდა, რომ წარმოდგენილი გეგმა იქნებოდა პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის ეფექტური მექანიზმი შეზღუდული რესურსების პირობებში. თუმცა, საერთაშორისო დონორები დიდად არ ემხრობოდნენ ამ გადაწყვეტილებას, ვინაიდან პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების რეკონსტრუქცია მათი სტრატეგიის ძირითად კომპონენტს წარმოადგენდა.

მთავრობის ინიციატივაზე გარკვეული გავლენა იქონია პოლიტიკურმა მოტივებმაც. 2008 წელს საპარლამენტო არჩევნების წინ, საქართველოს პრეზიდენტმა თავის გამოსვლაში დეტალურად აღწერა სიღარიბის დაძლევის 50 დღიანი პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებდა ყველა სოფლის უზრუნველყოფას ექიმით და აუცილებელი სამედიცინო აპარატურით აღჭურვას[1].

2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მეწარმე-ფიზიკურ პირებად და გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან (შემდგომში სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო). პირველადი ჯანდაცვის სოფლის ექიმებს მიენიჭათ ინდმეწარმის იურიდიული სტატუსი და მიეცათ საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის განკარგვის უფლებამოსილება. ძირითადი მენეჯერული უნარების გასაუმჯობესებლად მათთვის ჩატარდა სპეციალური ტრენინგები. თუმცა, იურიდიული სტატუსი სოფლის ექიმებს არ აძლევდა უფლებას გადაეწყვიტათ სხვადასხვა ადმინისტრაციული საკითხი, მაგალითად, ამბულატორიული ცენტრების შეკეთებასთან დაკავშირებით. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას ხელს უშლიდა ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა. კერძოდ, ცენტრიდან 1200 სოფლის ექიმის მართვა დიდ ადმინისტრაციულ ტვირთს წარმოადგენდა. აღნიშნული მდგომარეობის გამოსასწორებლად, 2013 წლის სექტემბრიდან სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ თავიანთ სამედიცინო რაიონებში სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურებას და თანადაფინანსებას (თუმცა, 2014 წლიდან სააგენტოს გადაეცა მათი მართვა).

უმწეოთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის მონაწილე სო-

1 მიხეილ სააკაშვილის მიერ წარმოთქმული სიტყვა ინაუგურაციაზე, 20 იანვარი, 2008 წელი. https://old.civil.ge/geo/article.php?id=17342

ფლის ბენეფიციართა მოზიდვის მიზნით, კერძო სადაზღვევო კომპანიების ერთ-ერთ საყრდენ სუბიექტებს წარმოადგენდნენ სოფლის ექიმები. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ხელშეკრულებებს დებდნენ სოფლის ექიმებთან და ახდენდნენ მათ წახალისებას ბენეფიციარების მათთან დასაზღვევად. აღნიშნული ნეგატიურ გავლენას ახდენდა ოჯახის ექიმებზე, რომ შეესრულებინათ მეკარიბჭეობის როლი პირველად და მეორად სამედიცინო მომსახურებებს შორის.

ამასთან, სოფლის ექიმების მხოლოდ 60-80%-მა გააგრძელა საქმიანობა საკუთარ გეოგრაფიულ ადგილზე. სხვებმა დატოვეს ამბულატორიები ან მიატოვეს სამედიცინო საქმიანობა მათთვის მიცემულ გრანტებთან და აპარატურასთან ერთად, რადგან მთავრობას შემცვლელი პერსონალისთვის ინვენტარის შესანარჩუნებლად ბერკეტი არ ჰქონდა. შედეგად, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გეგმა წარუმატებლად დამთავრდა.

ასევე წარუმატებელი აღმოჩნდა ქალაქად პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმაც. იგი ითვალისწინებდა პირველადი ჯანდაცვის საჭიროზე მეტი 217 ობიექტის ლიკვიდაციას და 16 დაწესებულების დამატებას იქ, სადაც შეინიშნებოდა მისი დეფიციტი. სახელმწიფომ ვერ შეძლო პროცესის მარეგულირებელი მექანიზმების შემუშავება. ამასთან, რადგან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები წარმოადგენდნენ კერძო იურიდიულ პირებს, სახელმწიფოს შედარებით ნაკლები ბერკეტები გააჩნდა ჭარბი პროვადირების სალიკვიდაციოდ ან მათი იმ რეგიონებში გადასანაწილებლად, სადაც შეინიშნებოდა მათი დეფიციტი.

სახელმწიფომ გადაწყვიტა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების კერძო ინვესტორებზე მიყიდვა აუქციონის გზით, სადაც პრიორიტეტი მიენიჭებოდა ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს[1]. 2011 წლისთვის, პირველადი ჯანდაცვის თითქმის ყველა ობიექტი გახდა პრივატიზებული.

2007-2012 წლებში განხორციელებულ ინტერვენციებს მნიშვნელოვანი გავლენა არ მოუხდენია ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციაზე[2]. 2011 წლის მონაცემებით ამბულატორიულ მომ-

1 Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T, Richardson E. Georgia: health system review. Health Systems in Transition. 2009;11(8):1-116.

2 Gotsadze G, Murphy A, Shengelia N, Zoidze A. Health care utilization and expendi-

სახურებაზე ვიზიტი ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში 2.1-ს უტოლდებოდა[1], მაშინ როცა ევროპის ქვეყნებისათვის იგი 7.5-მდე აღწევს[2]. საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფებოდა ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეეყნებთან შედარებით.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანია მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. იგი ითვალისწინებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსახლეობის იმ ფენების მოცვას, რომელიც არ იყო გათვალისწინებული კერძო სადაზღვევო სქემებით. განხორციელებული რეფორმის შედეგად, კერძო სადაზღვევო კომპანიებს ჩამოერთვათ სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების უფლება და გადაეცა სახელმწიფო დამკვეთს – სოციალური მომსახურების სააგენტოს. 2017 წლის შუა პერიოდში, მთავრობამ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დიფერენცირებული მიდგომა შემოიღო, რაც ასევე ითვალისწინებდა ღარიბი მოსახლეობისთვის ქრონიკული დაავადებზე მედიკამენტების შეღავათებს.

პროგრამის ამოქმედების შედეგად 2014 წლისათვის ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი 25%-ით გაიზარდა, რაც მეტყველებს ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ამაღლებაზე[3]. თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

სოფლის ექიმის პროგრამა

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა 2009 წლიდან მოქმედებს. თავიდან პროგრამას კერძო სადაზღვევო კომპანიები მართავდნენ. 2014 წელს სახელმწიფომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სახით სრულად აიღო საკუთარ თავზე პროგრამის ად-

---

tures for chronic and acute conditions in Georgia: does benefit package design matter? BMC Health Services Research. 2015;15:88.

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, თბილისი, 2013.

2 Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia. Health System Performance Assessment Report, Tbilisi, 2013

3 Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Med News 2017; 262(1): 116-120.

მინისტრირება და დაფინანსება. პროგრამის წლიური ბიუჯეტი 2019 წელს 26 მილიონ ლარს შეადგენდა. 2014 წლის 1 მაისიდან პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს გაეზარდა შრომის ანაზღაურება 30%-ით, სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერშლის მომსახურების ღირებულება – თვეში 455 ლარის ოდენობით[1].

სოფლის ექიმის პროგრამა ფინანსდება „გლობალ ბიუჯეტის" პრინციპით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად ფიქსირებული თანხის გადახდას მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დაწესებულებაზე. პროგრამის ფარგლებში მინისტრის ბრძანება[2] განსაზღვრავს ექიმებისა და ექთნების განაწილებას სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულში (სოფელი, დაბა, დასახლება). 2014 წლის მდგომარეობით, საქართველოს რეგიონების მასშტაბით, მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო პერსონალის შემდეგი რაოდენობა: 1267 ექიმი და 1520 ექთანი.

სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულების გაფორმება ხდება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ. გამონაკლისს წარმოადგნეს შიდა ქართლის მუნიციპალიტეტების (გორი, კასპი, ხაშური, ქარელი) გარკვეული სოფლები, სადაც მომსახურების მიმწოდებელია შპს შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი და საჩხერე, სადაც მომსახურებას უზრუნველყოფს ს/ს საჩხერის რაიონული საავადმყოფო პოლიკლინიკური გაერთიანება.

პროგრამის პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ბიუჯეტის დიდი ნაწილი სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების ხარჯებისაგან შედგება, თუმცა მოიცავს ექიმის ჩანთისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შეძენის ხარჯსაც (ჩანთის განახლების ხარჯი ბიუჯეტში გათვალისწინებული არ არის).

სპეცდაფინანსების კომპონენტის ფარგლებში სპეციალურ დაფინანსებაზე 2014 წლის დეკემბრის მდგომარეობით იმყოფება 36 სამედიცინო დაწესებულება, მათ შორის: დაწესებულებები ოკუპირებულ სოფლებში და ასევე მაღალმთიან რაიონულ ცენტრებში. აღნიშნული დაწესებულებები ფინანსდება ყოველთვიურად,

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება №01-264/ო.

წინასწარ განსაზღვრული ლიმიტის შესაბამისად.

სოფლის ექიმის პროგრამის კომპონენტი – „პირველადი ჯანდაცვა სოფლად“ შედგება შემდეგი მომსახურებებისგან:

- ექიმთან/ექთანთან ვიზიტი;
- იმუნიზაცია;
- ჯანმრთელი პირებისა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ბავშვებში, ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად და წელიწადში 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე პირებთან;
- ინკურაბელურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტი საჭიროების შესაბამისად;
- ქრონიკული (მათ შორის, ჰიპერტონიული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, გულის იშემიური დაავადება, ბრონქული ასთმა, ინკურაბელური პაციენტები) და მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი, საჭიროების შესაბამისად;
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ (DOT) მკურნალობის უზრუნველყოფა ექთნის მიერ;
- სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს;
- ამბულატორიულ დონეზე, სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო დოკუმენტაციის (მათ შორის, საანგარიშგებო და სტატისტიკური ფორმები) წარმოება, ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის);
- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით პაციენტის უზრუნველყოფა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი აქტით დამტკიცებული „ექიმის ჩანთიდან“.

სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში მომსახურების მოცულობა უფრო დიდია. შესაბამისად, მოქალაქეებს დამატებით მიეწოდებათ სხვადასხვა სერვისი (გამოკვლევა, სტაციონარული მომსახურება), რომელიც არ არის გათვალისწინებული სოფლის

ექიმის პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში.

ყოველთვიურად სააგენტოს სამხარეო ცენტრებში ხდება შესრულებული სამუშაოს ანგარიშის წარმოდგენა როგორც სოფლის ექიმებისა და პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის სხვა მომსახურების მიმწოდებლების, ისე სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ. შესრულებული სამუშაო მოიცავს შემთხვევათა რეესტრს და შემთხვევათა ჩამონათვალს უნიკალური კოდებით, რომელიც ახდენს სხვადასხვა მომსახურების კლასიფიცირებას.

ოჯახის ექიმის როგორც მეკარიბჭის როლი

ჯანდაცვის სისტემის ორიენტირება პირველად ჯანდაცვაზე დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე და კოორდინირებაზე, რაც ამავდროულად ამცირებს არასაჭირო სპეციალიზირებული მომსახურეობის ხარჯებს და აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას[1]. ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ორიენტირებულია პირველად ჯანდაცვაზე, ძლიერდება ოჯახის ექიმის მეკარიბჭეობის როლი. ასეთ სისტემაში პაციენტი ცდილობს უპირველესად მიმართოს ოჯახის ექიმს და საჭიროების შემთხვევაში მასთან კონსულტაციის შემდეგ ჩაიტაროს ექიმ-სპეციალისტის სპეციალიზირებულ მომსახურება.

ერთის მხრივ, ოჯახის ექიმი არის პაციენტის „მრჩეველი". მეორეს მხრივ, მას შეუძლია საჭირო და შესაფერისი სამედიცინო მომსახურების შესახებ გონივრული გადაწყვეტილებების მიღება, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას[2]. პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით მცირდება ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილიანობა, ავადობა, მცირე წონით დაბადებული ბავშვების რაოდენობა[3].

კვლევები ადასტურებენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც სპეციალიზირებულ სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვა ხორციელ-

1 ვერულავა თ, ასრათაშვილი ა, ქაფიანიძე შ, წიქორიძე თ, მინდიაშვილი ს. პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 3(1): 69-73

2 Gerada C. From patient advocate to gatekeeper: understanding the effects of the NHS reforms. Br J Gen Pract 2011; 61(592): 655-656.

3 Eisenberg JM. The internist as gatekeeper: Preparing the general internist for a new role. Ann Intern Med 1985; 102:537-543.

დება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მეშვეობით მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები[1], [2], [3], მაღალია უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა[4]. ოჯახის ექიმთან უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა ამცირებს ძვირადღირებული სერვისების მოხმარებას, კერძოდ, 35%-ით მცირდება ჰოსპიტალური მკურნალობის და 50%-ით გადაუდებელი დახმარების საჭიროება[5]. შედეგად, მცირდება ჯანდაცვაზე ხარჯები.

ერთი კვლევის მიხედვით პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ტკივილი გულმკერდის არეში, მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე ნაკლებია ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ კონტიგენტში[6]. ასევე, კორონარული შუნტირების შემდგომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ, ვიდრე სპეციალისტებთან თავისუფალი მიმართვიანობის პირობებში[7]. ოჯახის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, მაგალითად ტკივილის მართვაზე[8], [9].

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებს უფრო ნაკლები დროის გატარება უწევთ სამედი-

---

1 Garrido MV, Zentner A, Busse R. Effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011; 29(1): 28–38. Link, Google Scholars

2 Martin DP, Diehr P, Price KF, et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. Am J Public Health 1989;79:1628 – 32. Link, Google Scholars

3 Meyer TJ, Prochazka AV, Hannaford M, et al. Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. Arch Intern Med 1996; 156: 2483 – 7. Article PubMed

4 Bynum JPW, Chang C, Austin A, Carmichae D, Meara E. Outcomes in Older Adults with Multimorbidity Associated with Predominant Provider of Care Specialty. Journal of the American Geriatrics Society. 2017; 65: 1916-1923

5 Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician. Fam Pract 2000; 17: 222–229

6 Rask KJ, Deaton C, Culler SD, et al. The effect of primarycare gatekeepers on the management of patients with chestpain. Am J Manag Care 1999; 5: 1274 – 82

7 Paone GH, Higgins RS, Spencer T, et al. Enrollment in thehealth alliance plan: HMO is not an independent risk factorfor coronary artery bypass graft surgery. Circulation. 1995; 92:II 69 – 72

8 Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: The effect on health status and satisfaction with care. Am JPublic Health, 1996; 86:388 – 93

9 Etter JF, Perneger TV. Introducing managed care in Switzerland: Impact on use of health services. Public Health 1997; 111: 417 – 22

ცინო დაწესებულებებში; შესაბამისად, შესაძლებელია დავასკვნათ რომ ეს პაციენტები უფრო კოორდინირებულად და რაციონალურად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას[1]. პაციენტები რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ნაკლებად საჭიროებენ სპეციალიზირებულ მომსახურებას ან ჰოსპიტალიზაციას[2],[3]. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიღების საჭიროება ნაკლებია იმ პაციენტებში, რომლებიც მუდმივად სარგებლობენ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით[4], [5].

ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც ჯანდაცვის დანახარჯების შეკავების მექანიზმი, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში[6], რომლის მიზანს შეადგენდა ოჯახის ექიმის როგორც მეკარიბჭის როლთან მიმართებით პაციენტების მახასიათებლების, პრეფერენციების და ქცევის შესწავლა, გამოიკითხა საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებსა და რაიონებში (ბორჯომი, ქარელი, ხაშური, ბოლნისი, კასპი, გორი, თბილისი) მცხოვრები 18 წელზე უფროსი ასაკის 500 რესპოდენტი. კვლევის ფარგლებში ასევე შესწავლილ იქნა პაციენტების მოსაზრებები ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლზე. რესპონდენტებს სთხოვეს არჩევანის გაკეთება ერთ-ერთი შესაძლო პასუხიდან: (1) "უპირატესობას ვანიჭებს ექიმ-სპე-

1 Olivarius ND, Jensen FI, Gannik D; et al. Self-referral and self-payment in Danish primary care. Health Policy 1994; 28: 15 – 22.

2 Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a " gate keeper " and an " open access " health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. Soc PsychiatryPsychiatr Epidemiol 2003; 38: 690 – 7.

3 Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, et al. Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: A Swiss example. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 24 – 30.

4 Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects onpatterns of physician use. J Fam Pract 1991; 32: 167 – 74.

5 Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. Am J Public Health, 1989; 79: 843-6

6 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

ციალისტთან თვითმიმართვას"; (2) "ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს ყველა ჩემს მომსახურებას, ექიმ-სპეციალისტს მივმართავ მხოლოდ ოჯახის ექიმის რჩევით"; (3) "ვიყენებ ორივეს: ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას უწევს ჩემს მომსახურებას, ასევე თვითმიმართვას ექიმ-სპეციალისტთან. კვლევამ აჩვენა, რომ რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (55%) უპირატესობას ანიჭებს ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას. რესპოდენტთა მხოლოდ 19.5% მიმართავს ექიმ-სპეციალისტს ოჯახის ექიმის რჩევით, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს ყველა მის მომსახურებას, ხოლო 23% იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას.

ცხრილი 2.

პაციენტის დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლის შესახებ.

	სულ n (%)	პაციენტი უპირატესობას ანიჭებს თვითმიმართვას n (%)	ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის რჩევით n (%)	იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას n (%)	უჭირს პასუხის გაცემა n (%)
სულ	456 (100)	253 (55)	89 (19.5)	103 (23)	11 (2.5)
ჰყავს მუდმივი ოჯახის ექიმი					
დიახ	245 (53.7)	70 (28.6)	88 (35.9)	78 (31.8)	8 (3.2)
არა	211 (46.3)	183 (86.7)	1 (0.5)	25 (11.8)	3 (1.4)

წყარო: თ. ვერულავა, რ. ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1) დედაქალაქში (თბილისი) მცხოვრები რესპოდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (33%), ხოლო რაიონებში

და სოფლებში მცხოვრები რესპოდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას.

სქესთან მიმართებით, როგორც ქალები (57.5%), ასევე კაცები (53.2%) უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას. ასაკთან მიმართებით, თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები (81.3%), ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტს უმეტესად მიმართავენ 35-54 წლის ასაკის რესპოდენტები (28.2%). განათლების დონის მიხედვით, საშუალო განათლების პაციენტები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (67.3%). მაღალშემოსავლიანი რესპოდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უპირატესობას ანიჭებენ ოჯახის ექიმის რჩევას (61.3%), დაბალშემოსავლიანი რესპოდენტები – თვითმიმართვას (67.9%). უმუშევრები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (69.9%), დასაქმებულები – ოჯახის ექიმს (45%). საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (68.9%), ხოლო კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები – ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას.

თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელთაც არ აქვთ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემები (56.6%); ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტს უფრო მეტად მიმართავენ ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტები (30.6%). თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელთაც არ ჰყავთ მუდმივი ოჯახის ექიმი (86.7%), რესპოდენტებს, რომელთაც ჰყავთ მუდმივი ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტთან უმთავრესად მიმართავენ ოჯახის ექიმის მეშვეობით (35.9%). თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომლებიც არ არიან კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით (88.4%), რესპოდენტები, რომელნიც კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (49%). თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელნიც არ არიან კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით (91.3%), რესპოდენტები, რომელნიც კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის პროფესიო-

ნალიზმით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (48.3%).

კვლევამ აჩვენა, რომ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს განსხვავებული დამოკიდებულება აქვთ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვის გზების შესახებ[1]. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს ურჩევნია მიმართოს ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს მისთვის საჭირო ყველა სამედიცინო მომსახურებას და იქნება მისი ინტერესების დამცველი ერთადერთი აგენტი. ამ ჯგუფის მახასიათებლებია: მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, მაღალი შემოსავლები, საშუალო ასაკის და ახალგაზრდა პირები, დედაქალაქში მცხოვრებნი, დასაქმებულები, მამაკაცები, ჯანმრთელობის მხრივ მნიშვნელოვანი პრობლემების არმქონე პირები. აღნიშნული მახასიათებლები უფრო მეტად აქვს პირებს, რომლებიც არიან კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები, რადგან კერძო სამედიცინო დაზღვევის მოსარგებლეები უმთავრესად არიან დასაქმებული, საშუალო ასაკის და ახალგაზრდა პირები, რომელთაც აქვთ მაღალი შემოსავლები. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას ოჯახის ექიმის მეშვეობით. იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები უფრო მეტად არიან დაინტერესებულნი ხარჯების შეკავების მექანიზმების დანერგვით, ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები. ასეთ მექანიზმს კი წარმოადგენს ოჯახის ექიმის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭის“ როლის გაზრდა.

მეკარიბჭის მოდელს უფრო მეტად აქვს პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების, სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის გაუმჯობესების და ხარჯების შეკავების უპირატესობა. ეს მიდგომა უფრო შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის ძირითად ღირებულებებს, ხაზს უსვამს ოჯახის ექიმის უმთავრეს როლს მკურნალობის პროცესში, ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობებში ნდობის და ინდივიდუალური პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების მნიშვნელობას[2].

---

1 თ. ვერულავა, რ. ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

2 McWhinney IR. Core values in a changing world. Br Med J 1998; 346: 1807–1809.

მიზანშეწონილია მეკარიბჭის მოდელის განვითარება, კერძო სამედიცინო დაზღვევის გამოცდილების გაზიარება და მისი გამოყენება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებშიც. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა აქტიური ახსნა-განმარტებითი ღონისძიებები უნდა ჩაატარონ მეკარიბჭის მოდელის სარგებლების თაობაზე. ამავე დროს, საჭიროა ისეთი მექანიზმების დანერგვა, რომლებიც ბენეფიციარებს სტიმულს მისცემს მიმართონ სპეციალისტებს მათი ოჯახის ექიმის მეშვეობით. ასეთ სტიმულად შეიძლება განვიხილოთ პრიორიტეტის მინიჭება ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვაზე ოჯახის ექიმის მეშვეობით. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის გარეშე, დამატებით გადახდის დაწესება.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მეკარიბჭეობის მოდელის ფართოდ დანერგვისათვის თითოეულ ბენეფიციარს უნდა ჰყავდეს მუდმივი ოჯახის ექიმი, რომელიც მათ უზრუნველყოფს უწყვეტი და ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურებით. ამისათვის აუცილებელია ოჯახის ექიმების განათლების დონის ამაღლება. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმების პაციენტებთან ურთიერთობის უნარების გაუმჯობესება, რაც გავლენას ახდენს პაციენტების პრეფერენციებზე. შესწავლილ უნდა იქნას ოჯახის ექიმების, როგორც მეკარიბჭეების მოტივაციის გაზრდის მეთოდები.

სასურველია მეკარიბჭეობის მოდელის ნებაყოფლობითი სახით შემოღება. მეკარიბჭეობის მოდელის ნებაყოფლობითად არჩევანი მისაღებია როგორც ექიმებისათვის, ასევე პაციენტებისათვის, რადგან იგი ნეგატიურად არ ზემოქმედებს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობებზე[1]. გარდა ამისა, ნებაყოფლობითი არჩევანი კიდევ უფრო ზრდის ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობას, რადგან იგი უზრუნველყოფს ყოვლისმომცველ სამედიცინო მომსახურებას[2].

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გასაუმჯობესებლად და ნდობის ასამაღლებლად, მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარება, რადგან მაღალკვალიფიციურ ექიმებს უფრო მეტი

1 Taylor T. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. Br Med J 1989; 299:1323–1325.

2 Herzberg F. The Managerial Choice. Homewood IL: Dow Jones Irwin, 1976.

სანდოობა ექნებათ, რაც გაზრდის მათთან მიმართვიანობას; მიზანშეწონილია მეკარიბჭეობის მოქნილი, ნებაყოფლობითი მოდელის განვითარება, რადგან იგი უკეთ შეესაბამება პაციენტების და ექიმების საჭიროებებს[1].

ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასების ერთერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე. იგი მიზნად ისახავს გაანალიზოს თუ რამდენად ხშირად მიმართავს მოსახლეობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს.

საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, გარდამავალ პერიოდში, მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლს და თვითდინებით მიდიოდა მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში. 2012 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულზე 2.3-ს შეადგენდა. 2001-2012 წლებში იგივე მაჩვენებელი 1.5-2.3 ფარგლებში მერყეობდა[2].

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების დაბალი რაოდენობა მეტყველებს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე.

2013 წელს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შედეგად ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა და 3.6-ს მიაღწია. თუმცა ეს მაჩვენებელი მაინც დაბალია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის მონაცემებით, ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2010 წლის მონაცემებით – 7.5-ს შეადგენდა[3].

---

1 თ. ვერულავა, რ. ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

2 ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

3 დკსჯეც, 2012. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

ცხრილი 3:

ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო, 2001-2015 წ.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
მიმართვების საერთო რაოდენობა	1.5	1.6	1.8	2	2.1	2.3	2	2.1	2	2.1	2.1	2.1	3.6
მ.შ. ექიმთან მიმართვა		1.4	1.61	1.8	1.8	1.9	1.7	1.8	1.9	1.8	1.8	2.1	3.4
15 წლამდე ბავშვების ექიმთან მიმართვა		1.1	1.4	1.64	1.6	3.3	3.0	2.8	2.9	2.5	2.4	2.6	3.8
ექიმის ვიზიტი ბინაზე		0.09	0.1	0.12	0.11	0.16	0.11	0.1					0.1
ექიმის ვიზიტი ბინაზე 15 წლამდე ბავშვებთან		0.2	0.24	0.26	0.25	0.28	0.25	0.23					0.2

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში ნაკლები მიმართვიანობა განპირობებულია როგორც დაბალი გადახდისუნარიანობით, ასევე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობით. 2010 წელს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის შედეგებით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას; ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ქალაქებსა და სოფლის პირობებს შორის თითქმის არ არის განსხვავება იმ პაციენტთა პროცენტულ მაჩვენებლებში, რომელთაც სამედიცინო დახმარებისთვის პირველად პჯდ დაწესებულებას მიმართეს[1].

ასევე, პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციისათვის მიმართონ ოჯახის ექიმს. პაციენტები უპირატესობას ანიჭე-

1 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.

ბენ ჰოსპიტალურ სერვისებს. ამასთან, პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

ცხადია პირველადი ჯანდაცვისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებზე[1], [2].

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში[3], რომლის მიზანს შეადგენდა საქართველოში პაციენტის მიერ ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობის პრობლემის შესწავლა, გამოიკითხა თბილისსა და საქართველოს სხვადასხვა მუნიციპალიტეტში მცხოვრები 300 პაციენტი და პოლიკლინიკის 20 ოჯახის ექიმი. გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა 55% აღიარებს, რომ პაციენტები მათ ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა აიღონ. კვლევით დგინდება, რომ ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 15% ატარებს პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს პერიოდულად, ხოლო 50% – მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში.

1 Verulava T, Maglakelidze T, Jorbenadze R. Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. Eastern Journal of Medicine, 2017; 22(3): 103-109.

2 Verulava T, Jincharadze N, Jorbenadze R. Role of Primary Health Care in Rehospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News 2017; 264 (3): 135-139

3 თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

ცხრილი:4

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
პაციენტები ოჯახის ექიმს ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმისთვის რომ ექიმი-სპეციალ-ისტთან მიმართვის ნებართვა სჭირდებათ		
დიახ	3	15
არა	5	25
მეტ-ნაკლებად	11	55
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
ატარებთ თუ არა თქვენს პაციენტებთან პროფილაქტიკური და პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს?		
პერიოდულად	3	15
მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში	10	50
ასეთი ტიპის კონსულტაციებისთვის დრო არ მაქვს	7	35

წყარო: თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

კვლევამ აჩვენა[1], რომ რესპოდენტთა 35% ჯანმრთელობის პრობლემის დროს მიმართავენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე ექიმ სპეციალისტს. ამასთან, რესპოდენტთა 30% პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს. გამოკითხულთა 42% წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. რესპოდენტთა მეტი წილი (57%) პრევენციის მიზნით საკონსულტაციოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. რესპოდენტთა უმეტესობა (49%) ოჯახის ექიმთან 10 წუთზე ნაკლებ დროს ატარებს და 44%-ს არ უწევს ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე დიდხანს ლოდინი. გამოკითხულების 30% მეტნაკლებად ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისთვის ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია. რესპოდენტთა მეტი წილი მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი საჭიროებს რიგ ცვლილებებს.

ამგვარად, საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვა დაბალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ

1 თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ცხადია, ასეთ პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა ჰქონდეთ უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა საკუთარ ოჯახის ექიმთან.

ცხრილი:5

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N	%
ჯანმრთელობის პრობლემების დროს უმთავრესად მიმართავთ?		
ოჯახის ექიმს	60	20
ექიმ სპეციალისტს	90	30
ზოგჯერ ოჯახის ექიმს,ზოგჯერ ექიმ სპეციალისტს	105	35
ვეწევი თვითმკურნალობას	45	15
რა სიხშირით მიმართავთ ოჯახის ექიმს წლის განმავლობაში?		
1-ჯერ ან საერთოდ არა	126	42
2-5	72	24
6-8	42	14
9-10	54	18
11 და მეტი	6	2
საშუალოდ რამდენ ხანს გრძელდება ოჯახის ექიმთან ვიზიტი?		
10 წუთზე ნაკლები	147	49
10-20 წუთი	87	29
20-30 წუთი	36	12
30 წუთზე მეტი	30	10
ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი		
სრულიად არ ვეთანხმები	27	9
არ ვეთანხმები	33	11
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	93	31
ვეთანხმები	132	44
სრულიად ვეთანხმები	15	5
ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია		
სრულიად არ ვეთანხმები	69	23
არ ვეთანხმები	24	8
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	90	30
ვეთანხმები	81	27
სრულიად ვეთანხმები	36	12
როგორ შეაფასებდით ზოგადად ოჯახის ექიმის ინსტიტუტს?		
დადებითად	90	30
საჭიროებს რიგ ცვლილებებს	141	47
უარყოფითად	54	18
პასუხი არ მაქვს	15	5

წყარო: თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1)

ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა

ოახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით[1], პაციენტების ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებელი განპირობებულია მათდამი დაბალი ნდობით. კითხვაზე, ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმს, რესპოდენტთა უმეტეს ნაწილს (36%) გაუჭირდა პასუხის გაცემა, 34% – ენდობა, ხოლო 30% არ ენდობა.

ცხრილი:6

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N	%
ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას?		
დიახ	101	34
არა	91	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	108	36

თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1)

კითხვაზე რა იწვევს პაციენტების ოჯახის ექიმებისადმი დაბალ ნდობას, ექიმები ასე პასუხობენ:

„ზოგ პაციენტს ჰგონია რომ აუცილებლად ექიმ-სპეციალისტმა უნდა გადაამოწმოს ჩვენს მიერ დასმული დიაგნოზი.“

„ასე დარწმუნებით ვერაფერს გეტყვით, ალბათ ოჯახის ექიმი რაღაც ახალია მათთვის, არ მოსწონთ ლოდინი და რიგში დგომა. სულ იმას ცდილობენ ჩვენგან სპეციალისტთან მიმართვა აიღონ, არც გისმენენ ბოლომდე.“

„უნდობლობას რა იწვევს ასე ცალსახად ვერ გიპასუხებთ. უკმაყოფილო პაციენტების უმეტესობა ჩივის იმაზე რომ რიგში დგომა უწევთ. პაციენტები უფრო მეტად უკმაყოფილოები არიან ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებით, საკმარისი ცოდნა არა აქვთო ამბობენ“

„ოჯახის ექიმობა ახალი მოგონილიაო, ასე მითხრა ერთმა პაციენ-

1 თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

ტმა. როდესაც ვუთხარი, რომ თერაპევტი ვარ და ოჯახის ექიმად გადავემზადეთქო მოეწონა, აბა თქვენი ნდობა კი შეიძლებაო. ვფიქრობ, ოჯახის ექიმი ჩვენს ქვეყანაში არასწორად აღიქვეს და გაიგეს."

„მსმენია, რომ პაციენტები ოჯახის ექიმებს სერიოზულ ექიმებად არ აღიქვამენ. ერთხელ პაციენტმა მითხრა: თქვენ ყველაფერი იცით, ოღონდ ზედაპირულად, ცოტ-ცოტაო, ამის მიზეზი მგონი არ მიმიცია, მაგრამ რას ვიზამთ, მაინც სპეციალისტებთან ვიზიტი უფრო ეიმედებათ ხოლმე."

„მე ვფიქრობ, რომ დღეს ნდობის საკითხი არ დგას, პაციენტებს აქვთ საშუალება თავად აირჩიონ მათთვის სასურველი ოჯახის ექიმი."

კითხვაზე, რა ესახებათ ოჯახის ექიმებს პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების გზად, შემდეგი პასუხები მივიღეთ:

„ექიმებს მოგვცენ სტიმული, რომ პაციენტებს ჩვენი შესაძლებლობები უკეთ დავანახოთ"

„ჯანდაცვის სისტემა მუდმივად უნდა ცდილობდეს რომ ცოდნა გაუღრმავოს ოჯახის ექიმებს, ინტენსიურად უნდა გააცნონ მათ ახალი გაიდლაინები, ახალი მიდგომები, ხელი უნდა შეეწყოს ტრენინგებში პერიოდულად მონაწილეობას."

„აუცილებელია ოჯახის ექიმების სტიმულირების გაზრდა, კერძოდ, ანაზღაურება უნდა იყოს დატვირთვის შესაბამისი. ექიმის კმაყოფილება დადებითად აისახება პაციენტთან დამოკიდებულებაზე."

„მოსახლეობას უნდა მივცეთ მეტი ინფორმაცია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის როლის შესახებ, უნდა ავამაღლოთ მათი ინფორმირებულობა პრევენციის მნიშვნელობაზე. საჭიროა ექიმების წახალისებაც, რაც პაციენტებთან დამოკიდებულებაზე აისახება და პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობას გააუმჯობესებს."

ოჯახის ექიმის მიმართ პაციენტის კმაყოფილება

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით[1], რესპოდენტთა 56.6% არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით, 55.5% არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან

1 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

მიმართვას ოჯახის ექიმის მეშვეობით[1]. ისინი კმაყოფილნი არიან მათი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით და პაციენტთან დამოკიდებულებით.

ცხრილი 7.

პაციენტის დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლის შესახებ.

	სულ n (%)	პაციენტი უპირატესობას ანიჭებს თვითმიმართვას n (%)	ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის რჩევით n (%)	იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას n (%)	უჭირს პასუხის გაცემა n (%)
სულ	456 (100)	253 (55)	89 (19.5)	103 (23)	11 (2.5)
კმაყოფილია ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით დიახ არა	 198 (43.4) 258 (56.6)	 25 (12.6) 228 (88.4)	 74 (37.4) 15 (5.8)	 97 (49) 6 (2.3)	 2 (1) 9 (3.5)
კმაყოფილია ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით დიახ არა	 203 (44.5) 253 (55.5)	 22 (10.8) 231 (91.3)	 78 (38.4) 11 (4.3)	 98 (48.3) 5 (2)	 3 (1.5) 8 (3.2)

წყარო: თ. ვერულავა, რ. ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის,

1 თ. ვერულავა, რ. ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანი კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის.

სოფლის ექიმების ანაზღაურება კიდევ უფრო პრობლემატურია. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტი სოფლად ფინანსდება „გლობალ ბიუჯეტის" პრინციპით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად ფიქსირებული თანხის გადახდას მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დაწესებულებაზე. სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერშლის მომსახურების ღირებულება – თვეში 455 ლარის ოდენობით[1].

სოფლის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურებიდან, რაც შეადგენს 650 ლარს, საშემოსავლო გადასახადის გადახდის შემდეგ ხელზე ასაღები თანხა რჩება 530 ლარი. თუმცა ეს თანხა არ მოიცავს ექიმების მხოლოდ შრომის ანაზღაურებას. ექიმები კომუნალური (ელექტოენერგიის გადასახადი) და ტრანსპორტირების ხარჯის გარდა, საჭირო მედიკამენტებსა და სამედიცინო ნივთებს საკუთარი ხარჯით ყიდულობენ. გარდა ამისა, ექიმები თავისი ხარჯით იძენენ საკანცელარიო ნივთებს, ფორმა №100-ისა და რეცეპტის ბლანკებს.

აღსანიშნავია, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტომ 2014 წელს ერთჯერადად უზრუნველყო ექიმები აუცილებელი მედიკამენტებით და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით[2]. მას

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის №01-264/ო ბრძანება „სოფლის ექიმის" სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით, საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და

შემდეგ ექიმის ჩანთა გადაეცემა ყოველ ახალ ექიმს, ხოლო ექიმებს საკუთარი ანაზღაურებიდან ყოველთვიურად უწევთ სამედიცინო ჩანთის განახლება სამედიცინო პროდუქციის ხარჯვის გათვალისწინებით.

ამგვარად, სოფლის ექიმის მომსახურების გაწევისთვის განკუთვნილი ხარჯი და შრომის ანაზღაურება ერთმანეთისგან არ არის გამიჯნული. ამ მხრივ, გაუგებარია, თუ რატომ იხდიდნენ სოფლის ექიმის პროგრამით საშემოსავლო გადასახადს, თუ 650 ლარი მხოლოდ უშუალოდ მათ ანაზღაურებას არ მოიცავდა. თუმცა, შემდგომ განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილება, რომლის მიხედვით, სოფლის ექიმს უკვე მიეცა უფლება, დარეგისტრირდეს ინდივიდუალურ მეწარმედ და თუ მისი შემოსავალი 35 ათას ლარზე ნაკლები იქნება, არ მოუწევს 20% საშემოსავლო გადასახადის გადახდა.

მიუხედავად ამისა, არსებული ანაზღაურება მაინც მცირეა. ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ექიმების გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ კომუნალური, ტრანსპორტისა და მედიკამენტების ხარჯი საშუალოდ თვეში 140 ლარს შეადგენს, ხოლო ამ თანხას ზამთრის თვეში ემატება საშუალოდ 80 ლარი, შესაბამისად, ზამთრის თვეებში გადასახადების გადახდის შემდგომ და ხარჯის გაწევის შემდგომ, სოფლის ექიმებს მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან შრომის ანაზღაურების სახით ყოველთვიურად დაახლოებით 300-350 ლარი რჩებათ.

არსებული ანაზღაურების სისტემა სოფლის ექიმებს გაურკვევლობაში ამყოფებთ, ვინაიდან, საქმიანობისთვის გასაწევი ხარჯების გამო, არ იციან თვის განმავლობაში რა ოდენობის თანხა დარჩებათ ხელფასის სახით. მსგავს შედეგებს ადასტურებენ საქართველოში ჩატარებული სხვა კვლევებიც[1], [2].

სოფლის ექიმების ანაზღაურება დამოკიდებული არ არის არც ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების რაოდენობაზე და არც შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე. ასეთი დაფინანსების სისტემა

„ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

2 ლ. გოგოლაძე, თ. ვერულავა, ი. კაჭკაჭიშვილი, ო. კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019

ამცირებს სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობას, რადგან ფიქსირებული ანაზღაურება ხელს არ უწყობს ოჯახის ექიმის მოტივაციის ამაღლებას.

არსებული ანაზღაურების სისტემა უარყოფითად მოქმედებს ექიმების სტიმულზე მიიღონ მეტი პაციენტი. ექიმები, რომლებიც ბევრ პაციენტს ემსახურებიან, მეტს ხარჯავენ როგორც მედიკამენტების ჩანთის განახლებაში, ასევე ტრანსპორტირებაში, ხოლო ექიმები, რომლებიც გარკვეული მიზეზის გამო (სხვა დაწესებულებაში მუშაობა, მცირე სამუშაო დრო) ნაკლებ დროს უთმობენ სოფლის ექიმად მუშაობას, ნაკლებ ხარჯს გაწევენ[1].

სოფლის ექიმების ანაზღაურების მხრივ საგულისხმოა კიდევ ერთი ფაქტი. საქართველოს კანონით „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“[2] განისაზღვრა მაღალმთიან რეგიონებში სამედიცინო პერსონალისთვის მოტივაციის შექმნა, რაც ითვალისწინებს სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებულ და მის მართვაში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის (რომლის შრომა საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ანაზღაურდება), საქართველოს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრული წესით ყოველთვიური დანამატის მიცემას. აღნიშნული კანონი არ ვრცელდება სოფლის ექიმებზე, რადგან მათი ისინი ინდივიდუალური მეწარმეები არიან, რომელთა ანაზღაურება სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება სახელმწიფო შესყიდვების წესით.

არსებული მდგომარეობით, მაღალმთიან რეგიონებში სოფლის ექიმები სხვა სამედიცინო დაწესებულებებშიც მუშაობენ, შესაბამისად დღეს მოქმედ ექიმებს დანამატი განესაზღვრებათ, თუმცა იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი მხოლოდ სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში განახორციელებს მომსახურებას, ის დანამატს ვერ მიიღებს[3].

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში[4], რომელიც ჩა-

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015

2 2015 წლის 16 ივლისის საქართველოს კანონი „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“.

3 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

4 თ. ვერულავა, დ. ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლო-

ტარდა ქალაქის პოლიკლინიკებში დასაქმებულ ოჯახის ექიმებთან, ექიმები სათანადო ხარისხით მომსახურების დაბალი მოტივაციის მიზეზად ანაზღაურების სიმცირეს ასახელებენ. ისინი პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად ხელფასების მატებას მიიჩნევენ. კვლევა აჩვენებს, რომ რესპოდენტთა 85%-ის ანაზღაურება 700 ლარზე ნაკლებია. უმრავლესობა (65%) მიიჩნევს, რომ მათი ანაზღაურება დაბალია. ამასთან, ოჯახის ექიმთა 70%-ის აზრით, მათი ანაზღაურება არ არის გაწეული შრომის ადექვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ.

ცხრილი:8

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
გამოკითხული ოჯახის ექიმების ანაზღაურება		
300-500 ლარამდე	5	25
501-700 ლარი	13	65
701-900 ლარი	2	10
901 ლარზე მეტი	0	0
გამოკითხული ოჯახის ექიმების მიერ მათი ანაზღაურების შეფასება		
ანაზღაურება დაბალია		
ანაზღაურება დამაკმაყოფილებელია	13	65
კარგი ანაზღაურება მაქვს	6	30
	1	5
გამოკითხული ოჯახის ექიმების აზრი მათი ანაზღაურების ადექვატურობის შესახებ		
შრომობენ იმაზე მეტს ვიდრე უნაზღაურდებათ	14	70
შრომა ანაზღაურების ადექვატურია	1	5
მეტნაკლებად მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ	5	25

წყარო: თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი

ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება. ბევრ ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დაფინანსებისას უპირატესობას ანიჭებს მოტივაციაზე მიბმულ დაფინანსებას. სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ხდება სპეციალური ინდიკატორების მიხედვით, რაც გულისხმობს მათ სტიმულირებას არა მხოლოდ მიიღოს ბევრი პაციენტი, არამედ შესრულებული სამუშაოს ხარისხს: ადრეულ სტადიაზე გამოავლინოს დაავადებები და სხვა.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების ეფექტური მეთოდების გამოყენება, კერძოდ, კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთის ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს[1].

სოფლის ექიმების ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული პრობლემები

საქართველო მთაგორიანი ქვეყანაა, რაც გარკვეულ პრობლემებს უქმნის სოფლის ექიმებს. სოფლად განლაგებული ამბულატორიები ემსახურებიან რამოდენიმე სოფელს, რომლებიც ერთმანეთისაგან საკმაო მანძილზე არიან დაშორებულები (არაიშვიათად ათეული კილომეტრებითაც კი). ექიმები ძირითადად მუნიციპალური ცენტრებიდან დადიან სოფლებში, რის გამოც, მათთვის სოფლის ამბულატორიამდე მგზავრობა გარკვეულ პრობლემებთანაა დაკავშირებული.

კვლევა ადასტურებს, რომ სოფლის ექიმს ერთ ოჯახში ვიზიტი განახორციელებისათვის, როგორც წესი, დიდი დროითი რესურსი

1 თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. თბილისი, 2009.

ეხარჯება და შესაძლოა, ერთი დღეც არ ეყოს ერთ პაციენტთან[1]. ექიმებისათვის არახელსაყრელია მუნიციპალიტეტებში მოქმედი საზოგადოებრივი ტრანსპორტი – მიკროავტობუსები, ვინაიდან, იგი მხოლოდ ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებზეა მორგებული. კერძოდ, კვლევის მიხედვით[2] „სოფლის მოსახლეობა დილის საათებში მიემგზავრება მუნიციპალიტეტის ცენტრისკენ სხვადასხვა საქმეზე და საღამოს ბრუნდება უკან. შესაბამისად, ცენტრის მიმართულებით ტრანსპორტი დილის საათებში მოძრაობს, ხოლო უკან სოფელში საღამოს საათებში ბრუნდება. ამდენად, ექიმებს გადაადგილება პაციენტების მოსანახულებლად უწევთ ფეხით, ან ტაქსით. ტაქსით მგზავრობისთვის ექიმს შეუძლია გამოიყენოს მისთვის განკუთვნილი ხარჯი (650 ლარი). არის შემთხვევები, როცა თავად პაციენტის ოჯახის წევრები, ან ახლობლები უზრუნველყოფენ ექიმის ტრანსპორტირებას. გადაადგილების პრობლემა უფრო მეტად მწვავდება ზამთრის პერიოდში, როდესაც მაღალმთიან სოფლებში დიდთოვლობაა“.

განსაკუთრებით მწვავედ დგას სოფლის ექიმის მიერ ქრონიკულ ავადმყოფებთან ვიზიტის პრობლემა. ტრანსპორტირების პრობლემის გამო მოსახლეობა სამედიცინო მომსახურების დროულად მისაღებად სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას მიმართავს. ადგილობრივი ხელისუფლება თვლის, რომ მათი პრეროგატივა არ არის სოფლის ექიმის ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, ვინაიდან ისინი ადგილობრივი ხელისუფლების დაქვემდებარების ქვეშ არ იმყოფებიან[3]. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ხელისუფლება და, მათ შორის, ადგილობრივი ხელისუფლება, პასუხისმგებელია მოსახლეობის წინაშე და მისი ინტერესების შესაბამისად უნდა ხელმძღვანელობდეს.

---

1 ლ. გოგოლაძე, თ. ვერულავა, ი. კაჭკაჭიშვილი, ო. კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019

2 იქვე. ლ. გოგოლაძე, თ. ვერულავა, ი. კაჭკაჭიშვილი, ო. კონცელიძე. 2019

3 იქვე. ლ. გოგოლაძე, თ. ვერულავა, ი. კაჭკაჭიშვილი, ო. კონცელიძე. 2019

ამასთან, არსებობს საკონონმდებლო ბარიერი, რომლის მიხედვით, ექიმი, იმის გამო, რომ ინდმეწარმის სტატუსი გააჩნია და გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება ჯანდაცვის სამინისტროსთან, მისი ტრანსპორტირება ვერ დააფინანსდება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან. სოფლის ექიმს, როგორც კერძო ინდმეწარმეს მუნიციპლური ბიუჯეტი ვერ დააფინანსებს. თუმცა, ზოგიერთ რეგიონში, მაგალითად, სამეგრელო-ზემო სვანეთში ადგილობრივი ხელისუფლება ჩაერთო C ჰეპატიტის სერვისის მიწოდების უზრუნველყოფაში, რისთვისაც ადგილობრივმა თვითმმართველობამ გამოყო დამატებითი თანხა ოჯახის ექიმების მიერ C ჰეპატიტზე სკრინინგის ჩასატარებლად. ამ მხრივ, საჭიროა ჯანდაცვის სამინისტროსა და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის მეტი კოორდინირებული მუშაობა. თუმცა, როგორც კვლევამ აჩვენა, ჯანდაცვის სამინისტრო უახლოეს მომავალში ექიმების ტრანსპორტირებისთვის დამატებითი თანხების გამოყოფას არ გეგმავს[1].

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა[2].

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმების განსაზღვრა

რეფორმირების საწყის ეტაპზე უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები. მრავალი ქვეყნის გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმებია:

- ოჯახის ექიმის ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა;
- საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;

1 ლ. გოგოლაძე, თ. ვერულავა, ი. კაჭკაჭიშვილი, ო. კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019

2 თ. ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი. 2015.

- ამბულატორიული კლინიკა ან საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

ოჯახის ექიმები უფრო მეტად დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს წარმოადგენენ, რომლებიც მედდებთან ერთად ქმნიან ერთ გუნდს. მათ საკუთარი ოფისები და საბანკო ანგარიში აქვთ, სადაც ერიცხებათ კუთვნილი ანაზღაურება. საჭიროა ასეთი სქემის განვითარების სტიმულირება. აღნიშნული არ გულისხმობს ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემების მხარდაჭერას. პაციენტებს უნდა მიეცეთ არამარტო ოჯახის ექიმების, არამედ პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემებს შორის თავისუფალი არჩევის უფლება. აღნიშნული ხელს შეუწყობს როგორც ოჯახის ექიმთა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემებს შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური რესურსების განვითარება

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევით[1] გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმების 60%-ს არ ჰყავს ექთანი. იმის გათვალისწინებით, რომ ექთანს მნიშვნელოვანი როლი უკავია სერვისის გაწევაში, საოჯახო მედიცინის გუნდში მისი არარსებობა უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე და შესაბამისად, პაციენტების კმაყოფილებაზე. ოჯახის ექიმთა 45 % თვლის, რომ დამსაქმებელი არ ზრუნავს მათი როგორც ადამიანური რესურსის შენარჩუნებაზე და პროფესიულ ზრდაზე. რესპოდენტთა 35%-ის აზრით დამსაქმებელი არ ცდილობს მოისმინოს მათი პრობლემები და დროულად უპასუხოს მათ. ცხადია, აღნიშნული ექიმის დაბალ ანაზღაურებასთან ერთად არის ოჯახის ექიმების უკმაყოფილების მიზეზი.

მედიცინაში დიდი როლი უკავია სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განათლებას. ოჯახის ექიმთა 50% თვლის, რომ მეტნაკლებად აქვთ პროფესიული სრულყოფის საშუალება,

1 თ. ვერულავა, დ. ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

თუმცა, 35%-ს ამის საშუალება არ აქვს. რესპოდენტთა 35% ვერ ახერხებს ოჯახის ექიმებისთვის განკუთვნილ საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობას. საქართველოში უწყვეტი პროფესიული განათლება არ არის სავალდებულო, ხოლო ტრენინგები, საგანმანათლებლო პროგრამები უმეტესად ფასიანია. ოჯახის ექიმებს არ აქვთ იმის შესაძლებლობა, რომ თავიანთი მცირე ანაზღაურებით გაიარონ ტრენინგები და გაიღრმავონ განათლება, ხოლო დამსაქმებელი არ ზრუნავს ამაზე. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენს ექიმთა პროფესიულ ზრდასა და კვალიფიკაციაზე.

ოჯახის ექიმთა 50% ეცნობა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით, ხოლო 45% მეტნაკლებად ახერხებს. აღსანიშნავია, რომ ინტერნეტით სიახლეებს უმეტესად თვალს არ ადევნებს 51 წელს ზემოთ ასაკის რესპოდენტები.

კვლევის ფარგლებში ჩატარებული სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ მომსახურების გაწევის ადგილებში არსებული პირობები არ ქმნის შესაბამისი მომსახურების გაწევის წინაპირობას. არაიშვიათად, შენობ ების დიდ ნაწილს არ მიეწოდება ელექტროენერგია, არ აქვს სამედიცინო ინვენტარი, ზამთრში – გათბობის საშუალებები. ამბულატორიები ძირითადად სარემონტოა და ვერ უზრუნველყოფს იმუნიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო მასალის საჭირო გარემოში განთავსებას.

ექიმის სამუშაო ადგილების მნიშვნელოვან ნაწილში შეინიშნება წყლის მიწოდებასთან დაკავშირებული პრობლემები: არ არის ხელსაბანი, არ არის გამდინარე წყალი, დაზიანებულია წყალგაყვანილობის სისტემა. შესაბამისად, აღნიშნულ დაწესებულებებში სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვა შეუძლებელია.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა მიმართული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი.

ცხრილი:9

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
ოჯახის ექიმებს ჰყავთ თუ არა ექთანი		
დიახ	8	40
არა	12	60
რამდენად ცდილობს დამსაქმებელი ოჯახის ექიმის პროფესიულ ზრდას?		
დიახ	3	15
არა	9	45
მეტ-ნაკლებად	5	25
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	15
დამსაქმებელი ყოველთვის ისმენს და პასუხობს თქვენს პრობლემებს		
დიახ	4	20
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	2	10
გაქვთ თუ არა კარიერული განვითარების, პროფესიული სრულყოფის შესაძლებლობა?		
დიახ	0	0
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	10	50
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	15
ესწრებით თუ არა საგანმანათლებლო პროგრამებს ოჯახის ექიმებისთვის?		
დიახ	3	15
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	6	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	4	25
ეცნობით თუ არა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით		
დიახ	10	50
არა	0	0
მეტ-ნაკლებად	9	45
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
ეცნობით თუ არა განახლებულ გაიდლაინებს ინტერნეტის საშუალებით?		
დიახ	7	35
არა	6	30
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	0	0

წყარო: თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობისა და მდებარეობის განსაზღვრა

აუცილებელია, არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობის და სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით, რაც გულისხმობს სერვისების 15-წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას. იმ მოსახლეობისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ მთებში, ან სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მცირეა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა, რომლებიც გარკვეული პერიოდულობით უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას გაწევენ. ამ მხრივ, ჩამოყალიბდება სოფლად ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში ერთი და მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 250-1000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია 1 ექთანი. 1000-2000 მოსახლეზე ერთი საოჯახო მედიცინის გუნდი (1 ექიმი, ერთი ექთანი). დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი ემატება 1000-2000 მოსახლეზე.

პირველადი ჯანდაცვაში ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება

პირველადი ჯანდაცვა ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დაძლევის და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციის ეფექტური საშუალებაა. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების (ტუბერკულოზი, შიდსი...) მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. შედეგად, ხშირია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების ზრდა. ამისათვის საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და მათი შეთანხმებული მუშაობა. ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების უფრო ხარჯთ-ეფექტურად გაწევას.

პირველადი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემები განვითარება

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით აუცილებელია მართვის საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარების, კომპიუტერულ-პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. სათანადო საინფორმაციო სისტემის არსებობა საჭიროა სამედიცინო პერსონალის მიერ ადეკვატური მომსახურების გასაწევად.

ჩატარებული კვლევა[1] აჩვენებს, რომ სოფლის ექიმების აზრით, კომპიუტერი და ინტერნეტი მათ სჭირდებათ სხვადასხვა საქმიანობის შესასრულებლად, მაგალითად, გარდაცვალების ცნობის მოსამზადებლად, რისთვისაც 5 დღიანი ვადა აქვთ; იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულში სამუშაოდ; აგრეთვე, ანგარიშების მოსამზადებლად, სამედიცინო სახის ინფორმაციის გასაგებად, სამედიცინო განათლების ასამაღლებლად.

ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემა დააკავშირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს, ფარმაცევტულ დაწესებულებებსა და მარეგულირებელ ორგანოებს.

პირველადი ჯანდაცვა სისტემის ფუნდამენტია, რომლის გარეშე შეუძლებელია რაიმეს აშენება. პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტური ხარჯვა.

ევროპის ბევრ ქვეყნებში, რომლებსაც აქვთ ზოგადი საექიმო პრაქტიკის (GP) სისტემა, პაციენტის თვითმიმართვა ნაკლებად შეინიშნება და, როგორც წესი, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, როგორც მეკარიბჭეები, ღებულობენ პროფესიონალურ გადაწყვეტილებას და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავენ სპეციალისტებთან [27, 28]. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში უფრო მეტად გავრცელებულია პაციენტის თვითმიმართვა სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (საავადმყოფო, ექიმი სპეციალისტები). არსებული სისტემა არ უწყობს

1 ლ. გოგოლაძე, თ. ვერულავა, ი. კაჭკაჭიშვილი, ო. კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019.

ხელს სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე თვითმიმართვის ქცევის შემცირებას. კვლევები ადასტურებენ, რომ აღნიშნულმა მდგომარეობამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე [29]. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა მეტი წილი პრევენციის მიზნით საკონსულტაციოდ იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. აღნიშნული ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის გარეშე სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის თვითმიმართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს [30].

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების მხრიდან მათდამი უნდობლობა და დაბალი კმაყოფილება გამოწვეულია არამარტო მათი მიზეზით, არამედ იმითაც, რომ პაციენტებს არ მოსწონთ ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების ინფრატრუქტურა, ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას რიგში დგომა. ასევე, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება დამკვიდრებულ სტერეოტიპს, თითქოს ოჯახის ექიმები ექიმ-სპეციალისტებთან შედარებით ნაკლებად პროფესიონალები არიან. შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაბალ განვითარებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ოჯახის ექიმების დაბალი ანაზღაურება. ამასთან, ოჯახის ექიმების გამოკითხვით, მათი დატვირთვა აღემატება ანაზღაურებას. გასათვალისწინებელია, რომ უმრავლესობას არ ყავს ექთანი და უწევთ გაორმაგებული მუშაობა.

მდგომარეობას ამძიმებს ის გარემოება, რომ დამსაქმებლები ნაკლებად ცდილობენ ოჯახის ექიმების პროფესიულ ზრდის ხელშეწყობას. შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს არ აქვთ პროფესიული სრულყოფისა და განვითარების საშუალება, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო სფეროში, ისევე როგორც სხვა ნებისმიერ სფეროში დასაქმებული ადამიანებისათვის. კვლევა აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია ნაკლებად ინტე-

რესდება ოჯახის ექიმების პრობლემებით. შესაბამისად, არ ხდება პრობლემების იდენტიფიცირება, თითოეული პრობლემური შემთხვევის განხილვა, გაანალიზება და მოსაგვარებელი გზების ძიება.

ცალკე პრობლემად შეიძლება გამოიყოს ის ფაქტი, რომ ქვეყანაში სავალდებულო ხასიათს არ ატარებს უწყვეტი პროფესიული განათლება. ამასთან, ექიმების გარკვეულ ნაწილს არ აქვს აკადემიური-საგანმანათლებლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, რადგან მათში მონაწილეობის მიღება თანხებთანაა დაკავშირებული.

დასკვნა, რეკომენდაციები

პაციენტის ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა დაბალია. პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ასევე მათი უმეტესობა პრევენციის მიზნით იშვიათად მიმართავს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. ოჯახის ექიმის დაბალი როლი ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. პაციენტის თვითმიმართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. აღნიშნული უმთავრესად განპირობებულია ოჯახის ექიმების დაბალი კვალიფიკაციით, დაბალი ანაზღაურებით. სახელმწიფო და დამსაქმებლები ნაკლებად ცდილობენ ოჯახის ექიმების პროფესიულ ზრდის ხელშეწყობას. შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს არ აქვთ პროფესიული სრულყოფისა და განვითარების შესაძლებლობა. საყურადღებოა, რომ ქვეყანაში სავალდებულ ხასიათს არ ატარებს უწყვეტი პროფესიული განათლება.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის

მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად.

ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები

ქრონიკული დაავადებები ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პრობლემას წარმოადგენს. ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურება მოიცავს ჯანმრთელობის, სოციალურ, საცხოვრებელ, ტრანსპორტირების, და სხვა სერვისებს. ქრონიკულ ავადმყოფთა მოვლის ყველაზე იაფ და ეფექტურ ალტერნატივას წარმოადგენს შინმოვლის სისტემების განვითარება.

შინმოვლის მიზანია მოვლაზე დამოკიდებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, პაციენტებისა და მათი ახლობლების დახმარება[1]. ბევრ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, ქრონიკულ ავადმყოფთა შინმოვლა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო სისტემების ნაწილი გახდა[2].

საქართველოში, ისევე როგორც განვითარებად ქვეყნებში ქრონიკულ ავადმყოფთა ხანგრძლივი მოვლის, სამედიცინო და სოციალური მომსახურების სერვისები (სამედიცინო მეთვალყურეობა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მოვლის ინტერდისციპლინარული თერაპია) განსაკუთრებით ხელმიუწვდომელია მოსახლეობის ღარიბი ნაწილისთვის[3].

შინმოვლის სერვისების საჭიროება იზრდება ხანდაზმულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად, რადგან რაც უფრო მეტია ადამიანის ასაკი მით მეტია გრძელვადიანი სამედიცინო მეთვალყურეობის საჭიროება[4]. ამ მხრივ, საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდისა და შობადობის შემცირების ფონზე შეინიშნება ხანდაზმული მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენ-

---

1 Husebø Anne Marie Lunde, Storm Marianne, 2014. „Virtual Visits in Home Health Care for Older Adults," The Scientific World Journal, vol. 2014.

2 Yarmo-Roberts D, Freak-Poli R. L, Cooper B, Noonan T, Stolewinder J, Reid C. M. The Heart of the Matter: Health Status of Aged Care Clients Receiving Home- and Community-Based Care, Journal of Aging Research, Volume 2010.

3 თ. ვერულავა. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. 25.02.2016.

4 Guerriere D. N, Coyte P. C. 2011. The Ambulatory and Home Care Record: A Methodological Framework for Economic Analyses in End-of-Life Care. Journal of Aging Research, Volume 2011 (2011).

ცია. 1995 წლიდან 2012 წლამდე პერიოდში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 70.3-დან 74.7 წლამდე გაიზარდა. შედარებისთვის, 2011 წლის მონაცემებით, განვითარებულ ქვეყნებში სიცოცხლის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი მოიცავს 80.1 წელს[1].

ცხრილი 1.

65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობა (2004-2011), საქართველო

	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობა. მათ შორის:	598.600	618.0	643.100	636.800	626.200	619.300	616.300
ქალი	367.100	379.000	395.800	393.800	388.800	385.200	383.500
კაცი	231.500	239.000	247.300	243.000	237.400	234.100	232.800

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

1990-იან წლებიდან ევროპის ქვეყნებში და აშშ-ში ინტენსიურად ვითარდება შინმოვლის სისტემები. ბევრ ქვეყნებში იგი სახელმწიფო პროგრამებშიც შეიტანეს.

როგორც წესი, ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურების საჭიროება განისაზღვრება ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობების (ADLs – Activities of daily living: საკვების მიღება, ჩაცმა, ბანაობა, ტუალეტი, საწოლიდან წამოდგომა), ასევე ყოველდღიური ცხოვრების ინსტრუმენტალური აქტივობების (IADLs – Instrumental activities of daily living: სამრეცხაო სერვისები, შინამეურნეობა, საკვების მომზადება, ტრანსპორტირება, მედიკამენტების მიღება, ტელეფონით სარგებლობა) სახით.

ცხრილი 2.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, საქართველო – 1995 – 2012.

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
სულ	70.3	71.3	74.0	74.3	75.1	74.2	73.6	74.4	74.5	74.7
კაცი	66.3	67.5	70.0	69.8	70.5	69.3	69.2	70.0	70.2	70.2
ქალი	74.2	75.0	77.6	78.6	79.4	79.0	77.7	78.7	78.6	79

1 OECD Health Statistics 2013. OECD Library. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

შვედეთში ხანდაზმულთა სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების მიერ[1], თუმცა, წლიდან წლამდე იზრდება შენმოვლის სერვისებში კერძო პროვაიდერების მონაწილეობა. ბენეფიციარს აქვს კერძო და სახელმწიფო შინმოვლის ორგანიზაციების თავისუფალი არჩევანის უფლება.

შინმოვლის სერვისები არის როგორც ფორმალური, ასევე არაფორმალური. ფორმალური ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალი პერსონალის მიერ გაწეულ მომსახურებას. არაფორმალური მოვლა გულისხმობს ოჯახის, ახლობლების მიერ გაწეულ მომსახურეობას. შვედეთში შინმოვლის სერვისებს უმთავრესად ოჯახის წევრები ეწევიან.

აშშ-ში ხანგრძლივ სამედიცინო მომსახურების ხარჯები იფარება მედიქეიდის და მედიქეას სახელმწიფო პროგრამებით და პაციენტების ჯიბიდან პირდაპირი გადახდებით. აშშ-ში ბენეფიციართა უმრავლესობა ხანგრძლივი მოვლის სერვისებს ღებულობს მათი ოჯახის წევრებისგან (არაფორმალური მზრუნველები). მოხუცთა თავშესაფრებში ძირითადად ის პირები ცხოვრობენ, რომლებსაც არ ჰყავთ მათი მომვლელი ოჯახის წევრები.

თემზე დაფუძნებული შინმოვლის სერვისები გულისხმობს ისეთი სერვისების მიწოდებას, როგორიცაა: შინ მოვლა, დღიური მომსახურება, საკვების მიტანა ბინაზე, დავრდომილთა თავშესაფრები ტერმინალურ სტადიაში მყოფთათვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. ბოლო წლებში მოვლის ინსტიტუციონალური ფორმების (საავადმყოფო, მოხუცთა თავშესაფრები) ნაცვლად უპირატესობა მიენიჭა თემზე დაფუძნებულ შინ მოვლას და ჰოსპისებს (დავრდომილთა თავშესაფრები), რომლებიც უზრუნველყოფენ ბინაზე ინტენსიური მოვლის სერვისებს. შედეგად ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურება საავადმყოფოდან გადაინაცვლა ბინაზე.

ქრონიკულ ავადმყოფთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მომსახურება ხორციელდება მოხუცთა თავშესაფრებში, სადაც ისინი უზრუნველყოფილნი არიან კვალიფიციური სამედიცინო

1 Elderly care in Sweden. 2014. https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/

პერსონალის მიერ 24 საათიანი მეთვალყურეობით. თუმცა, მიჩნეულია, რომ მოხუცთა თავშესაფრებში ბენეფიციართა მჭიდროდ განთავსება აქვეითებს მათი ცხოვრების ხარისხს. შედეგად, მოხუცთა სახლების ნაცვლად უპირატესობას ანიჭებენ შინმოვლის და თემზე დაფუძნებული ხანგრძლივი მომსახურების განვითარებას.

საქართველოში დაბალია შინმოვლისა და ზრუნვის კულტურა. სამედიცინო სერვისების ორგანიზაცია უფრო მეტად ორიენტირებულია დაავადებებათა მკურნალობასა და სტაციონარულ სერვისებზე. შესაბამისად, არ არსებობს ინსტიტუციონალური შინმოვლისათვის დამახასიათებელი მკურნალობის, მოვლისა და პრევენციის კომპონენტების ურთიერთკავშირი[1].

საქართველოში, ისევე როგორც ღარიბ ქვეყნებში შინმოვლაში პროფესიონალი მომვლელები ძალიან მცირე რაოდენობით მონაწილეობენ და იგი ძირითადად არაფორმალური მომვლელებისაგან შედგება[2]. განვითარებულ ქვეყნებში შინმოვლის სამსახურები უფრო სპეციალიზებული და პროფესიონალიზებულია.

საქართველოში 2012 წლიდან მოქმედებს საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა. პროგრამა მოიცავს ხანდაზმულ ადამიანებზე სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფას. თუმცა, ხანდაზმულთა შინმოვლის ასპექტი ჯანდაცვის არცერთ სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული (გარდა პალიატიური ზრუნვის პროგრამისა). პალიატიური ზრუნვის პროგრამა მოიცავს ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას (თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტი პაციენტთან. მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით), ინკურაბელურ და აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ პალიატიურ მზრუნველობას, ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფას. 2014 წლიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ხანდაზმულები (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) უზრუნველყოფილნი არიან დამხმარე საშუალებებით, რაც ემსახურება მათ ფუნქციური დამოუკიდე-

1 თ“. ვერულავა. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. 25.02.2016

2 კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა.

ბლობის ხარისხის ამაღლებასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ კომპონენტებს:

ა) სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობა;

ბ) საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფა;

გ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფა;

დ) კოხლეარული იმპლანტით უზრუნველყოფა;

ე) ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფა.

იმის გამო, რომ მოვლის სერვისები თითქმის არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით, მისი დაფინანსება უმეტესწილად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, უცხოური დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით. თუმცა ასეთი დაფინანსება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ 2012 წლიდან თბილისის მერია უმწეო და გაჭირვებულ მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებს სიღატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული საწოლს ან სახლს მიჯაჭვული მარტოხელა ბენეფიციარების შინმოვლას, რომლებსაც ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიის გამო ესაჭიროებათ დახმარება. 2010 წლიდან შინმოვლის სერვისების დაფინანსებაში ჩაერთო ქ. გორის მუნიციპალიტეტი, ხოლო 2014 წლის სექტემბრიდან ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტი.

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. ექსპერტთა აზრით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას ბენეფიციარს წარმოადგენს[1].

საქართველოში შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ შემდეგი არასამთავრობო ორგანიზაციები: „საქართველოს კარიტასი“ და „შინმოვლის კოალიცია“ (რომელშიც გაერთიანებულია ფონდი „თაობა“, კავშირი „ადამიანი და ბუნება“, კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“, ასოციაცია „გენეზისი“). საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“ შინმოვლის სერვისებს ახორციელებს 1995 წლიდან, იგი საერთაშორისო და ევროპის კარიტასების წევრი ორ-

1 კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა.

განიზაციაა. შინმოვლის კოალიცია ფუნქციონირებს 2009 წლიდან.

„შინმოვლის კოალიცია“ და „საქართველოს კარიტასი“ ხანდაზმულ ბენეფიციარებს შინმოვლის თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. იგი მოიცავს სხვადასხვა სპეციალისტებით დაკომპლექტებული გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და ფსიქო-სოციალური მომსახურების მიწოდებას ბინაზე იმ პირთათვის რომლებიც დროებით ან მუდმივად საწოლს არიან მიჯაჭვულნი. სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ „შინმოვლის კოალიციის“ სამსახურში ჩართულია ექიმი, რომელიც ადგენს ინდივიდუალურ სამუშაო გეგმას მოსარგებლისათვის ექთანთან ერთად. „საქართველოს კარიტასის“ სერვისში ექიმი არ არის ჩართული, მაგრამ სოციალური მუშაკი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებში მონაწილე ოჯახის ექიმების მეშვეობით ახერხებს სერვისების მიწოდებას.

„საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციართა საჭიროებების მიხედვით უზრუნველყოფს ექიმი-სპეციალისტების მომსახურებას, „შინმოვლის კოალიციის“ ექიმი კი კონსულტაციას უწევს და ამისამართებს პაციენტებს სპეცალისტებთან. ორგანიზაციები ბენეფიციართა აღრიცხვაზე აყვანის კრიტერიუმად იყენებენ მათი სოციალურად დაუცველის სტატუსს.

საქართველოში მოქმედი ორგანიზაციები შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერით. შინმოვლის სერვისების დაფინანსების წყაროებში ძალიან მცირე წილი უკავია სახელმწიფო დაფინანსებას, ასევე მაღალია ჯიბიდან გადახდების წილი. აღნიშნული განაპირობებს ბევრ სირთულეებს, და განსაკუთრებით შინმოვლის სერვისებზე დაბალ ხელმისაწვდომობას. მაგალითად, 2013 წელს ორგანიზაცია „საქართველოს კარიტასის“ დაფინანსების წყაროებს შეადგენდნენ: უცხოური ქველმოქმედება (82.8%), სახელმწიფო დაფინანსება (14.8%) და ჯიბიდან გადახდები (2.4%). საყურადღებოა, რომ ამ მონაცემებში შედის მხოლოდ სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარები. თუ გავითვალისწინებთ სხვა მოსარგებლეებს, ჯიბიდან გადახდების წილი მკვეთრად მოიმატებს.

ცხრილი 3.

კარიტასის დაფინანსების წყაროები. 2013

ქველმოქ-მედება	სახელმწიფო	ჯიბიდან გადახდები	სულ
ლარი* 364,760 $ 207,913	ლარი 65,000 $ 37,050	ლარი 10,500 $ 5,985	ლარი 440,260 $ 250,948

წყარო: კარიტასი, 2014. * ლარი

1 ხანდაზმულის მოვლის საშუალო ღირებულება 100 ბენეფიციარის შემთხვევაში კვების გარეშე შეადგენს 382 ლარს, ხოლო 1000 ბენეფიციარზე – 188 ლარს (შინმოვლის კოალიცია). იგი მოიცავს, როგორც მოვლის საშუალებების, ასევე მედიკამენტების, სამედიცინო პერსონალის მომსახურების, ადმინისტრაციული, საკომუნიკაციო და ა.შ. ხარჯებს[1].

საქართველოში ჩატარებული კვლევის[2] შედეგები ადასტურებენ, რომ დაბალია ქრონიკულ ავადმყოფთა მიერ მედიკამენტებზე და ჰიგიენურ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობა. კვლევის მიხედვით, ბენეფიციართა 49.1%-ს საჭიროების მიუხედავად მედიკამენტზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი, ხოლო 2.8% საერთოდ ვერ შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები. ასევე, მიუხედავად იმისა, რომ კარიტასი ბენეფიციარებს აწვდის ჰიგიენურ საშუალებებს, გამოკითხულთა 43.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად ჰიგიენურ საშუალებებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი.

დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უმთავრესი მიზეზებია რესპოდენტთა ოჯახის წევრების დასაქმების დაბალი დონე და დაბალი შემოსავლები. გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის ოჯახში მხოლოდ ერთი წევრია დასაქმებული (35.7%), ხოლო არავინაა დასაქმებული 32.2%-ში. გამოკითხულთა ოჯახების 32.2 %-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 300 ლარზე ნაკლებია, მაშინ როდესაც გამოკითხულთა 7.1%-ის მედიკამენტებზე ყოველთვიური დანახარჯები 300 ლარს აღემატება. კატასტროფულ დანახარჯებს კიდევ უფრო ამძიმებს ბენეფიციართა ჰიგიენურ საშუალებებზე, აგრეთვე ექიმი-სპეციალისტის ვიზიტისათვის დანახარჯები.

---

1 თ. ვერულავა, ი. ადეიშვილი. ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N 1. 2015 წ.

2 T. Verulava, I. Adeishvili, T. Maglakelidze. Home Care Services for Elderly People in Georgia. Home Health Care Management Practice, 2016; 28 (3): 170-177.

ცხრილი 4.

კვალიფიციური პერსონალის საჭიროება, ხარჯები

რესპოდენტები	ქალი 146 (51.6%)	კაცი 137 (48.4%)	სულ 283
ზრუნვის საჭიროება			
არ საჭიროებს დახმარებას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად	55 (37.7%)	61 (44.5%)	116 (41%)
საჭიროებს დახმარებას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად	76 (52.1%)	67 (47.4%)	143 (50.5%)
მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას	13 (8.9%)	11 (8%)	24 (8.5%)
უფრო მეტად იყენებენ			
სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით	45 (30.8%)	31 (22.6%)	76 (26.9%)
არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული სერვისებით	109 (74.7%)	98 (71.5%)	207 (73.1%)
ზრუნვის კვალიფიციური პერსონალის საჭიროება			
ოჯახის ექიმი	40 (27.4%)	29 (21.2%)	69 (24.4%)
ექთანი	77 (52.7%	71 (51.8%)	148 (52.3%)
ექიმი სპეციალისტები	29 (19.9%)	37 (27%)	66 (23.3%)
უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ			
შინმოვლის სერვისებს	120 (82.2%)	118 (86.1%)	238 (84.1%)
სპეციალიზებულ ჰოსპიტალურ სერვისებს	26 (17.8%)	19 (13.9%)	45 (15.9%)
შინმოვლის სერვისების გაწევისას როდესაც შესაძლებელია, უპირატესობას ანიჭებენ			
ოჯახის წევრებს ან ახლობლებს	88 (60.3%)	86 (62.8%)	174 (61.5%)
სპეციალისტებს	58 (39.7%)	51 (37.2%)	109 (38.5%)
შინმოვლის სერვისების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობა			
მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა	27 (18.5%)	37 (27%)	64 (22.6%)
საშუალოდ გაუმჯობესდა	56 (38.4%)	86 (62.8%)	142 (50.2%)
საერთოდ არ გაუმჯობესებულა	6 (4.1%)	8 (5.8%)	14 (4.9%)
შინმოვლის სერვისების შედეგად სოციალური ინტეგრაცია			
მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა	20 (13.7%)	25 (18.2%)	45 (15.9%)
საშუალოდ გაუმჯობესდა	52 (35.6%)	75 (54.7%)	127 (44.9%
საერთოდ არ გაუმჯობესებულა	11 (7.5%)	16 (11.7%)	27 (9.5%)
შინმოვლის სერვისები რამდენად სასარგებლოა ფინანსური თვალსაზრისით			
ვღებულობ კვალიფიციურ შინმოვლის სერვისებს, რომლის გადახდის საშუალება არასდროს მექნებოდა	78 (53.4%)	89 (65 %)	167 (59 %)
გაწეული სერვისების გამო, ოჯახის წევრებმა შეძლეს შეენარჩუნებინათ სამსახური	46 (31.5 %)	64 (46.7%)	110 (38.9%)
შინმოვლის სერვისების წყალობით ოჯახის წევრებს საკმაო დრო რჩებათ მეორე მშობლისთვისაც	64 (43.8%)	83 (60.6%)	147 (51.9%)
სერვისების პაკეტი უნდა შეიცვალოს საჭიროებებიდან გამომდინარე	120 (82.2%)	118 (86.1%)	238 (84.1%)

წყარო: თ. ვერულავა, ი. ადეიშვილი. ხანდაზმულთა შინ-მოვლის სერვისები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N 1. 2015 წ.

კვლევამ[1] აჩვენა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად სჭირდება დახმარება (50.5%), ხოლო გარკვეული ნაწილი საერთოდ მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას (8.5%). რესპონდენტები სარგებლობენ როგორც სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით, ასევე კერძო, არამომგებიანი ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული სერვისებით. კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (73.1%) უფრო ხშირად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით. ბენეფიციართა გამოკითხვით, ყველაზე მეტად საჭიროებენ ექთნის (52.3%), ოჯახის ექიმის (24.4%), ექიმი სპეციალისტების (23.3%) კვალიფიციურ სამედიცინო დახმარებას.

გამოკითხულთა 22.6% თვლის, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციების შინმოვლის სამსახურების სერვისებმა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ხოლო 50.2% თვლის, რომ საშუალოდ გააუმჯობესა. შინმოვლის სერვისების შედეგად სოციალური ინტეგრაცია მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა 15.9%-ის აზრით, ხოლო საშუალოდ გაუმჯობესდა – 44.9%-ის აზრით. გამოკითხულთა 59%-ის აზრით შინმოვლის სერვისები ძალიან სასარგებლოა ფინანსური თვალსაზრისით, რადგან ღებულობენ კვალიფიციურ სერვისებს, რომლის გადახდის საშუალება მათ არასდროს ექნებოდათ. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 38.9%-ის მიხედვით, გაწეული სერვისების გამო, ოჯახის წევრებმა შეძლეს შეენარჩუნებინათ თავიანთი სამსახური ან დაეწყოთ ახალი. 51.9%-ის აზრით, შინმოვლის სერვისების წყალობით ოჯახის წევრებს საკმაო დრო რჩებათ მეორე მშობლისთვისაც. 84.1%-მა ხაზი გაუსვა, რომ შინმოვლის სერვისების პაკეტი უნდა შეიცვალოს და უნდა გახდეს ბენეფიციართა საჭიროებების შესაბამისი.

თუმცა, ხანდაზმული ადამიანები, რომლებიც საჭიროებენ ზრუნვას უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათი ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე. იგი ეხება მოვლის როგორც რთულ ასევე შედარებით იოლ სერვისებს, როგორც ყოველდღიური საქ-

1 T. Verulava, I. Adeishvili, T. Maglakelidze. Home Care Services for Elderly People in Georgia. Home Health Care Management Practice, 2016; 28 (3): 170-177.

მიანობის შესასრულებლად საჭირო დახმარებას, ასევე ისეთი პირის დახმარებას, რომელიც მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას.

კვლევამ[1] აჩვენა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა (61.5%) შინმოვლის სერვისების გაწევისას, როდესაც ეს შესაძლებელია, უპირატესობას ანიჭებს საკუთარი ოჯახის წევრების, ან ნათესავების მიერ გაწეულ ზრუნვას თავიანთ სახლში. გამოკითხულთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს შინმოვლას (84.1%), ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას (15.9%). ამასთან, რაც უფრო იზრდება ზრუნვის სირთულე, მით უფრო მეტად ურჩევნიათ მოხუცთა თავშესაფრებში ან სპეციალიზირებულ დაწესებულებში მომსახურების გაწევა. ეს შეიძლება აიხსნას იმ გარემოებით, რომ ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამძიმების დროს შინმოვლის სერვისები არაეფექტურია.

რადგანაც ახლობლები წარმოადგენენ ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისების ძირითად მიმწოდებლებს საკუთარ სახლებში, მნიშვნელოვანია, მათთვის შესაფერისი ფორმალური მხარდაჭერის მიცემა, განსაკუთრებით, როდესაც იზრდება ზრუნვაზე პასუხისმგებლობა. ზოგ ქვეყნებში (მაგ., შვედეთში) ოჯახის წევრების მიერ გაწეულ ზრუნვაზე კანონმდებლობით გამოყოფილია სპეციალური მიზნობრივი გრანტები, რომლებსაც გასცემს მთავრობა ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე. იგი მიმართულია ზრუნვის არაფორმალური მიმწოდებლების სტიმულირებისა და განვითარების მხარდასაჭერად.

აქედან გამომდინარე, არასამთავრობო ორგანიზაციები, ასევე სახელმწიფო უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის მიერ გაწეულ სერვისებს და შესაბამისად, მიზანშეწონილია ოჯახის წევრების ჩართვა არასამთავრობო ფონდების სერვისებში და სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში. როგორც არასამთავრობო ფონდებმა, ისე სახელმწიფომ უნდა შეიმუშავოს გეგმა ოჯახის მიერ გაწეული სერვისების მხარდასაჭერად. ოჯახის, როგორც არაფორმალური მიმწოდებლის კომპონენტის ჩართვა შინმოვლის ფორმალურ სერვისებში აამაღლებს ხანდაზმულთა ზრუნვის მოტივაციას. ეს ეხება როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს, რადგან ზრუნვის

1 თ. ვერულავა, ი. ადეიშვილი. ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N 1. 2015 წ.

საჭიროების ბენეფიციართა უმრავლესობა დახმარებას ღებულობს მათი მეუღლეებისა და შვილებისაგან და წარმოადგენენ ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერებს. საკუთარ სახლში მცხოვრებთა მიმართ გაწეული მოვლის სერვისები საგრძნობ დხმარებას გაუწევენ როგორც ხანდაზმულებს, ასევე მათ ოჯახებს და რაც მთავარია, შეამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიმართვიანობის დინამიკა

2006 წლის 1 ივლისიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო „სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის“ განხორციელება, რომლის მიზანი იყო მოსახლეობის ყველაზე ღარიბი ფენის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა. თავდაპირველად პროგრამა ითვალისწინებდა ყველა იმ უმწეო ოჯახის სამედიცინო მომსახურებას, რომელთა სარეიტინგო ქულაც არ აღემატებოდა 100000-ს. 2007 წლის 1 იანვრიდან სარეიტინგო ქულის ზედა ზღვარი შეიცვალა და გახდა 70000[1].

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილებით, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, მოხდა 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 ჩართვა[2].

როგორც ვხედავთ, წლიდან წლამდე იზრდებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით მოცული მოსახლეობის რაოდენობა. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1% იყო მოცული, ხოლო 2012 წლისთვის იგი 37.9%-მდე გაიზარდა[3]. თუ ამას დავუმატებთ კერძო და კორპორატიული დაზღვევით მოცულ პირებს (362 663 პირი), მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8 %)[4].

---

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

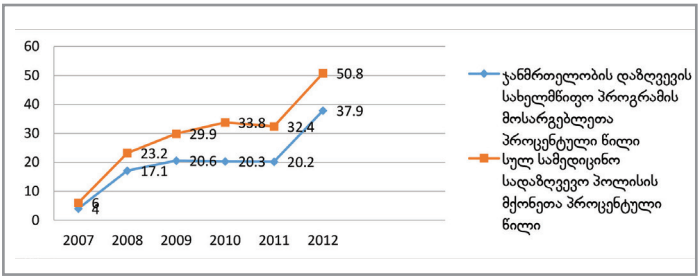
2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

3 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013.

4 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013.

დიაგრამა 1.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა და სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან (2007-2012 წწ.).



წყარო: ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მიუხედავად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოებისა, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრებით მიმართვას. გადაუდებელი (ურგენტული) მდგომარეობების დროს პროგრამული დახმარება მიეწოდებოდა მხოლოდ 0-დან 5 წლამდე და 60 წელს გადაცილებულ მოსახლეობას. ამ პირობებში 5-დან 60 წლამდე ასაკის მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ ითვლებოდა მოქმედი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით მოსარგებლედ, რის გამოც მოკლებულნი იყვნენ საშუალებას მიეღოთ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება. აღნიშნული ზრდიდა დაავადებათა გართულებული შემთხვევების რაოდენობას და შესაბამისად, ლეტალობის რისკს. აქვე აღსანიშნავია, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.1– ს შეადგენს და ამ მაჩვენებლით საქართველო ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეეყნებთან შედარებით[1].

1 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. ანგარიში, თბილი-

2013 წლის 28 თებერვლიდან, მთავრობის №36 დადგენილებით, ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა[1]. პროგრამის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა[2].

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა[3].

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა თავდაპირველად ითვალისწინებდა მინიმალურ პაკეტით უზრუნველყოფას, რაც გულისხმობდა ოჯახის (ან უბნის) ექიმისა და ექთნის კონსულტაციას, ასევე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას. 2013 წლის 1 ივლისიდან პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში.

გეგმური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით გათვალისწინებულია: ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება,

---

სი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013.

1 სსიპ საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2013. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36.

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარაგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.

3 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013 წლის ანგარიში.

საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე (ანაზღაურდება 100%-ით); ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები; ექიმ-სპეციალისტების (ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, გინეკოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, უროლოგი) მომსახურება), ოჯახის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით (ანაზღაურდება 70%-ით); ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები, კერძოდ: ელექტროკარდიოგრაფია (ანაზღაურდება 100%-ით), მუცლის ღრუს ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით, ტრანსაბდომინურად), გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია (ანაზღაურდება 70%-ით); ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, პროთრომბინის დრო), რომლებიც ანაზღაურდება 100%-ით, ხოლო ღვიძლის ფუნქციური სინჯები და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი ანაზღაურდება 70%-ით.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ანაზღაურდება აგრეთვე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა; სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა[1].

გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება მოიცავს ისეთი გადაუდებელი მდგომარეობების მართვასა და სტაბილიზაციას, რომელიც არ საჭიროებს სტაციონარში 24 საათიან დაყოვნებას. ასეთია: ტრავმები, მოტეხილობები, ჭრილობები, თერმულ დაზიანებები (დამწვრობა/მოყინვა), მოწამვლა/ინტოქსიკაცია, ცხვირიდან სისხლდენა, ალერგიის მართვა ანაფილაქსიური შოკის განვითარების რისკის დროს, შარდის შეკავება, მწვავე ლარინგიტი (კრუპი), გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (ჰიპერტონული კრიზი, გულის რითმის დარღვევები) და სხვა-

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. 2013 წლის 21 თებერვალი.

დასხვა სახის მწვავე ტკივილი. აღნიშნული გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ანაზღაურდება სრულად, 100%-ით.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოიცავს გეგმურ ქირურგიულ ოპერაციებს (მ. შ. დღის სტაციონარი) და მასთან დაკავშირებულ ყველა გამოკვლევას. გეგმური სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების წლიური ლიმიტი შეადგენს 15000 ლარს, რომელიც ანაზღაურდება 70%-ით, ხოლო სრულად ანაზღაურდება 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლეებისათვის კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მასთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოიცავს აგრეთვე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობას, კერძოდ – ქიმიოთერაპიას, ჰორმონოთერაპიას და სხივურ თერაპიას. წლიური ლიმიტი შეადგენს 12 000 ლარს, ანაზღაურდება 80%-ით, ხოლო 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლეებისათვის მომსახურება ანაზღაურდება სრულად. პროგრამით გათვალისწინებულია მშობიარობის ანაზღაურება (ფიზიოლოგიური მშობიარობა – ლიმიტი 500 ლარი; საკეისრო კვეთა – ლიმიტი 800 ლარი).

გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ითვალისწინებს ისეთი მდგომარეებების დაფინანსებას, როდესაც დაუყოვნებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის გარეშე, მოსალოდნელია ორგანოს ან/და კიდურის დაკარგვა ან პაციენტის გარდაცვალება რამდენიმე საათში. გათვალისწინებულია გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული დახმარების გაწევა. პროგრამა ასევე მოიცავს ინტენსიურ თერაპიასა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვას. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე შეადგენს 15 000 ლარს. 100 %-ით ანაზღაუდება ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა და 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად. 70%-ით ანაზღაურდება ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეებია:

- საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები;

• საქართველოში მოქალაქეობის სტატუსის არმქონე ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირები, გარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მოსარგებლეებისა (საქართველოს მთავრობის №218 და №165 დადგენილების მოსარგებლეები), 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა და იმ ბრალდებული / მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობაში (საბაზისო პაკეტი). თუ დაზღვეულ მოქალაქეს 1 ივლისის შემდგომ ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდება სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (მინიმალური პაკეტი).

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით. მას შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში. ამასთან, თუ არ მოეწონება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, შეუძლია შეცვალოს რეგისტრაცია 2 თვეში ერთხელ. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას. რაც შეეხება გეგმიური სტაციონარულ მომსახურებას, მის მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად[1].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს[2].

---

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარაგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინის-

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად[1]. 2014 წლის 10 იანვრის მონაცემებით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში, 2013 წლის პირველი ივლისიდან 31 დეკემბრის ჩათვლით, მომართვის 144 354 შემთხვევა დაფიქსირდა[2]

ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტმა 2014 წელს ჩაატარა კვლევა[3],[4], რომლის მიზანს წარმოადგენდა ბენეფიციარების მიმართვიანობის ანალიზი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შემოღებამდე და პროგრამის შემოღების შემდეგ, ანუ რამდენად გაიზარდა პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებში წინათ დაუზღვეველი მოსახლეობის მიმართვიანობა.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. თვისებრივი კვლევა გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის და ჯანდაცვის ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან დაკავშირებით. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისა და ჯანდაცვის ექსპერტების მონაწილეობით. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის 500 ბენეფიციარის გამოკითხვა.

ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამ-

---

ტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება, პრესრელიზი.

1 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Temur Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120.

2 ინტერპრესნიუსი, 2014. რუსუდან გოგოლაშვილი – სახელმწიფო დაზღვევის მქონე პირების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გაერთიანება 2014 წლის ბოლომდე დასრულდება.

3 თ. ვერულავა, ა. ნონიკაშვილი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №1 (2015).

4 T. Verulava, R. Jorbenadze, T. Barkalaia. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120

დე, ერთი წლის განმავლობაში, ოჯახის ექიმს 1-3-ჯერ მიმართა ბენეფიციართა 23 %-მა, 3-ზე მეტი სიხშირით – 10 %-მა, ხოლო საერთოდ არ მიუმართავს 67 %-ს. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ოჯახის ექიმს 1-დან 3-მდე რაოდენობით მიმართა ბენეფიციარების 49 %-მა, 3-ზე მეტჯერ – 27 %-მა. არ მიუმართავს გამოკითხულთა 21 %-ს.

ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამის ამოქმედებამდე, ექიმ-სპეციალისტს 1-3-ჯერ მიმართა 34 %-მა, 3-ზე მეტი სიხშირით – 18 %-მა, ხოლო საერთოდ არ მიუმართავს ბენეფიციართა 48 %-ს. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ექიმ-სპეციალისტს 1-3-ჯერ მიმართა გამოკითხულთა 52 %-მა, 3-ზე მეტჯერ – 18 %-მა. არ მიუმართავს ბენეფიციართა 30 %-ს. ბენეფიციართა 67 %-მა აღნიშნა, რომ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის მიმართვით, 14 %-მა განაცხადა, რომ მათ ექიმ-სპეციალისტს მიმართეს პირდაპირ, ოჯახის ექიმის გარეშე, ხოლო 19 %-ის განცხადებით, ექიმ-სპეციალისტს მიმართავენ ზოგჯერ პირდაპირი, ზოგჯერ კი მიმართვით.

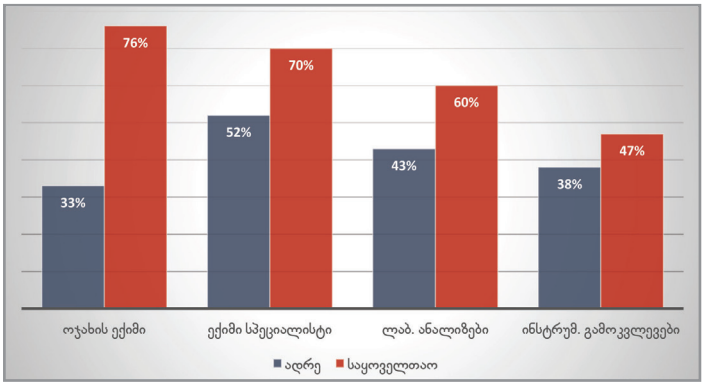
პროგრამის ამოქმედებამდე ბენეფიციარები ლაბორატორიულ ანალიზებს იტარებდნენ წლის განმავლობაში 1-3-ჯერ გამოკითხულთა 31 %, 3-ზე მეტჯერ – 12 %, არ ჩაუტარებია 57 %-ს. ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში, ლაბორატორიული კვლევები 1-3-ჯერ ჩაიტარა ბენეფიციართა 38 %-მა, 3-ზე მეტჯერ – 22 %-მა, არ ჩაუტარებია გამოკითხულთა 40 %-ს.

რაც შეეხება ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს, პროგრამის ამოქმედებამდე, წლის განმავლობაში, 1-3-ჯერ ჩაიტარა გამოკითხულთა 26 %-მა, 3-ზე მეტი სიხშირით – 12 %-მა, არ ჩაუტარებია 62 %-ს. ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ინსტრუმენტული კვლევები 1-3-ჯერ ჩაიტარა ბენეფიციართა 37 %-მა, 3-ზე მეტჯერ – 10 %-მა, საერთოდ არ ჩაუტარებია 53 %-ს.

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 40 ოჯახის ექიმის და 30 ექიმი-სპეციალისტის (პედიატრი, ნევროპათოლოგი, ოფთამოლოგი...) გამოკითხვა.

დიაგრამა 2.

ბენეფიციართა მიმართვიანობის პროცენტული შედარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე და ამოქმედების შემდეგ.



წყარო: თ. ვერულავა, ა. ნონიკაშვილი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №1 (2015).

ოჯახის ექიმთა 70%-მა აღნიშნა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ დღეში მიმართავთ 15-20 პაციენტი, ხოლო 30%-ში კი ეს მაჩვენებელი 25-ს აღწევს. გამოკითხულ ექიმთა ნახევარმა აღნიშნა, რომ იგივე მაჩვენებელი საყოველთაო პროგრამის შემოღებამდე შეადგენდა დღეში დაახლოებით 8-10 პაციენტს, 40%-ში – 10-12, ხოლო 10%-ში – 15-ს აღწევდა.

ექიმი-სპეციალისტების შემთხვევაში, 60%-მა აღნიშნა რომ დღეში 10 პაციენტამდე მიმართავს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, 40 %-ში კი იგივე მაჩვენებელი განისაზღვრება 10-15 პაციენტით; ხოლო აღნიშნული პროგრამის შემოღებამდე, გამოკითხული ექიმების 100%-ის თქმით – მაქსიმუმ 10%-ით.

გამოკითხული ოჯახის ექიმების 80 % მიიჩნევს, რომ საყოველთაო პროგრამის შემოღების შემდეგ მიმართვიანობა საგრძნობლად გაიზარდა, ხოლო 20%-ის აზრით უმნიშვნელოდ გაიზარდა. გამო-

კითხული ექიმ-სპეციალისტების 60%-ის განცხადებით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, პაციენტთა მიმართვიანობა გაზრდილია უმნიშვნელოდ, 30 %-ის განცხადებით იგივე დარჩა, ხოლო 10 % მიიჩნევს, რომ საგრძნობლად გაიზარდა. ექიმ-სპეციალისტებისგან, პედიატრების აღნიშვნით, პაციენტების რაოდენობის მკვეთრი ზრდა მოხდა მას შემდეგ, რაც ამოქმედდა 0-დან 5-წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვთა პროგრამა.

ამგვარად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ოჯახის ექიმთან და ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვიანობა საგრძნობლად გაიზარდა. თუმცა, მიუხედავად სერიოზული დადებითი ძვრებისა, ქვეყანაში მაინც არსებობს პირველადი ჯანდაცვის პრობლემები. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტურად გამოყენებისათვის, ასევე სახელმწიფო პროგრამით მოუცველი ან ნაწილობრივ მოცული სერვისების დაფინანსებისათვის მიზანშეწონილია კერძო სადაზღვევო კომპანიების ჩართვა სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამების განხორციელებაში, რაც ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებასთან ერთად გაზრდის კონკურენციას სამედიცინო ბაზარზე, შესაბამისად მომსახურების ხარისხს[1].

ცხრილი 1.

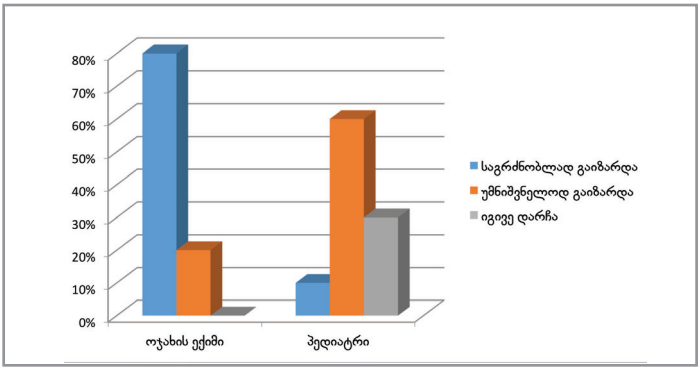
დღის განმავლობაში ბენეფიციართა მიმართვიანობის რაოდენობის პროცენტული გადანაწილება ოჯახის ექიმთან და ექიმ-სპეციალისტებთან, საყოველთაო პროგრამის ამოქმედებამდე ერთი წლით ადრე და ამოქმედების შემდეგ.

დღის განმავლობაში ბენეფიციართა მიმართვიანობის რაოდენობა			
ოჯახის ექიმთან		ექიმ-სპეციალისტებთან	
პროგრამის შე-მოღებამდე	პროგრამის შემოღების შემდეგ	პროგრამის შემოღე-ბამდე	პროგრამის შემოღების შემდეგ
50 % – 8–10	70 % – 12–20	100 % – 5–10	60 % – 8–10
40 % – 10–12	30 % – 20–25		40 % – 10–15
10 % – 12–15			

1 Verulava, T., Jorbenadze, , Barkalaia, T., Nonikashvili, A., Kurtanidze, T. (2016). Effects of universal health insurance on health care utilization: Evidence from Georgia. Azerbaijan Medical Association Journal. 1, 85-88.

დიაგრამა 3.

ოჯახის ექიმთან და ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვიანობის ზრდის დინამიკა, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ.



საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით კმაყოფილება

2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. შედეგად ყველა მოქალაქისთვის გარანტირებული გახდა საბაზისო სამედიცინო მომსახურებაზე (როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული) ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანზიაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წლის თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება. პარალელურად, აშშ-ის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტის (USAID/HSS) ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ჩატარდა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ და პროვაიდერებისა და მოსარგებლეების ხარისხობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფების დისკუსია) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით[1].

გამოკითხვის შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეების აბსოლუტური უმრავლესობა (96.4%) კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებით, ხოლო მოსარგებლეების 80.3% კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით; გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა. ასევე მოსარგებლეთა უმრავლესობა მიუთითებს თავისუფალი არჩევანის უფლებაზე, როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ დადებით მხარეზე. გამოკითხულთა 7.6% უკმაყოფილებას ძირითადად გამოთქვამდა სასურველი მომსახურების მიღებამდე ლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობაზე[2].

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარაგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.

2 საქართველოს მთავრობა, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი

ცხრილი 1.

კმაყოფილების სტატისტიკა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში: 2013 წლის 28 თებერვლიდან, 2014 წლის 8 მაისამდე.

კმაყოფილების მაჩვენებელი	
მომსახურება	კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილი
ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	96.4%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება	80,3%

წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო, ერთი წლის შედეგების შეფასება, პრესრელიზი. 2014 წ.

ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტმა 2014 წელს ჩაატარა კვლევა[1],[2], რომლის მიზანს წარმოადგენდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით მოსახლეობის კმაყოფილების შესწავლა. კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. თვისებრივი კვლევა გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის და ჯანდაცვის ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან დაკავშირებით. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისა და ჯანდაცვის ექსპერტების მონაწილეობით. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის 500 ბენეფიციარის გამოკითხვა.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ გამოკითხულთა 35 % კმაყოფილია პროგრამით, 36% მეტნაკლებად კმაყოფილია, 2 %-მა

წლის შედეგების შეფასება.

1 თ. ვერულავა, ა. ნონიკაშვილი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №1 (2015).

2 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Temur Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120

უკმაყოფილება გამოთქვა, ხოლო 27 %, ვისაც არ უსარგებლია სახელმწიფო პროგრამით, მოხარულია ასეთი პროგრამის არსებობით. ბენეფიციართა 53%-მა განაცხადა, რომ ადრე სარგებლობდა კერძო/კორპორატიული დაზღვევით. აქედან 37% უპირატესობას ანიჭებს კერძო/კორპორატიულ დაზღვევას, ხოლო 16% – ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამას.

პროგრამის უარყოფითი მხარეების დასახელებისას, ჭარბობდა ბენეფიციართა უკმაყოფილება თანაგადახდასთან დაკავშირებით (71%), ასევე პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების არცთუ დიდი ჩამონათვალი (68%), მედიკამენტების (63%) და სტომატოლოოგიის (45%) ანაზღაურების არარსებობა.

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს, სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლების და დარგის ექსპერტების გამოკითხვა. ექსპერტთა უმრავლესობა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას ერთმნიშვნელოვნად დადებით შეფასებას აძლევენ.

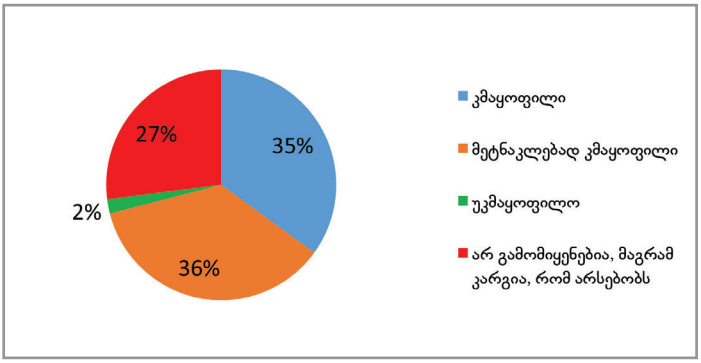
„პროგრამას უამრავი დადებითი მხარე აქვს: გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, არის სამედიცინო დაწესებულებებისა და ექიმების თავისუფალ არჩევანის შესაძლებლობა“.

„უნდა დაემატოს გარკვეული სერვისები საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამბულატორიული მომსახურების სარგებლის პაკეტს. ამ მხრივ ყველაზე მნიშვნელოვნად მიმაჩნია მედიკამენტების დამატება, რაც ბენეფიციართა დიდი უმრავლესობის სურვილსაც წარმოადგენს.“

„მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა, სადაც სახელმწიფო სრულად აფინანსებდეს ჯანდაცვის ყველა სერვისს. სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ბაზისურ პაკეტში ჯანდაცვის გარკვეული სერვისები შეიძლება საერთოდ არ შედიოდეს, ან შესაძლებელია ფინანსდებოდეს ნაწილობრივ (მაგ., სერვისი, სადაც გათვალისწინებულია ბენეფიციარის მხრიდან თანაგადახდა). სახელმწიფო პროგრამით მოუცველი ან ნაწილობრივ მოცული სერვისების დაფინანსებისათვის უნდა გამოიყენებოდეს კერძო სამედიცინო დაზღვევა. ამის გამოცდილება არსებობს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის თუ სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში“.

დიაგრამა 1.

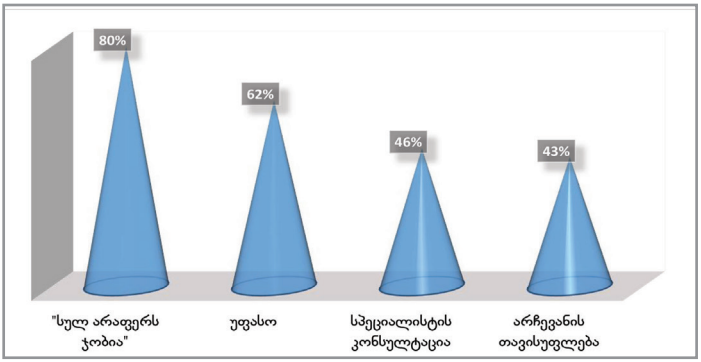
საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით კმაყოფილების კვლევა



წყარო: თ. ვერულავა, ა. ნონიკაშვილი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №1 (2015).

დიაგრამა 2.

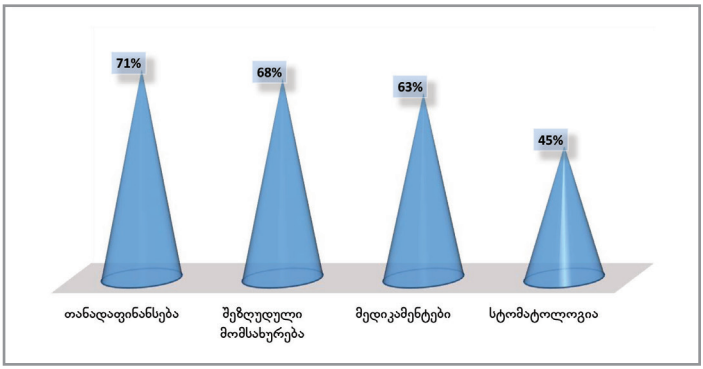
საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დადებითი მხარეები ბენეფიციართა შეფასებით



წყარო: თ. ვერულავა, ა. ნონიკაშვილი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №1 (2015).

დიაგრამა 3.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის უარყოფითი მხარეები ბენეფიციართა შეფასებით



წყარო: თ. ვერულავა, ა. ნონიკაშვილი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №1 (2015).

ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტმა 2015 წელს ჩაატარა კვლევა[1], რომლის მიზანს წარმოადგენდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამბულატორიული სერვისით მოსარგებლეთა მოსახლეობის კმაყოფილების შესწავლა.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ის მოსარგებლეები, რომელთაც ერთხელ მაინც მიუღიათ ამბულატორიული მომსახურეობა. სულ გამოიკითხა 514 რესპოდენტი.

კვლევის შედეგად ირკვევა, რომ რესპოდენტთა 65% ენდობა მისთვის ჩვეულ/უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებას, 7%-მა იგივე კითხვას უარყოფითად უპასუხა, ხოლო გამოკითხულთა 28%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა. გამოკითხულთა 62% თვლის რომ პროგრამის ფარგლებში კონსულტაცია კვალიფიციურმა ექიმმა გაუწია, 12% თვლის რომ სპეციალისტი არ იყო კვალიფიციური, გამოკითხულთა 26%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა.

1 ვერულავა, თ., დემურია, მ. (2015). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით კმაყოფილების შეფასება. საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „ეროვნული მდგრადი განვითარების აქტუალური საკითხები“ შრომების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 383-385.

გამოკითხვამ აჩვენა რომ, სამედიცინო მომსახურების მიღების მოლოდინში გამოკითხულთა 18%-მა კლინიკაში დაჰყო 20 წუთზე ნაკლები, 30%-მა – 20-40 წუთი, 30%-მა – 40-60 წუთი, ხოლო რიგში დგომა 1 საათზე მეტხანს მოუწია გამოკითხულთა 22%-ს. ექიმთან კონსულტაციაზე 20 წუთზე ნაკლები დაჰყო გამოკითხულთა 28%-მა, 20-40 წთ – 46%-მა, 40-60 წთ – 19%-მა, ხოლო 1 საათზე მეტი – 8%-მა.

ექიმმა პაციენტისთვის გასაგები ტერმინოლოგიით მკურნალობის დანიშვნის მიზეზები სრულად აუხსნა რესპოდენტთა 65%-ს, ნაწილობრივი ახსნა მიიღო რესპოდენტმა 23%-მა, ხოლო გამოკითხულთა 13%-თვის სამედიცინო მუშაკს საერთოდ არ აუხსნია მკურნალობის დანიშვნის მიზეზები

კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა 73% აცხადებს, რომ მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში იგი ჩართული იყო მისთვის სასურველი ხარისხით; გამოკითხულთა 19% თვლის, რომ მკურნალობის პროცესში ჩართული არ ყოფილა, ხოლო გამოკითხულთა 8% თვლის რომ მისი ჩართულობა საჭირო არ არის.

რესპოდენტთა 39%-ის აზრით, სამედიცინო დაწესებულებაში რომელსაც ბოლოს მიმართა დაცული იყო ჰიგიენური პირობები, 56%-ის აზრით – შედარებით დაცული იყო, ხოლო 5%-ის აზრით სამედიცინო დაწესებულებაში არ იყო დაცული ჰიგიენური პირობები.

სამედიცინო დაწესებულების არჩევის პროცესში უპირატესი კრიტერიუმი გამოკითხულთა 41%-თვის აღმოჩნდა კლინიკის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, გამოკითხულთა 5%-თვის – მაღალი ჰიგიენური პირობები, გამოკითხულთა 2%-თვის სპეციალისტების მიერ დანიშნული კვლევების ადგილზე ჩატარების შესაძლებლობა, ასევე, გამოკითხულთა 2%-თვის – კლინიკის პრესტიჟულობა, გამოკითხულთა 36%-თვის – ექიმთა კვალიფიკაცია, გამოკითხულთა 14 %-თვის – ვიზიტზე წინასწარ ჩაწერის შესაძლებლობა.

კვლევის შედეგებით ასევე ირკვევა, რომ რესპოდენტთა 91%-მა იცის, რომ მას პროგრამის ფარგლებში აუნაზღაურდება ოჯახის ექიმის კონსულტაცია, 49%-მა იცის, რომ აუნაზღაურდება ბინაზე ოჯახის ექიმის კონსულტაცია, 51%-მა იცის რომ პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური აცრები, 82%-მა – ლაბორატორიული გამოკვლევები, 51%-მა – ინსტრუმენტული

გამოკვლევები, 25%-მა – სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარჯები, 77%-მა – გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაცია, 29%-მა – გეგმიური ქირურგია, 80%-მა – მშობიარობა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის წესების, პროგრამით დაფარული სერვისებისა და სიახლეების შესახებ გამოკითხულ რესპოდენტთაგან 18% მისთვის საჭირო ინფორმაციას იღებს ინტერნეტ და მედია საშუალებებით (პრესა, ტელევიზია), გამოკითხულთაგან 12% ინფორმაციის მისაღებად სტუმრობს ჯანდაცვის სამინისტროსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდებს; გამოკითხული რესპოდენტებიდან 10% რეკავს ჯანდაცვის სამინისტროს ცხელ ხაზზე, ხოლო 60% მიდის უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებაში და ადგილზე ერკვევა დაზღვევის პირობებში.

გამოკითხული რესპოდენტებიდან 46 % თვლის, რომ სამედიცინო მომსახურება სამედიცინო დაწესებულებაში არის უკეთესი ვიდრე სამი წლის წინ; გამოკითხულთა 3 %-თვის სამედიცინო მომსახურეობა გაუარესდა; 11%-ს აზრით, მომსახურეობა სამედიცინო დაწესებულებებში ამჟამადაც ისეთივეა, როგორიც იყო სამი წლის წინ; 40 %-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა.

გამოკითხულთაგან 67% თვლის, რომ სამედიცინო მომსახურებაზე მის მიერ გაღებული სამედიცინო ხარჯები საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის დანერგვის შემდეგ შემცირდა; 9%-ის აზრით – არ შემცირებულა, ხოლო 24%-თვის ხარჯები თითქმის იგივეა, რაც პროგრამის დანერგვამდე იყო. გამოკითხულთა 69% მიიჩნევს, რომ ისურვებდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მომავალში გაგრძელებას, ხოლო 31%-თვის პროგრამის მომავალში არსებობას მისთვის მნიშვნელობა არ აქვს.

კითხვარის ბოლოს რესპოდენტებს ეთხოვათ ლიკერტის სკალის ხუთბალიანი სისტემით ზოგადად შეეფასებინათ მიღებული ამბულატორიული მომსახურეობა, სადაც 1 აღნიშნავდა ცუდს, ხოლო 5 კარგს. გამოკითხულთაგან 1%-მა მიღებული ამბულატორიული მომსახურეობა შეაფასა 1 ქულით, 8%-მა – 2 ქულით, 11%-მა – 3 ქულით, 48%-მა – 4 ქულით, 32%-მა – 5 ქულით.

ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ რესპოდენტთა პროცენტული წილი, რომელმაც გამოთქვა ნდობა მისთვის ჩვეული/უახლესი სამედიცინო დაწესებულების მიმართ არც ისე მაღალია

და შეადგენს 65 %-ს. ეს მაჩვენებელი წინა წლებში ჩატარებული მსგავსი გამოკვლევით მიღებული შედეგებისგან დიდად არ განსხვავდება. 2007 და 2010 წლებში ჩატარებული ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიშის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულების მიმართ პაციენტთა ნდობის მაჩვენებელი შესაბამისად შეადგენდა 65,5 %-ს და 66,5 %-ს[1].

შედარებით დაბალია გამოკითხულთა მიერ სამედიცინო მუშაკის კვალიფიციურად აღქმა (62%), ასევე დაბალია ექიმის მიერ პაციენტთან გატარებული დროის ადეკვატურობის მაჩვენებელი (რესპოდენტთაგან მხოლოდ 60% აღნიშნავს, რომ მან 12 წუთზე მეტი დაჰყო ექიმთან ძირითადი კონსულტაციის დროს, ხოლო 40% აღნიშნავს, რომ კონსულტაციისთვის სამედიცინო პერსონალთან დაყოვნების ხანგრძლივობა არ აღემატება 12 წუთს). აღნიშნული მაჩვენებლები 2007 და 2010 წლებში ჩატარებული ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის ანგარიშების მაჩვენებლებზე დაბალია[2]. კლების მიზეზად შეიძლება ჩავთვალოთ სამედიცინო მომსახურებაზე მაღალი ხელმისაწვდომობის შედეგად ჯანდაცვის სერვისებზე გაზრდილი მოთხოვნილება.

გამოკითხულთა 79 %-ს მკურნალობის დანიშვნის მიზეზები ექიმმა სრულად აუხსნა მისთვის გასაგები ტერმინოლოგიით. კვლევის ეს მაჩვენებლი ნარჩუნდება წინა წლებში ჩატარებული მსგავსი კვლევის შედეგებთან მიმართებაში.

პაციენტთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელიც მიუთითებს, რომ მისთვის სასურველი ხარისხით ჩართულნი იყვნენ მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების, თვითმკურნალობისა და მოვლის პროცესში შეადგენს 73 %-ს. სასურველია გაიზარდოს პაციენტთა ჩართულობა მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების და თვითმკურნალობის პროცესში.

რესპოდენტთა 95 %-მა აღნიშნა, რომ სამედიცინო დაწესებულება, რომელსაც პროგრამის ფარგლებში ბოლოს მიმართეს, იყო საკმარისად ან ძალიან დასუფთავებული. ეს მაჩვენებელი ნარჩუნდება წინა წლებთან მიმართებაში.

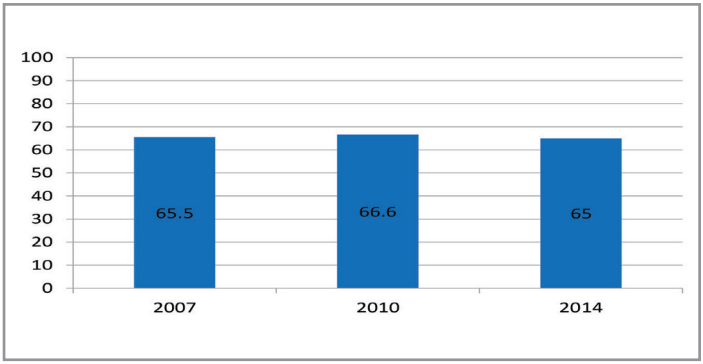
---

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2010, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2009. მოკლე ანგარიში.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2010, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2009. მოკლე ანგარიში.

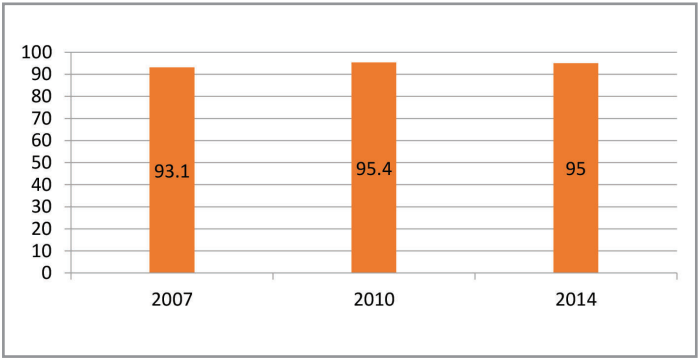
დიაგრამა 4.

სამედიცინო დაწესებულების მიმართ რესპოდენტების ნდობის მაჩვენებლის პროცენტული განაწილება წლების მიხედვით.



დიაგრამა N5.

სამედიცინო დაწესებულების ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასების მაჩვენებლები 2007, 2010 და 2014 წლებში [1]



კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპოდენტთა ინფორმირებულობის დონე პროგრამით დაფარული სერვისების შესახებ არც ისე მაღალი აღმოჩნდა. საყოველთაო ჯანდაცვით სარგებლობის წესების, პროგრამით დაფარული სერვისების და სიახლეების

შესახებ ინფორმაციის მისაღებად გამოკითხულთა 66%-ს უწევს უახლოეს სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში მისვლა. მოსარგებლეთა ინფორმირებულობის დაბალი დონე პროგრამის განხორციელების ერთ-ერთ სუსტ მხარეს წარმოადგენს.

კვლევამ ცხადყო, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის დანერგვის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა მოსახლეობის ჯანდაცვაზე პირდაპირი დანახარჯები, რაც ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდაზე მიგვანიშნებს. ასევე მაღალია ამბულატორიული სერვისის მიმართ კმაყოფილების მაჩვენებელი (80%).

ჩატარებული კვლევის შედეგები ცხადყოფს რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილება მიღებული ამბულატორიული მომსახურების მიმართ მაღალია. მოსარგებლეთა ინფორმირებულობის დაბალი მაჩვენებელი, სასურველი სერვისის მიღებამდე სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების ხანგრძლივობა, მკურნალობის საჭიროების არასაკმარისი ახსნა წარმოადგენს პროგრამის პრობლემურ მახასიათებლებს და მოითხოვს გამოსწორებას.

რეკომენდებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, ასევე სოციალური მომსახურების სააგენტომ გაატარონ სათანადო ღონისძიებები მოსარგებლეთა ინფორმირებულების დონის ასამაღლებლად. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია სატელევიზიო ეთერით მოსარგებლეთათვის ინფორმაციის ხშირი მიწოდება, ინტერნეტ საიტებზე შესაბამისი ინფორმაციის განთავსება, საინფორმაციო ბუკლეტების პერიოდული მიწოდება მოსახლეობისთვის, მიზნობრივ ჯგუფებთან შეხვედრების გამართვა და მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება.

სერვისის მიღებამდე სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნებული დროის შესამცირებლად რეკომენდებულია ქოლ-ცენტრის მეშვეობით ექიმთან ვიზიტზე წინასწარი ჩაწერის მექანიზმების სრულყოფა.

სამედიცინო პერსონალმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მკურნალი ექიმი თვლის რომ პაციენტისთვის მიწოდებული ინფორმაცია იქნება საზიანო მისთვის ან აღიქმება არასწორად), განემარტოს მკურნალობის საჭიროება, მკურნალობის პროცესში მისი ჩართულობის აუცილებლობა და მკურნალობის შესაძლო შედეგები.

კონკურენტული სადაზღვევო სისტემა და საყოველთაო ჯანდაცვის გამოწვევები

ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთი ეფექტური მექანიზმია ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა. კონკურენტულ სისტემაში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არა ერთი ორგანიზაცია (მაგ., ჯანდაცვის სამინისტრო ან სოციალური დაზღვევის კომპანია), არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტი (სადაზღვევო კომპანიები).

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მართვაში მრავალი გადამხდელის მონაწილეობა ქმნის მათ შორის კონკურენციას. თავის მხრივ, სახელმწიფო ახდენს კონკურენციის რეგულირებას სოციალური მიზნების (ეფექტურობა და ხელმისაწვდომობა) მისაღწევად[1]. კონკურენციისა და რეგულირების ასეთ სიმბიოზს მართულ კონკურენციასაც უწოდებენ. მას საფუძვლად დაედო ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთჰოვენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული კონცეფცია „მართული კონკურენციის მოდელის“ შესახებ[2,3,4]. კონკურენტული მოდელის დანერგვა 1993 წლიდან, ნიდერლანდებში დაიწყო და შემდეგ სხვა ქვეყნებშიც შემოიღეს: გერმანია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი, ჩეხეთი, სლოვაკეთი. ამ ქვეყნებში, კონკურენციის პრინციპების შემოღებამდე სოციალური დაზღვევის ფონდებში დაზღვევა ძირითადად გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით ხორციელდებოდა, ანუ ქვეყნის ერთ რეგიონში, ან საერთოდ ქვეყანაში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი (ასეთ სისტემას ერთი გადამხდელი სისტემას უწოდებენ). კონკურენტული სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის

---

1 **Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A, Wasem J. –Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? 2012**.

2 Alain C. Enthoven. The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, 1993;12(1):25-48.

3 Alain C. Enthoven. Effective Management of Competition in the FEHBP. Health Affairs, 1989 (Fall): 33-50.

4 van de Ven W.P.M.M., van Vliet R.C.J.A. (1992) How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?. In: Zweifel P., Frech H.E. (eds) Health Economics Worldwide. Developments in Health Economics and Public Policy, vol 1. Springer, Dordrecht.

შემდეგ დაზღვეულებს სადაზღვევო ფონდების არჩევის უფლება მიეცათ. მიჩნეულია, რომ კონკურენტული სისტემა ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას და სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ეფექტური მართვის საშუალებას იძლევა.

მართული კონკურენციის წინაპირობები

მართული კონკურენციის ნიდერლანდების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მისი დანერგვა ხანგრძლივი და რთული პროცესია. იგი 1990-იან წლების დასაწყისში დაიწყო და დღესაც გრძელდება. ამ სირთულის ახსნა მდგომარეობს იმაში, რომ მართული კონკურენციის წარმატებით განხორციელება მოითხოვს რამდენიმე გადამწყვეტი წინაპირობის შესრულებას. ბევანისა და ვან დე ვენის მიერ წარმოდგენილ იქნა მართული კონკურენციის რვა წინაპირობა[1], რომლებიც აუცილებელია, თუმცა არასაკმარისი, ანუ მისი წარმატებით დანერგვისათვის საჭიროა სხვა წინაპირობებიც.

პირველი წინაპირობაა ეფექტური **საბაზრო რეგულირება,** რომელმაც უნდა უზრუნველყოს კონკურენციის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, მზღვეველთა გადახდისუნარიანობის და მომხმარებელთა დაცვის სათანადო დონე[2]. ნიდერლანდებში ამ ასპექტთა ზედამხედველობაზე პასუხისმგებელია ოთხი ორგანიზაცია. *კონკურენციის სააგენტო* იცავს ბაზარს ანტიკონკურენციული მოქმედებებისაგან, ანტიკონკურენტული კარტელებისა და შერწყმების პრევენციითა და დომინანტური პოზიციების ბოროტად გამოყენებისაგან. *ხარისხის სააგენტო* იცავს მომხმარებლებს არასაკმარისი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებისგან სამედიცინო ორგანიზაციებზე ზედამხედველობის მეშვეობით. *მომხმარებელთა დაცვის სააგენტო* იცავს მომხმარებელთა ინტერესებს, კერძოდ, ადეკვატური ინფორმაციის გაცემის და პროდუქციის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა. იგი გვიჩვენებს, თუ რამდენად არის კანონთან შესაბამისობაში მზღვეველთა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ქმედებები.

---

1 Bevan G. and W.P.M.M. van de Ven. 2010. Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms? Health Economics, Policy and Law 5: 343–363.

2 Richard C. van Kleef. Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review, 2012; 8(2)

მეორე წინაპირობაა **სადაზღვევო და სამედიცინო სერვისების გამჭვირვალობა**. სადაზღვევო პროდუქტთა გამჭვირვალობა აუცილებელია იმისათვის, რომ მომხმარებლებმა ერთმანეთს შეადარონ არსებული სადაზღვევო პროდუქტები და აირჩიონ მათთვის სასურველი პროდუქტი. სადაზღვევო პროდუქტთა გამჭვირვალობის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის წარმოდგენა, რომელიც მოიცავს სარგებლების სტანდარტულ პაკეტს. სამედიცინო სერვისებთის გამჭვირვალობა აუცილებელია მზღვეველთათვის და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისთვის ფასსა და ხარისხზე შეთანხმებისათვის. თითოეული პროდუქტი უნდა იყოს მკაფიოდ განსაზღვრული, რომ მომხმარებელმა აირჩიოს მისთვის სასურველი ფასის პროდუქტი და შეაფასოს ხარისხი. სამედიცინო სერვისების გამჭვირვალობის გაუმჯობესებაზე დადებითად ზემოქმედებს დიაგნოზით შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდი.

მესამე წინაპირობაა **მომხმარებლისთვის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა**. მომხმარებლებმა უნდა იცოდნენ თავიანთი უფლებები და შესაძლებლობები ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის და სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებული სადაზღვევო პაკეტის შესახებ, რომლის მეშვეობით მათ შეეძლებათ აირჩიონ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია. ასევე მათ უნდა ჰქონდეთ სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის შესაძლებლობა. მომხმარებლებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია სადაზღვევო და სამედიცინო პროდუქტების ფასსა და ხარისხზე. სადაზღვევო პროდუქტების და სამედიცინო სერვისების ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა ვებსაიტების ამოქმედება და ბროშურების გამოშვება.

მეოთხე წინაპირობაა **მზღვეველთა მიერ სადაზღვევო კონტრაქტების დადების თავისუფლება**. სადაზღვევო კომპანიებს უნდა ჰქონდეთ უფლება ხელშეკრულება დადონ მათთვის სასურველ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან. პროვაიდერების შერჩევითი კონტრაქტირება მართული კონკურენციის მნიშვნელოვანი ასპექტია. ნიდერლანდებში შერჩევითი კონტრაქტირების მეშვეობით სახელმწიფომ მოახდინა ფასებზე კონტროლის დერეგულირება.

მეხუთე წინაპირობაა **მომხმარებლის მიერ მზღვეველის თა-**

ვისუფალი არჩევანი. მომხმარებლის არჩევანი მართული კონკურენციის მთავარი მამოძრავებელი მექანიზმია. მომხმარებლების თავისუფალი არჩევანი ხელს უწყობს მზღვეველების სტიმულს გაითვალისწინონ მომხმარებლების უპირატესობები და შერჩევითი ხელშეკრულებები გააფორმონ სამედიცინო მომსახურების იმ პროვაიდერებთან, რომლებიც აწვდიან მაღალი ხარისხის სერვისებს შედარებით დაბალ ფასად. აღნიშნული სტიმულს აძლევს ექიმებსა და საავადმყოფოებს, რომ უწყვეტად გააუმჯობესონ ხარისხი და შეამცირონ ფასები. გარდა ამისა, მომხმარებელს საშუალება ეძლევა აირჩიოს ისეთი მზღვეველი, რომელსაც სახელმწიფოს მიერ დადგენილ ბაზისურ სადაზღვევო პაკეტს ზევით რაც შეიძლება მეტი დამატებითი სამედიცინო სერვისები ექნება დაფინანსებული.

ფონდების თავისუფალი არჩევის უფლების მინიჭებამ ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობის გააქტიურება გამოიწვია. ფონდები, სადაც სადაზღვევო შენატანები საშუალოზე მეტი იყო, კარგავდნენ თავიანთ დაზღვეულებს, მაშინ, როდესაც ფონდები სადაც შენატანები საშუალოზე დაბალი იყო იძენდნენ ახალ დაზღვეულებს. აღნიშნულის შედეგად, 1997-1998 წლებში საავადმყოფოს სალაროებმა ათასობით დაზღვეული დაკარგეს.

გერმანიაში 2002 წლიდან დაზღვეულებს შეუძლიათ შეიცვალონ მზღვეველი, მაგრამ კონკრეტულ სადაზღვევო ფონდში დაზღვევის მინიმალური პერიოდი უნდა შეადგენდეს 18 თვეს[1]. ნებაყოფლობით (ანუ მაღალშემოსავლიან) დაზღვეულებს შეუძლიათ შეიცვალონ ფონდი ნებისმიერ დროს, 2 თვით ადრე წინასწარ შეტყობინების საფუძველზე. 1996 წლიდან, ოთხიდან ერთმა დაზღვეულმა შეიცვალა სადაზღვევო ფონდი მინიმუმ ერთჯერ მაინც[2].

მეექვსე წინაპირობაა **მზღვეველების, პროვაირედებისა და მომხმარებლების ეფექტიანობის ფინანსური სტიმულები**. მართული კონკურენცია არ მუშაობს ფინანსური პასუხისმგებლობის გარეშე. ფინანსური რისკებზე პასუხისმგებლობები გადანაწილე-

1 Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

2 Braun, B., S. Greß, K. Ho¨ ppner, G. Marstedt, H. Rothgang, M. Tamm and J. Wasem (2006), 'Barrieren fu¨ r einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalita¨ t, Bequemlichkeit, Informationsdefizite?', in J. Bo¨ cken, B. Braun and R. Amhof (eds), Gesundheitsmonitor 2006, Gu¨ tersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

ბულია პროვაიდერებზე, მომხმარებლებზე და მზღვეველებზე. მზღვეველები ცდილობენ მაღალი ხარისხის სერვისი შესთავაზოს მომხმარებელს და ამასთან, პასუხისმგებელნი არიან სარგებლის პაკეტის ღირებულების მხოლოდ გარკვეულ პროცენტულ წილზე, ხოლო დანარჩენს იხდის მომხმარებელი თანაგადახდის სახით. მზღვეველი ექიმებს და პროვაიდერებს აფინანსებს დიაგნოზით შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდით წინასწარ შეთანხმებული თანხით. მომხმარებლები ცდილობენ კრიტიკულად შეაფასონ თითოეული მზღვეველის მიერ შემოთავაზებული სერვისები და თავად მიიღონ გადაწყვეტილება მათთვის სასურველი მზღვეველის ასარჩევად. თავის მხრივ, სამედიცინო ორგანიზაცია ცდილობს პაციენტს მიაწოდოს მაღალი ხარისხის მომსახურება რაც შეიძლება ნაკლები დანახარჯით.

მეშვიდე წინაპირობაა **მზღვეველებისა და პროვაიდერების საკმარისი რაოდენობა და ბაზრის კონკურენტუნარიანობა**. მზღვეველებისა და პროვაიდერების თავისუფალი არჩევანის გარეშე ეფექტური კონკურენცია ვერ მიიღწევა. ანტიმონოპოლური სამსახურის მთავარი ამოცანაა ხელი შეუშალოს ანტიკონკურენტულ ქმედებებს (მაგალითად, კარტელური შეთანხმებები და შერწყმები) და საბაზრო ბარიერებს.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებსა და მზღვეველებს შორის კონკურენცია მართული კონკურენციის მოდელის მთავარი მამოძრავებელი ძალაა. მართული კონკურენცია იყენებს წესებს, რომელიც მომდინარეობს რაციონალური მიკროეკონომიკური პრინციპებიდან. ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მომგებიანი და არამომგებიანი სადაზღვევო კომპანიები აწარმოებენ მოლაპარაკებებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან სერვისების ფასისა და ხარისხის შესახებ. თავის მხრივ, მომხმარებელი ცდილობს სადაზღვევო კომპანიის შერჩევისას მიიღოს მისთვის სასურველი, ოპტიმალური გადაწყვეტილება. მართული კონკურენციის კონცეფციის ერთ-ერთი ავტორის, ალან ეინთხოვენია სიტყვებით, „მართული კონკურენცია გულისხმობს მომხმარებლის მიერ სასურველი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი სისტემის ინფორმირებულ არჩევანს“[1].

1 **Alain C. Enthoven. The History And Principles Of Managed Competition. Health Affairs, 12, no.suppl 1 (1993).**

მერვე წინაპირობაა **რისკის გათანაბრება,** რომელიც მოქმედებს ფონდებს შორის კონკურენციის თანაბარი პირობების უზრუნველსაყოფად. მისი მიზანია სადაზღვევო ფონდების დანახარჯებს შორის განსხვავების აღმოფხვრა, რაც განპირობებულია დაზღვეული მოსახლეობის თავისებურებებით (ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურა, შეზღუდული შესაძლებლობის დონე, აგრეთვე განსხვავებული შემოსავლების დონე). რისკის გათანაბრების მექანიზმის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველების შემოსავლებსა და დანახარჯებს შორის სხვაობის საკომპენსაციოდ ხდება თანხების გადანაწილება. რისკის გათანაბრების მექანიზმი ასახავს ასაკს, სქესს და ძვირადღირებული დაავადების ჩამონათვალს. ამდენად, რისკის გათანაბრების სისტემა ცდილობს გაითვალისწინოს დაავადებათა კლინიკური მახასიათებლები და დემოგრაფიული ფაქტორები (დაზღვეულთა ასაკი, სქესი). რისკების გათანაბრების მექანიზმი მოიცავს მზღვეველების დანახარჯების დაახლოებით 90%-ს, რომელშიც არ შედის ადმინისტრაციული ხარჯები.

რისკის გათანაბრების მექანიზმის შემოღებამდე უფრო ჯანმრთელი, ახალგაზრდა და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები ისეთ სადაზღვევო ფონდებში ერთიანდებოდნენ, სადაც შედარებით დაბალი პრემია იყო დაწესებული. თავის მხრივ, მზღვეველებს აქვთ სტიმული მოახდინონ მათთვის სასურველი რისკის შერჩევა, ანუ დააზღვიონ ჯანმრთელი და ახალგაზრდა პირები, ხოლო ქრონიკულ ავადმყოფებს და ასაკოვან ადამიანებს უარი უთხრან დაზღვევაზე. შედეგად, ზოგიერთ ფონდში მაღალრისკიანი ადამიანების (ასაკოვანი ადამიანები, ქრონიკული ავადმყოფები) სიჭარბე იწვევდა სადაზღვევო პრემიის ზომის ზრდას. შედეგად, სადაზღვევო ფონდები, სადაც სადაზღვევო პრემიები მაღალი მეტი იყო, კარგავდნენ თავიანთ დაზღვეულებს.

რისკის გათანაბრება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მართული კონკურენციის ქვაკუთხედი. ნიდერლანდებში რისკის გათანაბრების მოდელი შემოღებულ იქნა 1993 წელს. რისკის გათანაბრების შემოღების შედეგად, მზღვეველები თითოეულ ასაკოვან ადამიანსა და ქრონიკულ ავადმყოფზე მათი რისკის მახასიათებლებზე დაყრდნობით ღებულობენ კომპენსაციებს.

1993 წლიდან აღნიშნულ რისკის მახასიათებლებს დაემატა: ასაკი/სქესი(1993), რეგიონი(1995) ასაკთან შესაბამისი შემოსავლის

წყარო (1999), მედიკამენტებზე დაფუძნებული ხარჯვითი ჯგუფები (2002), დიაგნოზზე დაფუძნებული ხარჯვითი ჯგუფები (2004) და ასაკთან დაკავშირებული სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი (2008). რისკის გათანაბრების 2011 წლის მოდელში, რისკის მახასიათებლები განაწილდა 117 რისკობრივ ჯგუფზე. მაგალითად: 40 ასაკობრივი ჯგუფი, 10 რაიონული ჯგუფი, 17 შემოსავლების მიხედვით ჯგუფი, 24 მედიკამენტებზე დაფუძნებული ხარჯვითი ჯგუფი, 12 ასაკთან დაკავშირებული სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ჯგუფი.

რისკის გათანაბრების შემოღების შედეგად, დაზღვეულები ირჩევენ სადაზღვევო კომპანიებს იმის მიხედვით, თუ რა დამატებითი პრემია აქვთ დაწესებული, რა სადაზღვევო პაკეტებს და რა ხარისხის სერვისებს სთავაზობენ დაზღვეულებს.

მიუხედავად რისკის გათანაბრების მექანიზმის შემოღებისა და მომხმარებლების ღია რეგისტრაციის მოთხოვნისა, მზღვეველებს შესაძლოა ისევ ჰქონდეთ რისკის შერჩევის რამდენიმე ინსტრუმენტი. პირველი ინსტრუმენტია სელექტიური, ანუ შერჩევითი ხელშეკრულება. კერძოდ, თუ მზღვეველმა წინასწარ იცის გარკვეული X ავადმყოფობის პაციენტზე დანახარჯი, მას შეუძლია არ გააფორმოს ხელშეკრულება იმ ექიმებთან, რომელთაც ამ X დაავადების მკურნალობაში საუკეთესო რეპუტაცია აქვთ. შედეგად, ამ X დაავადების პაციენტებისათვის მოცემული მზღვეველი არამიმზიდველი ხდება.

შემდეგი ინსტრუმენტია შერჩევითი რეკლამა. კერძოდ, თუ მზღვეველმა იცის, რომ მაღალი განათლების მქონე ადამიანები უფრო მაღალშემოსავლიანებია, ვიდრე დაბალი განათლების მქონენენი, მას შეუძლია სარეკლამო ბროშურები უფრო მეტად გაავრცელოს საუნივერსიტეტო კემპუსებში და არა სოციალურ სამუშაოთა ადგილებზე.

შემდეგი ეფექტური ინსტრუმენტებია ჯგუფური ხელშეკრულებები (რადგან ღია რეგისტრაციის მოთხოვნები არ ვრცელდება ჯგუფურ ხელშეკრულებებზე), დიფერენცირებული სერვისები და დამატებითი ჯანმრთელობის დაზღვევის შერჩევითი თანხმობა (ანუ მომხმარებლები ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისურ პაკეტთან ერთად ირჩევენ ჯანმრთელობის დაზღვევის დამატებით პაკეტს ერთი და იმავე სადაზღვევო კომპანიისაგან).

რისკის შერჩევა არასასურველია, რადგანც იგი ამცირებს მაღალი ხარისხის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას (განსაკუთრებით ქრონიკული ავადმყოფებისათვის) და შეიძლება შეამციროს სოლიდარობა დაზღვეულებს შორის, როდესაც ჯანმრთელი პირები და ქრონიკულად ავადმყოფები კონცენტრირდებიან განსხვავებულ სადაზღვევო კომპანიებში. შედეგად, ჯანმრთელებზე დაწესდება შედარებით დაბალი სადაზღვევო პრემია, ხოლო ქრონიკულ ავადმყოფებზე მაღალი სადაზღვევო პრემია. უფრო მეტიც, ნებისმიერი რესურსი, რომელიც გამოიყენება რისკის შერჩევაში და არა ჯანმრთელობის ხარისხის გაუმჯობესებაში, შეიძლება განვიხილოთ, როგორც კეთილდღეობის დაკარგვა[1].

თანამედროვე კვლევები ნათლად მიგვანიშნებენ, რომ რისკის გათანაბრების მოდელი არ გვაძლევს საკმარის კომპენსაციას ცალკეული ჯგუფებისათვის და არსებობს რისკის შერჩევის სტიმულები. შესაბამისად, რისკის გათანაბრების თანამედროვე სისტემა არასრულყოფილია. მაგალითად, X ავადმყოფობის პაციენტთა ჯგუფზე შესაძლოა მზღვეველმა არ მიიღოს სრული კომპენსაცია. ამ შემთხვევაში, მზღვეველს არ ექნება არანაირი ფინანსური სტიმული ამ X ავადმყოფობის პაციენტთა ჯგუფზე გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი. ამგვარად, სასურველია რისკის გათანაბრების მოდელის შემდგომი სრულყოფა[2].

დადებითი მხარეები, პრობლემები და გამოწვევები

მართული კონკურენცია აუმჯობესებს ჯანდაცვის ეფექტურობას. უპირველესი ეფექტია სადაზღვევო პრემიების კონკურენციის არსებითი დონე. ნიდერლანდებში მართული კონკურენციის შემოღების პირველ წელს მზღვეველთა უმრავლესობა იყენებდა თავიანთ ფინანსურ რეზერვებს, რომ მომხმარებლებისთვის სადაზღვევო პრემია შეეთავაზებინა თვითღირებულებაზე ნაკლებ ფასად, რათა იგი მიმზიდველი ყოფილიყო.

მზღვეველებმა დაიწყეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების შექმნა, რომლებიც უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურე-

1 Van de Ven W.P.M.M. and R.P. Ellis. 2000. Risk adjustment in competitive health insurance markets. In: Culyer A.J. and J.P. Newhouse, eds. Handbook of Health Economics. North-Holland: Amsterdam; 2000:755-845.

2 Van Kleef R.C. and R.C.J.A. van Vliet. 2010. Prior Use of Durable Medical Equipment as a Risk Adjuster for Health-Based Capitation. Inquiry 47: 343-358.

ბის ეფექტურ ორგანიზებას. მზღვეველები ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს სთავაზობენ ბონუსებს (რისკის განაწილება), რაც ამ პროვაიდერებს ეფექტური საქმიანობის სტიმულს აძლევს. ზოგიერთი მზღვეველი ანაზღაურებს მხოლოდ იაფ მედიკამენტებს, რომლებიც თერაპიულად ურთიერთშემცვლელებია. აღნიშნული პაციენტებსა და პროვაიდერებს სტიმულს აძლევს გაითვალისწინონ მედიკამენტების დანიშვნის ფინანსური ასპექტები. მზღვეველებსა და საავადმყოფოებს შორის მოლაპარაკების მთავარი საკითხი გახდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. გაიზარდა სოლიდარობის დონე, რადგან ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტი სავალდებულო გახდა მთელი მოსახლეობისთვის.

ამ დადებითი ეფექტების გვერდით არსებობს ზოგიერთი სერიოზული პრობლემა, რაც მოითხოვს გადაწყვეტას.

უპირველესად უნდა აღინიშნოს **რისკის გათანაბრების არასაკმარისი მოდელი**[1]**.** ცალკეულ ავადმყოფ პაციენტებზე არასაკმარისი კომპენსაცია სერიოზულ საფრთხეა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან და ხელმისაწვდომობასთან მიმართებით, ისევე როგორც მზღვეველთათვის თანაბარი პირობების შესაქმნელად. ამიტომ სასურველია გაუმჯობესდეს რისკის გათანაბრების მოდელი რისკის ახალი რეგულატორების შემოღების მეშვეობით. თუმცა, ნიდერლანდების რეფორმებმა გვიჩვენა, რომ ახალი რისკის რეგულატორების დანერგვა და განვითარება რთული და ხანგრძლივი პროცესია (რისკის გათანაბრების მოდელი 20 წელზე მეტი ხანია იქმნება). უფრო მეტიც, საკითხავია, თუ რამდენად შეძლებს რისკის გათანაბრების მოდელი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯების პროგნოზირებადი ცვლილებების სრულად კომპენსაციას.

ამ მხრივ, უფრო საინტერესოა რისკის შერჩევის სტიმულების შემცირებისათვის ალტერნატივების განხილვა. რისკის შერჩევის სტიმულების შემცირებისთვის ერთ-ერთი შესაძლებლობაა რისკის გაზიარება. კერძოდ, მზღვეველებისთვის ხარჯების რეტროსპექტული ანაზღაურება იმ დაზღვეულთათვის, რომლებიც იღებენ არასაკმარის კომპენსაციას. აღნიშნული ახდენს მზღვეველთა პროგნოზირებადი დანაკარგების და შესაბამისად, რისკის

1 Richard C. van Kleef. Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review, 2012; 8(2)

შერჩევის სტიმულების აღმოხვრას. თუმცა, რისკის გაზიარება ამცირებს ეფექტურობის ამაღლების სტიმულებს[1]. სხვადასხვა ალტერნატიულ სტრატეგიებს შორის არჩევანი გარკვეულ კომპრომისს მოითხოვს რისკის შერჩევას, ხელმისაწვდომობასა და ეფექტურობას შორის.

მეორე პრობლემა დაკავშირებულია **საზოგადოებაზე შეფასებული პრემიების მოთხოვნასთან.** ზოგადად, რისკის გათანაბრების მოდელმა უნდა მოახდინოს მხოლოდ შ ტიპის რისკ ფაქტორების შეფასება, რომელთათვისაც სასურველია ჯვარედინი სუბსიდირება. ამ დროს არ ხდება N ტიპის რისკ ფაქტორების (მაგ, ცხოვრების სტილი, მიმწოდებლების მახასითებლები) შეფასება, რომელთათვისაც არ არის სასურველი ჯვარედინი სუბსიდირება. ამ შემთხვევაში N ტიპის რისკ ფაქტორების კომპენსაციამ არ უნდა გამოიწვიოს პრემიების დიფერენცირება რისკების ამ მახასიათებლების შესაბამისად. რადგან მზღვეველები ვალდებულნი არინ, რომ სრულად თავიანთი პასუხისმგებლობის ქვეშ აიღონ საზოგადოებაზე შეფასებული პრემიები, ისინი შეიძლება წინააღმდეგობაში შევიდნენ N ტიპის მახასიათებლებით გამოწვეული პროგნოზირებად დანახარჯებთან, რაც გავლენას იქონიებს რისკის შერჩევის სტიმულებზე. რისკის შერჩევის არახელსაყრელი პირობების გათვალისწინებით უკეთესი იქნებოდა მზღვეველებისთვის ნება მიგვეცა მოეხდინათ პრემიების დიფერენცირება N ტიპის ფაქტორების შესაბამისად.

მესამე პრობლემა მდგომარეობს იმაში, რომ **მზღვეველები იძულებულნი არიან მხედველობაში მიიღონ შერჩევითი ხელშეკრულება**. კერძოდ, საკმარისად ნათლად არ არის გარკვეული, თუ როგორ უნდა აუნაზღაურონ (ან საერთოდ არიან თუ არა ვალდებულნი) მზღვეველებმა სამედიცინო მომსახურების ღირებულება იმ სამედიცინო ორგანიზაციებს, რომლებთანაც არაა ხელშეკრულება გაფორმებული. მართული კონკურენციის მოდელის მიხედვით, იმ სამედიცინო ორგანიზაციებს, რომლებთანაც არაა ხელშეკრულება გაფორმებული, მზღვეველმა სასაურველია გადაიხადოს შედარებით დაბალი ანაზღაურება. ასეთ შემთხვევაში, რაც უფრო დაბალია ანაზღაურების განაკვეთი, მით

1 Van Barneveld E.M., R.C.J.A. Van Vliet and W.P.M.M. Van de Ven. 2001. Risk sharing between competing health plans and sponsors. Health Affairs 20:253-262.

უფრო ეფექტური იქნება შერჩევითი კონტრაქტირება, ექიმებსა და საავადმყოფოებს ეფექტურობის ამაღლების მით უფრო მეტი სტიმული ექნებათ. გარდა ამისა, შერჩევითი კონტრაქტირება მოითხოვს ხარისხის მაჩვენებლების არსებობას, რომელიც ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია. შესაბამისად, მზღვეველებისთვის გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს არსებული ხარისხის ინდიკატორებით სამედიცინო ორგანიზაციების შერჩევითი კონტრაქტირება.

მეოთხე პრობლემა ეხება **ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისურ და დამატებით პაკეტებს შორის კავშირს**. მომხმარებლები ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისურ პაკეტთან ერთად ყიდულობენ და დამატებით პაკეტს (სტომატოლოგიური მომსახურება, სანატორიული მომსახურება, სტაციონარში უფრო კომფორტული პირობების შექმნა და ა. შ.). მომხმარებელთა უმრავლესობა ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისურ და დამატებით პაკეტებს ყიდულობს ერთი და იმავე სადაზღვევო კომპანიისაგან. ჯანმრთელობის დაზღვევის დამატებით პაკეტებზე არ ვრცელდება რისკის შერჩევაზე შეზღუდვა, შესაბამისად, მზღვეველებს შეუძლიათ შეარჩიონ რისკი და სადაზღვევო პრემიები განსაზღვრონ რისკის გათვალისწინებით.

კვლევები აჩვენებენ, რომ ქრონიკული ავადმყოფები არ გადადიან ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის შესაძენად სხვა მზღვეველთან, რადგან შიშობენ, რომ ახალი მზღვეველი ჯანმრთელობის დაზღვევის დამატებით პაკეტზე შესთავაზებს უფრო მაღალ პრემიას. აღნიშნული აიხსნება იმ გარემოებით, რომ მიმდინარე დამატებითი დაზღვევა მოიცავს მისი განახლების შესახებ გარანტიას. ამ შემთხვევაში, ჯანმრთელობის დამატებითი დაზღვევა ზოგიერთი მაღალრისკიანი ადამიანისათვის შეიძლება იყოს ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის შეცვლის დაბრკოლება. იმის გათვალისწინებით, რომ მომხმარებლის მიერ ჯანმრთელობის გეგმის არჩევა მართული კონკურენციის გადამწყვეტ წინაპირობას წარმოადგენს, ამგვარი დაბრკოლება არასასურველია. ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის გათვალისწინებით, მომავალში ჯანმრთელობის დაზღვევის დამატებითი პაკეტი უფრო მნიშვნელოვანი გახდება, რამაც შესაძლებელია შეამციროს ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის გამო შეცვლის

სურვილი. შესაბამისად, სახელმწიფომ დიდი სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტიდან სარგებლების გამორიცხვასთან დაკავშირებით.

მეხუთე პრობლემა დაკავშირებულია **ჯიბიდან გადახდების დონესთან.** დაზღვეულები ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტისათვის იხდიან საკუთარი შემოსავლიდან შენატანებს და ჯიბიდან გადახდებს. როდესაც მზღვეველის გასავლები გადააჭარბებს მიღებულ შემოსავლებს და შესაბამისად, ვერ ფარავს განეულ ხარჯებს, მას შეუძლია დაზღვეულს დააკისროს დამატებითი პრემიის გადახდა. ეფექტურად მოქმედი მზღვეველი ცდილობს დაზღვეულს არ გადაახდევინოს დამატებითი პრემიის გადასახადი.

რეკომენდირებულია შემოსავალთან დაკავშირებული შენატანების გაზრდა და ჯიბიდან გადახდების წილის შემცირება. ჯიბიდან გადახდების წილის შემცირებამ შეიძლება შეამციროს იმ ადამიანთა რიცხვი, რომლებიც ვერ იხდიან სადაზღვევო პრემიას.

მეექვსე პრობლემა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ **დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებიდან (DRG) ზოგიერთი ნოზოლოგია არაა მოცული ჯანმრთელობის დაზღვევის ძირითადი პაკეტით.** აღნიშნული პრობლემა შეიძლება გადაიჭრას ბაზისური პაკეტის სარგებლების შესაბამისობაში მოყვანა დიაგნოზთან შეჭიდულ ჯგუფებთან (DRG). პრობლემის საუკეთესო გადაწყვეტა შეიძლება იყოს თანაგადახდების დაწესება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) იმ ნოზოლოგიებზე, რომლებიც არ არიან მოცული ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტით.

ამგვარად, მართული კონკურენციის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ეს რეფორმა რთული და ხანგრძლივი პროცესია. მისი განხორციელებისათვის საჭიროა რამდენიმე მნიშვნელოვანი წინაპირობის შესრულება, როგორებიცაა ბაზრის რეგულირება, სამედიცინო და სადაზღვევო პროდუქტთა გამჭვირვალობა, მომხმარებლების ინფორმირება, თავისუფალი კონტრაქტირება, ფინანსური სტიმულები, ბაზრის კონკურენტუნარიანობა და რისკის გათანაბრება.

მართული კონკურენციის უმთავრესი სირთულეა რისკის გათანაბრების მოდელის შემუშავება და დანერგვა. რისკის გათანაბრების მოდელი ჯერ კიდევ არასაკმარისად ახდენს მაღალრისკიან ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების კომპენსაციას, რის გამოც

მზღვეველებს აქვთ რისკის შერჩევის სტიმულები. საჭიროა რისკის გათანაბრების მოდელის შემდგომი განვითარება (მაგალითად რისკის ახალი რეგულატორები), რომ შემცირდეს რისკის შერჩევის სტიმულები და უზრუნველყოფილ იქნას ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობა.

ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო ელემენტების შემოსვლა წარმოადგენს ახალ და უნიკალურ ვარიანტს სოციალური დაზღვევის სისტემაში. მართული კონკურენცია ცვლის სახელმწიფოს როლს, რომელიც ჯანდაცვის სისტემის მესაჭის ნაცვლად ხდება სამედიცინო ბაზრის ფუნქციონირების დამცველი. სახელმწიფოს მიერ დაწესებული მარეგულირებელი მექანიზმების შედეგად, ჯანდაცვის სამინისტრო აკონტროლებს სამედიცინო სერვისების ხარისხს და ხელმისაწვდომას[1].

კონკურენტული სადაზღვევო სისტემის დროს სამედიცინო ორგანიზაციებთან სერვისების ფასისა და ხარისხის შესახებ მოლაპარაკებებს აწარმოებენ ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო კომპანიები. აღნიშნული ქმნის ფასისმიერ კონკურენციას. ერთი გადამხდელის არაკონკურენტული სისტემა, ცხადია, ვერ ქმნის ფასისმიერ კონკურენციას.

ერთი გადამხდელის სისტემისგან განსხვავებით, მრავალი გადამხდელით დაფინანსების სისტემაში სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, სადაზღვევო პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დაზღვევის დამატებითი პაკეტისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები.

სადაზღვევო კომპანიების, ანუ მრავალი გადამხდელით დაფინანსების სისტემის უპირატესობა ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემასთან შედარებით გამოწვეულია იმ ფაქტორით, რომ სადაზღვევო კომპანიების სარგებლის პაკეტები ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიები ერთმანეთს კონკურენციას უწევენ სადაზღვევო პაკეტის მოცულობაზე და პრემიაზე. შესაბამისად, მომხმარებელი ირჩევს იმ სა-

1 ვერულავა, თ. (2014). რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები. საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „ეკონომიკისა და ეკონომიკური მეცნიერების განვითარების აქტუალური პრობლემები“ მასალების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 323-326.

დაზღვევო კომპანიას, რომელიც სასურველ სადაზღვევო პაკეტს ყიდის მისთვის ხელმისაწვდომ ფასად. გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელი სადაზღვევო კომპანიებს სტიმულს აძლევს შექმნან სახელმწიფოს მიერ დადგენილ ბაზისურ სადაზღვევო პაკეტს ზევით განსხვავებული დამატებითი სადაზღვევო პაკეტები. აღნიშნული მომხმარებელს სტიმულს აძლევს უპირატესობა მიანიჭოს იმ მზღვეველს, რომელიც ბონუსად დამატებით სერვისებს შესთავაზებს. შედეგად, მცირდება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩაურთველ ცალკეულ სერვისებზე პასუხისმგებლობა გადადის კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე[1].

ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო დაფინანსების სიმცირის გამო, ყველაზე დიდი პრიორიტეტი სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხის მაქსიმალურად ეფექტურად ხარჯვაა. ერთი გადამხდელის სისტემის დროს, როდესაც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას ახორციელებს სოციალური მომსახურების სააგენტო, სუსტია ხარჯების მონიტორინგი. ძალიან ძნელია ერთმა გადამხდელმა შეამოწმოს სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაო, რამდენად რეალურია და დასაბუთებულია საავადმყოფოს მიერ მოთხოვნილი თანხა, ხომ არ ხდება დიაგნოზის გაყალბება, დაავადების გამწვავება (გაურგენტულება) და ა.შ. ჯანდაცვის სამინისტროს არც ამის შესაძლებლობა აქვს და არც შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრები ჰყავს, რომ მთელი ქვეყნის მასშტაბით განახორციელოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზედამხედველობა. ამას მოწმობს გადაუდებელი ამბულატორიის და გადაუდებელი ქირურგიული შემთხვევათა რაოდენობის არანორმალურად მკვეთრი ზრდა, რაც არანაირ ლოგიკას არ ექვემდებარება[2].

საყურადღებოა, რომ საერთაშორისო გამოცდილებით, იმ ქვეყნებში, სადაც ერთი გადამხდელის სისტემა მოქმედებს სახელმწიფო სახსრების ეფექტურად ხარჯვის სერიოზული პრობლემები არსე-

1 **Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A, Wasem J. –Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? 2012**.

2 თ. ვერულავა. მართული კონკურენცია ჯანდაცვაში და საქართველოს რეფორმები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი. 2016.

ბობს, რადგან საავადმყოფოს მიერ დამფინანსებლის მოტყუება მსოფლიოში საკმაოდ გავრცელებული პრაქტიკაა. მაგალითად, ცნობილი ფაქტია, რომ აშშ-ში, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ზედმეტად მოთხოვნილი თანხების გამო გამოძიების ფედერალური ბიუროს სპეციალური სამსახური მათგან ყოველწლიურად დაახლოებით 3-4 მილიარდი დოლარი ამოაქვს.

ამისგან განხვავებით, კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის დროს სახელმწიფოსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ერთვებიან სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგისა და მართვის მეთოდებს. ერთ-ერთი ასეთი მეთოდია მოთხოვნის მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მაგალითად, ექიმის მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის კონსულტაციები მკვეთრად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

გარდა ამისა, კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ ხარჯების შეკავების მიზნით განახორციელონ სერვისებზე კონტროლი, რისთვისაც ახდენენ პაციენტის სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების, ასევე, რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისების დეტალურ შესწავლას. ამავე მიზნით, სადაზღვევო კომპანიები ფართოდ იყენებენ ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინების მექანიზმებს. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი ატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ამასთან, არაიშვიათად, სადაზღვევო კომპანია თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება.

ჯანდაცვის დაფინანსების თავისებურებები საქართველოში

2008 წლამდე საქართველოში ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებას სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი ახორციელებდა, რაც ე.წ. ერთი გადამხდელის არაკონკურენტულ სისტემას წარმოადგენდა.

2008 წლიდან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად კონკურენტული სადაზღვევო სისტემა იქნა შემოღებული. 2008 წლის საქართველოს მთავრობის №92 დადგენილების „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საფუძველზე, საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას მიეცა უფლება მონაწილეობა მიეღო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება. კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას.

მთავრობამ სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ დაადგინა მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა[1]. 2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა „ეკონომიკური თავისუფლების აქტი“, რომელშიც ძირითადი აქცენტი გაკეთდა მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, როგორც საბაზრო ეკონომიკის უმთავრეს პრინციპზე, რომელზედაც კონკურენცია და შესაბამისად მომსახურების ხარისხია დამოკიდებული.

„ეკონომიკური თავისუფლების აქტის“ მიხედვით „ბიუჯეტის სახსრები უნდა იქნენ გამოყენებული ისე, რომ მოქალაქეებს მისცენ საშუალება, სადაც შესაძლებელია, თავად გააკეთონ არჩევანი, და არ იქნას მიმართული მომსახურების სახელმწიფო მიმწოდებლის პირდაპირი დაფინანსებისათვის. ანუ, დაფინანსდეს არა ინსტიტუტები და ორგანიზაციები, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ დაფინანსდეს ადამიანები, ვისაც ეს დაფინანსება ეკუთვნის და ყველაზე მეტად

1 შ. ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

სჭირდება და მათ დაუტოვონ არჩევანის დაფინანსება. ხოლო ინსტიტუტები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების არჩევანის მოგებით.“

ჯანდაცვის სისტემაში 2008-2010 წლებში განხორციელებული რეფორმები მიზნად ისახავდა დარგში საბაზრო რეგულატორების განვითარებას, კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას და ხელშეწყობას[1]. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება წარმოადგენდა. სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ღებულობდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

სადაზღვევო ხელშეკრულებით მთავრობის მიერ პრემიის გადახდა წარმოებდა ყოველთვიურად ერთ დაზღვეულზე პოლისის სტანდარტული ღირებულების ერთი მეთორმეტედის პრინციპით და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, შესაბამისი კოეფიციენტის გამოყენებით:

ა) 0-64 წელი — 12,93 ლარი (ც=0,862);

ბ) > 65 წელი— 21,43 ლარი (ც=1,429).

2008 წლის ბოლოსათვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს.[2] 2010 წლის მონაცემებით, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული ბენეფიციარების რაოდენობა 888 368-მდე გაიზარდა.

ცხრილი 1:

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები. 2010 წლის მონაცემები

---

1 თენგიზ ვერულავა, მირანდა ბიბილეიშვილი. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართული კონკურენციის მოდელი და საქართველოს რეფორმები. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ინსტიტუტი; 2 (2) (2016).

2 შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები	რაოდენობა
სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა	793557
კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები	12075
მზრუნველობამოკლებული ბავშვები	3053
სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები, რუსთაველის პრემიის ლაურეატები	189
პედაგოგები	79494
სულ	888368

2010 წლიდან შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წესები. დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით. საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სადაზღვევო რაიონად. დაზღვეული სადაზღვევო ვაუჩერით ხელშეკრულებას აფორმებს საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამარჯვებულ კომპანიასთან. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში. კერძოდ, თითოეულ დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა განისაზღვრა შესაბამის სადაზღვევო რაიონში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად, რომელიც ნაცვლად 180 ლარისა მნიშვნელოვნად შემცირდა. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარი. გარდა ამისა, შემცირებული პრემიის პირობებში, სადაზღვევო კომპანიებს სადაზღვევო პაკეტში უნდა შეეტანათ სამკურნალო საშუალებების ხარჯების ანაზღაურება 50 ლარის ფარგლებში, 50 % თანაგადახდით[1].

ამგვარად, 2013 წლამდე არსებული სისტემა ძირეულად განსხვავდება კონკურენტული სადაზღვევო სისტემისაგან. სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში[2].

1 საქართველოს მთავრობის 2010 წლის დადგენილება N 85.

2 თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. თსუ, პაატა

დიაგრამა 1.

ტენდერში გამარჯვებული კომპანიები სამედიცინო რაიონების მიხედვით

წყარო: კითხვები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებთან დაკავშირებით. საზოგადოებრივ განხილვათა მხარდაჭერა. პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისათვის. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID). თბილისი. 6 მაისი, 2010 წ.

სისტემა, სადაც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებს სოციალური მომსახურების სააგენტო მართავს არაფრით არ განსხვავდება სისტემისაგან, სადაც თითოეულ რაიონში ჯანდაცვით სახელმწიფო პროგრამებს ერთი სადაზღვევო კომპანია მართავს. ორივე სისტემა წარმოადგენს ერთი გადამხდელის სისტემას, რადგან პაციენტს პირველ შემთხვევაში მხოლოდ სახელმწიფო სააგენტოსთან აქვს ურთიერთობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში შესაბამის საცხოვრებელ ადგილზე (რაიონი, ქალაქი) წარმოდგენილ სადაზღვევო კომპანიასთან. ორივე შემთხვევაში, დამფინანსებელი, როგორც სახელმწიფო სააგენტო, ასევე სადაზღვევო კომპანია, მონოპოლიურ მდგომარეობაში იმყოფება[1].

გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014, გვ. 323-326.

1 თენგიზ ვერულავა. „ალისა აქ უკვე აღარ ცხოვრობს“, ანუ ლიბერალური ეკონომიკის ქართული სინამდვილე. გაზეთი „რეზონანსი“. 2010. 25 ივნისი. - N165. გვ.8

სრულიად ნათელია, რომ რაიონული სადაზღვევო მონოპოლიები, სადაც რაიონებს ერთი სადაზღვევო კომპანია და ერთი მომსახურების მიმწოდებელი კომპანია ემსახურება აფერხებს კონკურენციას და ამცირებს მომსახურების ხარისხს.

არაკონკურენტულ სადაზღვევო სისტემას კიდევ უფრო ამძიმებდა ის გარემოება, რომ სახელმწიფომ ფარმაცევტულ კომპანიებს („ავერსი", „PSP დაზღვევა") სადაზღვევო საქმიანობის ნება დართო. შედეგად კიდევ უფრო შემცირდა კონკურენცია, რადგან ერთი და იგივე კომპანია იყო სამედიცინო მომსახურების მზღვეველიც, სამედიცინო მომსახურების გამწევიცა და მედიკამენტების მიმწოდებელიც.

ამგვარად, 2013 წლამდე არსებული არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემა ისეთივე ერთი გადამხდელის სისტემაა როგორც სოციალური მომსახურების სააგენტოს სისტემა.

არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემა ზღუდავს მომხმარებელთა არჩევანს

2013 წლამდე არსებული არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემის შედეგად, მომხმარებელს არ ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება. იგი იძულებული იყო თავი დაეზღვია მისი საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის რაიონში სახელმწიფოს მიერ გადანაწილებულ სადაზღვევო კომპანიასთან. მაშინდელმა მთავრობამ ეს უმთავრესად გააკეთა სადაზღვევო კომპანიების სტიმულირებისათვის, მიეღოთ მონაწილეობა საავადმყოფოების პრივატიზების ტენდერებში. სახელმწიფომ ასეთ სადაზღვევო კომპანიებს დააკისრა შესაბამის რაიონებში საავადმყოფოების აშენება ან არსებულის გაუმჯობესება[1].

ასევე, გახანგრძლივდა სადაზღვევო ხელშეკრულებები. 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3 წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად. იგი განპირობებული იყო იმ გარემოებით, რომ სადაზღვევო კომპანიას დადგენილ ვადაში უნდა მოესწრო სააავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება, რისთვისაც იგი დროის ამ პერიოდში გარანტირებული უნდა ყოფილიყო მასთან დაზღვეულთა

1 საქართველოს მთავრობის 2010 წლის დადგენილება N 85.

გარკვეული რაოდენობით[1].

საკითხავია, რამდენად სწორი იყო სახელმწიფოს მიერ 15-20-30 ან 50 საწოლიანი საავადმყოფოების გაყიდვა, რომლებიც საქართველოში არსებული სავადმყოფოების 80%-ს აღემატება, მაშინ როდესაც საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით, 200-100 საწოლიანზე ნაკლები საავადმყოფო ვერ ღებულობს ისეთ მოგებას, რომ ყველა მომსახურება გრძელვადიანად შეინარჩუნოს და შესაბამისად არამომგებიანია?!

რაიონული საავადმყოფოების სადაზღვევო კომპანიებზე გადაცემამ კიდევ უფრო გაართულა პაციენტის მდგომარეობა, რადგან მას წაერთვა არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება – თავად აირჩიოს სააავადმყოფო. პაციენტი იძულებული გახდა შემოეფარგლა მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით.

თავის მხრივ, სადაზღვევო კომპანიები ცდილობდნენ პაციენტები ყოველთვის საკუთარ საავადმყოფოებში მიემართათ, სადაც შეეძლოთ მათთვის შემცირებული ფასით ემკურნალათ, რადგან სადაზღვევო კომპანიაში იძულებით დაზღვეულს სხვა არჩევანი არ რჩება და მთლიანად მზღვეველის გადაწყვეტილებაზეა დამოკიდებული.

ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ 2013 წლამდე არსებული ***არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემის შემოღებით დაირღვა საქართველოს კონსტიტუცია და კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“.*** კერძოდ, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლების“ თანახმად „პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი“, ანუ დაირღვა მოქალაქის უფლება, ავადმყოფობის შემთხვევაში თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება[2].

პაციენტის თავისუფალი არჩევანი ჯანდაცვის სისტემის ფუნ-

1 თენგიზ ვერულავა. მართული კონკურენცია ჯანდაცვაში და საქართველოს რეფორმები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDფI). საქართველო 2020. თბილისი. 2016.

2 თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014

ქციონირების უმნიშვნელოვანესი პრინციპია. იგი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სადაზღვევო სისტემაში, სადაც სადაზღვევო კომპანიები მონაწილეობენ ჯანდაცვით სახელმწიფო პროგრამების მართვაში.

სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების ფლობა არახარჯთეფექტურია

2013 წლამდე არსებული სადაზღვევო სისტემის ნეგატიური მხარეა, აგრეთვე, საავადმყოფოების გადაცემა სადაზღვევო კომპანიებისადმი. 2012 წლის მდგომარეობით, საქართველოში არსებული საავადმყოფოების თითქმის 40%-ს სადაზღვევო კომპანიები ფლობდნენ. შედეგად, ერთი და იგივე კომპანია მოგვევლინა როგორც სამედიცინო მომსახურების მზღვეველის, ასევე სამედიცინო მომსახურების გამწევის როლში, რაც ამახინჯებს ჩვეულებრივი ბაზრისათვის დამახასიათებელი მოთხოვნა-მიწოდების პროცესს, რადგან ზრდის არასაჭირო სამედიცინო მომსახურების გაწევის რისკს.

ჩვეულებრივ მდგომარეობაში, როდესაც სადაზღვევო კომპანია არ არის საავადმყოფოების მფლობელი, მათ შორის ინტერესთა კონფლიქტია. იგი ცდილობს მაქსიმალურად კონტროლი გაუწიოს საავადმყოფოების მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებას, რადგან სადაზღვევო კომპანიების ინტერესია კლინიკებისთვის ნაკლები თანხის გადახდა. როდესაც სადაზღვევო კომპანიები გადაიქცნენ საავადმყოფოების მფლობელებად, ისინი ცდილობენ არა ხარჯების შეკავებას, არამედ სახელმწიფოს თანხა მაქსიმალურად გამოსტყუონ. შედეგად, ***სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების ქონა არახარჯთეფექტურია.***

საავადმყოფოსა და სადაზღვევო კომპანიას შოროს ინტერესთა კონფლიქტის არარსებობის გამო, ორივე სუბიექტი, როგორც საავადმყოფო, ასევე სადაზღვევო კომპანია ცდილობენ რაც შეიძლება მეტი მოსთხოვონ სახელმწიფოს. ამის ნათელი მაგალითია ამ პეროდში საოცრად გაზრდილი დაავადებათა მწვავე შემთხვევები, რადგან როგორც სადაზღვევო კომპანია, ასევე საავადმყოფო ცდილობენ სახელმწიფოსგან მეტი თანხის მისაღებად ხელოვნურად გაამწვავონ (გააურგენტულონ) პაციენტის მდგომარეობა.

ამასთან, როდესაც ერთი და იგივე სადაზღვევო კომპანია მთელი რაიონის მოსახლეობის მზღვეველიცაა და ამავდროულად,

იმავე რაიონის საავადმყოფოს მფლობელი, იგი მოგების მიზნით შეეცდება მის კუთვნილ საავადმყოფოში მოხვედრილ პაციენტებს ჩაუტაროს ყველაზე იაფი მკურნალობა და ყველაზე ნაკლები დანახარჯებით დაუსვას დიაგნოზი ან არ ჩაუტაროს ძვირადღირებული მკურნალობა, რაც უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემის ნეგატიურ შედეგებს კიდევ უფრო ამძიმებდა ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფოს ნაკლები რეგულირება. სადაზღვევო კომპანიები ხშირად რაიონში თავიანთ წარმომადგენლებად ნიშნავდნენ ექიმებს. ასეთი ექიმები ცდილობდნენ პაციენტები, რომლებიც საჭიროებდნენ მაღალტექნოლოგიურ მკურნალობას არ მიემართათ იმ მსხვილი რეგიონულ ან რესპუბლიკური საავადმყოფოებისათვის (ქუთაისი, თბილისი), რომლებიც არ იყვნენ მათი დამსაქმებელი სადაზღვევო კომპანიის საკუთრებაში. სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებად მომუშავე ასეთი ექიმები უმთავრესად სადაზღვევო კომპანიის ინტერესების დამცველია და ეჭვქვეშ აყენებენ მისი როგორც ექიმის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო გადაწყვეტილებებს. უფრო მეტიც, იყო შემთხვევები, როდესაც საავადმყოფოს მენეჯერები, მათ შორის მაღალი რანგის მმართველები იყვნენ სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგნლები. ცხადია, ***სახელმწიფოს მიერ არაკონკურენტულ სადაზღვევო სისტემის ნაკლები რეგულირება აქვეითებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს***.

ექსპერტთა ერთი ნაწილის აზრით, კონკურენტულიდან არაკონკურენტულ სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლა მხოლოდ დროებით ხასიათს ატარებდა, 2013 წლის მარტამდე და გამოწვეული იყო რამოდენიმე მიზეზით:

- სადაზღვევო კომპანიების მიერ გაყიდვებზე გაწეული (აკვიზიციური) ხარჯები შეადგენდა პრემიის თითქმის 30 %-ს, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია;
- გამოვლინდა კორუფციის, კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან საჯარო მოხელეების (სოფლის გამგებლები, სოციალური სააგენტოს წარმომადგენლები და ა.შ.) მოსყიდვის ფაქტები;
- ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის მოძველებული ინფრასტრუქტურა მოითხოვდა განახლებას, რომლის ხარჯების გაწევა

სახელმწიფოს არ შეეძლო. შედეგად, სახელმწიფომ სადაზღვევო კომპანიებს დააკისრა სამედიცინო დაწესებულებების მშენებლობა-რეკონსტრუქციის დამატებითი ვალდებულებები.

ექსპერტთა მიერ გამოთქმული ამ მოსაზრებების საწინააღმდეგოდ შეიძლება ითქვას, რომ რეფორმის საწყის ეტაპზე არსებული მაღალი აკვიზიციური ხარჯები შეესაბამებოდა კონკურენტული სისტემის დანერგვის პროცესს და დროებით ხასიათს ატარებდა. დაზღვევის ხასიათიდან გამომდინარე, რომელიც დიდი რიცხვების კანონს ეფუძნება, პირველ წლებში სადაზღვევო კომპანია ცდილობს რაც შეიძლება მეტი ბენეფიციარი მიიზიდოს. რაც უფრო მეტია კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიაში დაზღვეულთა რაოდენობა, მით მეტია სადაზღვევო სარგებლები, მით მეტი სერვისებია მოცული სადაზღვევო პაკეტში, და რაც მთავარია, დაზღვეულს მით უფრო ნაკლები სადაზღვევო პრემია აქვს გადასახდელი. აქედან გამომდინარე, სადაზღვევო კომპანია ცდილობს საწყის ეტაპზე გაზარდოს აკვიზიციური ხარჯები, რომ რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით დაზღვეული მიიზიდოს. დაზღვეულის მიერ მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევის შემდეგ, როგორც მოსალოდნელია, მცირდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ გასაწევი აკვიზიციური ხარჯები[1].

რაც შეეხება კონკურენტული დაზღვევის სისტემის დროს გამოვლენილ კორუფციის ნიშნებს, მის აღმოსაფხვრელად არსებობენ სათანადო ორგანოები. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის არსებობისას, სადაც სადაზღვევო ხელშეკრულების პერიოდი ერთი წელია, დაზღვეულს უფლება აქვს გადაირჩიოს მისთვის არასასურველი სადაზღვევო კომპანია.

ერთი მხრივ, სადაზღვევო კომპანიების მხრივ ახალი სამედიცინო დაწესებულებების აშენების ან მათი განახლების შედეგად, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სამედიცინო მომსახურების გარემო, ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. მეორე მხრივ, სადაზღვევო კომპანიებს ისედაც შემცირებული პრემიის პირობებში დაკისრებული გაზრდილი

1 თენგიზ ვერულავა. მართული კონკურენცია ჯანდაცვაში და საქართველოს რეფორმები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი. 2016.

ვალდებულებების შედეგად დაუგროვდათ სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დავალიანებები, რაც უარყოფითად მოქმედებდა ბენეფიციართა კმაყოფილებაზე[1].

ფარმაცევტული კომპანიის, სადაზღვევო კომპანიის და საავადმყოფოს ვერტიკალური ინტეგრაცია მნიშვნელოვნად აქვეითებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

არსებული არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემის კიდევ ერთ ნეგატიურ მხარეს წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ სახელმწიფომ ფარმაცევტულ კომპანიებს („ავერსი", „PSP დაზღვევა") სადაზღვევო საქმიანობის გარდა საავადმყოფოების/კლინიკების ქონის ნება დართო. 2012 წლის მდგომარეობით, ფარმაცევტული კომპანია „ავერსი" სადაზღვევო კომპანია „ალფას" მფლობელია. ორივე, ფარმაცევტული კომპანია „ავერსი" და მის დაქვემდებარებაში მყოფი სადაზღვევო კომპანია „ალფა" ფლობდნენ საავადმყოფოების 17%-ს. შედეგად, ერთი და იგივე კომპანია მოგვევლინა არამარტო სამედიცინო მომსახურების მზღვეველის როლში, არამედ სამედიცინო მომსახურების გამწევის და უფრო უარესი, 20%-ის შემთხვევაში მედიკამენტების მიმწოდებლის როლში. შედეგად, კიდევ უფრო დაირღვა ჩვეულებრივი ბაზრისათვის დამახასიათებელი მოთხოვნა-მიწოდების პროცესი, ასეთი ვერტიკალური ინტეგრაცია ზრდის არამარტო არასაჭირო სამედიცინო მომსახურების გაწევის რისკს, არამედ პაციენტებისათვის მხოლოდ საკუთარი მედიკამენტების დანიშვნის რისკს. ასეთ სისტემაში ექიმები პაციენტებს ემსახურებიან მათი მფლობელი ფარმაცევტული კომპანიის მიერ მიწოდებული სიით, სადაც მითითებულია მედიკამენტები, რომლებიც პაციენტებს უნდა გამოუწერონ. ხშირ შემთხვევაში ექიმების მიერ გამოწერილი მედიკამენტების 95% მათი მფლობელი ფარმაცევტული კომპანიიდანაა. ასეთ სიტუაციაში ექიმი ცდილობს ისეთი მედიკამენტები გამოწეროს, რომლებიც პაციენტისათვის საუკეთესო ვარიანტს არ წარმოადგენს, მაგრამ სხვა გზა არა აქვს.

ამგვარად, ფარმაცევტული კომპანიის, სადაზღვევო კომპანიის

1 ვერულავა, თ. (2014). რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები. საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „ეკონომიკისა და ეკონომიკური მეცნიერების განვითარების აქტუალური პრობლემები" მასალების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 323-326.

და საავადმყოფოს ვერტიკალური ინტეგრაცია მნიშვნელოვნად აქვეითებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

არაკონკურენტულ სადაზღვევო სისტემაში ექიმი იძულებულია დათანხმდეს სადაზღვევო კომპანიის კაბალურ სახელშეკრულებო პირობებს

არაკონკურენტული, მონოპოლური სადაზღვევო სისტემის დროს სადაზღვევო კომპანია ცდილობს რაც შეიძლება ნაკლებად აანაზღაუროს სამედიცინო პერსონალის მიერ გაწეული შრომა, რადგან სამედიცინო ბაზარზე მას არ ჰყავს კონკურენტი. თავის მხრივ, სამედიცინო პერსონალი იძულებულია სადაზღვევო კომპანიასთან ანაზღაურების ნებისმიერ განაკვეთზე გააფორმოს კონტრაქტი, რადგან რაიონული მონოპოლური სადაზღვევო სისტემის გამო, სხვა გამოსავალი მას არ რჩება. შედეგად, ხშირ შემთხვევაში ექიმის და ექთნის ხელფასი ხშირად დასაშვებ მინიმუმზე დაბალი იყო. მდგომარეობას ამძიმებდა ის გარემოებაც, რომ ზოგ შემთხვევებში სადაზღვევო კომპანია თვეობით არ უხდიდა სამედიცინო პერსონალს ანაზღაურებას, რადგან კონკურენციის არარსებობის გამო სადაზღვევო კომპანიამ იცის, რომ იგია ერთი გადამხდელი რაიონში და სამედიცინო პერსონალი ვერსად გაექცევა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ექიმთა უფლებები დაუცველია და არც სუსტ პროფკავშირებს შეეძლოთ მათი დაცვა. ცხადია, რომ ასეთი სისტემა უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, პაციენტის კმაყოფილებაზე.

ამგვარად, ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო წლებში მიმდინარე რეფორმების საერთაშორისო გამოცდილებას თუ გავიზიარებთ, შეიძლება ითქვას რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხარჯების შეკავების ეფექტური მექანიზმია. 2013 წლამდე არსებული არაკონკურენტული, მონოპოლური სადაზღვევო სისტემა, სადაც თითოეულ რაიონში ჯანდაცვით სახელმწიფო პროგრამებს ერთი სადაზღვევო კომპანია მართავდა, ისეთივე ერთი გადამხდელის სისტემაა როგორც ამჟამად არსებული სოციალური მომსახურების სააგენტოს სისტემა, რომელიც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებს მართავს. პაციენტს პირველ შემთხვევაში მხოლოდ სახელმწიფო სააგენტოსთან აქვს ურთიერთობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში შე-

საბამის საცხოვრებელ ადგილზე (რაიონი, ქალაქი) წარმოდგენილ სადაზღვევო კომპანიასთან. ორივე ერთი გადამხდელის სისტემა ამცირებს მომსახურების ხარისხს და ზრდის ხარჯებს.

საერთაშორისო და ჩვენი ქვეყნის უახლოესი წლების გამოცდილების გათვალისწინებით, საქართველოში ერთი გადამხდელის სისტემის ნაცვლად კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის დანერგვა სირთულეს წარმოადგენს შემდეგი ფაქტორების გამო:

- საავადმყოფოების გარკვეულ ნაწილს, მათ შორის რეგიონებში სადაზღვევო კომპანიები ფლობენ, რის გამოც ორივე სუბიექტი, როგორც სადაზღვევო კომპანია, ასევე მის მფობელობაში არსებული საავადმყოფო, დამფინანსებელსა და მიმწოდებელს შორის ინტერესთა კონფლიქტის არ არსებობის გამო, ცდილობენ რაც შეიძლება მეტი მოსთხოვონ სახელმწიფოს, შესაბამისად ასეთ სისტემაში ეს მოდელი არახარჯთეფექტურია.
- ფარმაცევტული კომპანიის, სადაზღვევო კომპანიის და საავადმყოფოს ვერტიკალური ინტეგრაცია მნიშვნელოვნად აქვეითებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.
- საქართველოში როგორც საავადმყოფოები, ასევე სადაზღვევო კომპანიები კერძო მომგებიანი ორგანიზაციებია, რომლის ანალოგის პოვნა თითქმის შეუძლებელია თანამედროვე მსოფლიოში. ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი არსებობენ როგორც კერძო მომგებიანი, ასევე არამომგებიანი და სახელმწიფო საავადმყოფოები და სადაზღვევო კომპანიები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლი

უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის თუ სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ფართოდ გამოიყენება კერძო სამედიცინო დაზღვევა. მისი როლი დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა (მათ შორის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებიც), სადაც სახელმწიფო სრულად აფინანსებდეს ჯანდაცვის ყველა სერვისს. სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ბაზისურ პაკეტში ჯანდაცვის გარკვეული სერვისები შეიძლება საერთოდ არ შედიოდეს, ან შესაძლებელია ფინანსდებოდეს ნაწილობრივ (მაგ., სერვისი, სადაც გათვალისწინებულია ბენეფიციარის მხრიდან თანაგადახდა). ასეთი მოუცველი ან ნაწილობრივ მოცული სერვისების დაფინანსების უზრუნველყოფა ხდება კერძო სამედიცინო დაზღვევით.

კერძო სამედიცინო დაზღვევა უნივერსალურ, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში გამოიყენება ჩანაცვლებითი, შევსებითი და დამატებითი სახით. განვიხილოთ თითეული მათგანი.

ზოგიერთ ქვეყნებში მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები (მაგ., მაღალშემოსავლიანი პირები ან სახელმწიფო მოხელეები) არ არიან მოცულნი უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვით. ასეთი ადამიანებისათვის უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვა მთლიანად ჩანაცვლებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით. ამრიგად, კერძო სამედიცინო დაზღვევის ***ჩანაცვლებითი ფორმა*** მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის წარმოადგენს ქვეყანაში არსებული უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ალტერნატიულ (ჩანაცვლებით) ფორმას. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა გამოიყენებენ ნიდერლანდებში, გერმანიაში (მაღალშემოსავლიანი პირებისათვის), ესპანეთში (სახელმწიფო მოხელეებისათვის).

ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის შემთხვევაში მოსახლეობის ამ ჯგუფებისათვის განსაზღვრულია სამედიცინო დახმარების ისეთივე სახეები, რაც უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვითაა გათვალისწინებული, ანუ ხდება დაზღვევის არსებული სისტემის მეორეთი ჩანაცვლება. მაგალითად, გერმანიაში პირებს, რომელთა შემოსავალი აღემატება 40 000 ევროს შეუძლიათ გამოვიდნენ საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის

სისტემიდან ან დარჩნენ იმავე სისტემაში. ფაქტიურად, სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მაღალშემოსავლიანი პირების უმრავლესობა ისევ სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში ამჯობინებენ დარჩენას. ამასთან კერძო დაზღვევის სისტემის არჩევის შემდეგ კანონით მათ ეკრძალებათ უნივერსალურ, საყოველთაო დაზღვევის სისტემაში დაბრუნება.

ასევე, ნიდერლანდებში პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება 30 700 ევროს გამორიცხული არიან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სქემიდან და იყენებენ ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემას.

ესპანეთში ისეთი მაღალშემოსავლიანი პროფესიის ადამიანები, როგორიცაა დამოუკიდებელი მოსამართლეები, მოცულნი არ არიან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით. ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა განვითარებად ქვეყნებშიც დაინერგა (მაგ. სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა).

საქართველოში განვითარდა ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა, ანუ მაღალშემოსავლიანი ჯგუფები გამოირიცხებიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან, რომელიც ჩანაცვლებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით.

ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა განვითარებად ქვეყნებშიც დაინერგა. მოსახლეობის შეძლებულ ნაწილს მიეცა უფლება აერჩიათ კერძო და სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევას შორის (სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა). თუმცა ზოგიერთი მკვლევარი მიიჩნევს, რომ ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა, რისკის გადანაწილების სეგმენტირებული მექანიზმებისა და მზღვეველთა მიერ კარგი რისკების არჩევის გამო, უარყოფით გავლენას ახდენს სადაზღვევო ბაზრის განვითარებასა და ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების სტაბილურობაში.

უფრო მეტად გამოიყენებენ ***შევსებით კერძო სამედიცინო დაზღვევას.*** ამ შემთხვევაში ქვეყანაში არსებობს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი უნივერსალური ბაზისური პაკეტი, რომელიც საყოველთაოა მთელი მოსახლეობისათვის. მისი მეშვეობით შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურების იმ სახეების ნაწილობრივი, ან მთლიანი დაფინანსება, რომლებსაც საერთოდ არ მოიცავს (მაგ., სტომატოლოგიური სერვისები), ან ნაწილობრივ მოიცავს (მაგ., თანაგადახდა) საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა. მაგალითად,

საყოველთაო ჯანდაცვის (ან საყოველთაო დაზღვევის) სისტემაში თანაგადახდის არსებობისას, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ცდილობს დამატებით დაეზღვიოს კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში, რითაც ავადმყოფობის შემთხვევის დადგომისას თანაგადახდისაგან თავისუფლდება.

საფრანგეთში შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოცულია მოსახლეობის 86%, სლოვენიაში – 70%, კანადაში – 60%, ავსტრალიაში – 40 %, ირლანდიაში – 40 %, ფინეთშიი – 40 % (OECD. 2004ა; 51).

საფრანგეთში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისურ პაკეტში შემავალ სამედიცინო დახმარების ბევრ სახეებზე თანაგადახდაა დაწესებული, მოსახლეობა ცდილობს მის დასაფარავად ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიებში დაეზღვიოს. საფრანგეთში შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მქონე პირთა რაოდენობა 33 %-დან (1960) 86 %-მდე (2000) გაიზარდა და შეადგენს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 13 %-ს. ასევე, სლოვენიაში შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მქონე მოსახლეობის რაოდენობამ 70 %-ს მიაღწია (1993), რაც ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 11 % შეადგენს.

შედარებით უფრო მცირედ გამოიყენება ***დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა.*** იგი გულისხმობს სამედიცინო დახმარების იმ სახეების დაფინანსებას, რომლებიც საერთოდ არ შედიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ან შედის მაგრამ დამატებითი დაზღვევით პაციენტს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევანის უფლება აქვს, რაც ზრდის სერვისების სწრაფ ხელმისაწვდომობას (მაგალითად, გეგმიური სამედიცინო დახმარების ან სპეციალისტთან კონსულტაციის რიგგარეშე ჩატარება). ამ დროს, კერძო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები დაზღვეულებს სთავაზობენ როგორც მაღალი ხარისხით მომსახურებას, აგრეთვე მომსახურების განსაკუთრებულ პირობებს (ცალკე, კეთილმოწყობილ პალატაში მკურნალობა, რომელსაც აქვს საკუთარი აბაზანა, ტელევიზორი, მაცივარი და სხვ.).

ჩვეულებრივ, სპეციალისტებთან კონსულტაციების ჩასატარე-

ბლად საჭიროა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიმართვა და ხანგრძლივი რიგის გავლა, დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პირთათვის ასეთი შეზღუდვები არ ვრცელდება. პაციენტს უფლება აქვს საჭირო სამედიცინო დახმარება მისთვის სასურველ დროს ჩაიტაროს.

მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში ჯანმრთელობის დამატებითი დაზღვევის მქონე პაციენტები თავისუფლდებიან ექიმთან ხანგრძლივი რიგებიდან, რაც უზრუნველყოფს სერვისებზე სწრაფ ხელმისაწვდომობას, მაღალი ხარისხით მომსახურებას.

მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ქვეყანაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის სამივე ფორმის გამოყენება. საყოველთაო ჯანდაცვაში ადამიანების გაწევრიანება უნდა განისაზღროს არა იმის მიხედვით, მათ აქვთ თუ არა კერძო სამედიცინო დაზღვევა, არამედ მათი ქონებრივი და შემოსავლების მიხედვით. პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება გარკვეულ ზღვარს შესაძლებელია გამოირიცხონ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან და დაეზღვიონ კერძო სამედიცინო დაზღვევით (კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა). ამით გამონთავისუფლებული თანხებით უნდა გაფართოვდეს მოწყვლადი ფენების სადაზღვევო პაკეტი (მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. იმ პირებს, რომლებიც არც ძალიან ღარიბები არიან და არც ძალიან შეძლებული, ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, უნდა მიეცეთ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველ ან ნაწილობრივ მოცულ სერვისებზე კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობა (კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი ფორმა). ამრიგად, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა.

უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება

თანამედროვე მსოფლიოში მედიცინის განვითარებასთან ერთად სულ უფრო და უფრო აქტუალური ხდება ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები. თითოეულ ქვეყანას საკუთარი მიდგომა აქვს შემუშავებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

საქართველო ახლახანს შეუდგა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვას. ამ მხრივ, აქტუალურია მსოფლიო გამოცდილების გაანალიზება, კერძოდ, უნივერსალური მოცვის რა მოდელები არსებობს განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში, მათ შორის რა ძირითადი განმასხვავებელი თავისებურებები შეინიშნება, უნივერსალური მოცვის როგორი სისტემაა საქართველოში და რა რეკომენდაციები შეიძლება შევთავაზოთ.

უნივერსალური მოცვა

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება თანდათანობითი პროცესია. იგი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად საკმარისია ქვეყანაში არსებული რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებისთვის. აღნიშნული საკითხი მნიშვნელოვანია როგორც განვითარებადი, ასევე განვითარებული ქვეყნებისათვის. შედარებისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 აშშ დოლარი იხარჯება თითო სულზე, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში – 15 აშშ დოლარზე ნაკლები; გარდა ამისა, დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების უმეტესობა გაცილებით უფრო ნაკლებს ხარჯავს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისთვის. მაგალითად, ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა, როგორიცაა ბანგლადეში დაახლოებით 5 დოლარს ხარჯავს თითო სულზე[1].

აქვე გასათვალისწინებელია, რომ განვითარებად ქვეყნებში ბაზისურ პაკეტით შედარებით ნაკლები სერვისებია მოცული, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებში. ამ სერვისების ძალიან დიდი რაოდენობა საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ან პირველად ჯანდაცვაზეა ორიენტირებული და ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები მასში არ შედის[2].

1 World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing in Health Executive Summary. Washington, DC: World Bank.

2 Kutzin J (1998) Enhancing the insurance function of health systems: A proposed

ჯანდაცვის გადასახადები და რისკის პულინგი

სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანები იხდიან როგორც პირდაპირი გადახდით უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ასევე არაპირდაპირი, გადასახადების გადახდის მეშვეობით. წინასწარი გადახდების სისტემას აქვს თავისი დადებითი მხარე, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში ადამიანებს არ უწევთ დიდი ხარჯების გაღება და შესაძლებლობა ეძლევათ აღნიშნული ხარჯები გადაინაწილონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში[1].

ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა არის ორი სახის: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების შემთხვევაში მთელი მოსახლეობა, ან მოსახლეობის ნაწილი მოცულია, მიუხედავად იმისა, ისინი იხდიან თუ არა გადასახადებს. უნივერსალური დაფინანსება მჭიდროდ არის დაკავშირებული გადასახადების სისტემის ადმინისტრირების უნართან. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადებით გროვდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 30%, მაშინ როცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 20%- დან 5%-მდე მერყეობს[2].

სადაზღვევო სისტემის ორი სახე არსებობს: ნებაყოფლობითი და სოციალური. ნებაყოფლობითი, ანუ კერძო დაზღვევა ორგანიზებულია კერძო სექტორის მიერ (მომგებიანი ან არამომგებიანი მესაკუთრეობის საფუძველზე). ამ დროს სადაზღვევო პრემიები დგინდება ჯანმრთელობის რისკის შესაბამისად. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა კერძო დაზღვევისაგან განსხვავებით არაკომერციულ პრინციპებს ეფუძნება და ფინანსდება სავალდებულო გადასახადებისგან. მნიშვნელოვან შენატანებს აკეთებენ დამსაქმებლები და სახელმწიფო. ჯანმრთელობის სოციალურ დაზღვევას

---

conceptual framework. In: Nitayarumphong S and Mills A (eds.) Achieving Universal Coverage of Health Care, pp. 27–101. Bangkok, Thailand: Nontaburi Ministry of Public Health Thailand.

1 World Health Organization (2006) The World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

2 World Health Organization (2000) The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

უმთავრესად სახელმწიფო უზრუნველყოფს, თუმცა, შეიძლება მართოს არასამთავრობო ორგანიზაციამაც. სახელმწიფო დაფინანსება ვრცელდება ასაკოვან ადამიანებზე და ღარიბ ფენებზე.

სოციალური დაზღვევა ეფუძნება იდენტიფიცირებად სახელფასო გადასახადებს და შედარებით სტაბილურ სამუშაო ძალას. ამისგან განსხვავებით, ბევრ საშუალო და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში მუშახელი ცვალებადია, დასაქმება კი დროებითია, შესაბამისად, ხელფასი არაფორმალურია. გარდა ამისა, ხშირად ადგილი აქვს უნდობლობას სახელმწიფოს მიმართ და გადასახადის გადახდის თავიდან აცილების მცდელობას. ასეთ ქვეყნებში გავრცელებულია სათემო დაზღვევა, რომელიც მოიცავს სარგებლების შეზღუდულ პაკეტს. ასეთ პაკეტებში მიმართვიანობა ექიმებისადმი და სამედიცინო დაწესებულებებისადმი ლიმიტირებულია. სოციალური დაზღვევის და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემებში ხორციელდება შემოსავლების გადანაწილება რისკის გადაცემის გზით ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, მდიდრიდან ღარიბზე. რისკის გადანაწილების ასეთი მექანიზმები არ არის ნებაყოფლობით დაზღვევაში, სადაც შენატანები, როგორც წესი, ფიქსირებული განაკვეთებია.

მოცვის გაფართოების ტექნიკური სირთულეები

ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის გაფართოებამ შესაძლოა გარკვეული პრობლემები წარმოშვას. უპირველესად უნდა გამოვყოთ ნეგატიური რისკის შერჩევა. ეს პრობლემა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ადამიანებმა უფრო მეტი იციან თავიანთი რისკის მდგომარეობის შესახებ, ვიდრე მზღვეველმა. როდესაც პაციენტს აქვს ქრონიკული დაავადება, იგი ცდილობს დაეზღვიოს. ხოლო ჯანმრთელი ახალგაზრდები, რომელთაც არაფერი აწუხებთ, ცდილობენ არ დაეზღვიონ. აღნიშნულის გამო რისკები გადანაწილდება მაღალრისკიან პაციენტებს შორის, რაც თავის მხრივ განაპირობებს სადაზღვევო პრემიის გაძვირებას[1].

ნეგატიური რისკების შერჩევის პრობლემის გამო მოსახლეობის მოცვის გაფართოების ყველაზე ხელსაყრელი მექანიზმია სავალდებულო დაზღვევა. ამ შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანე-

1 Atim C (1999) Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. Social Science and Medicine 48 (7).

ბი დამოკიდებულია არა რისკზე, არამედ გადახდისუნარიანობაზე. სხვა ტექნიკურ სირთულეებს განეკუთვნება პოტენციური დაზღვეულების იდენტიფიცირება, შენატანების შეფასება, პრემიების შეგროვება. ეს სირთულეები განსაკუთრებით შეინიშნება დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ლეგალურად დასაქმებულთა რაოდენობა ძალიან მცირეა და უფრო მეტი რაოდენობა არალეგალურად დასაქმებულია, რომელთა აღრიცხვა სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. აქედან გამომდინარე, სავალდებულო მოცვის დროს, რომელიც ეფუძნება დაზღვევის სოლიდარობის პრინციპს, მცირდება ზემოაღნიშნული სირთულეები[1].

მოცვის გაფართოებისათვის ასევე მნიშვნელოვანია ფინანსური მდგრადობა. შენატანები უნდა ეფუძნებოდეს დაზღვეულთა რისკის ზუსტ შეფასებას. მოულოდნელი მაღალი ხარჯების დასაფარავად გამოიყენებენ სადაზღვევო რეზერვებს. ცხადია, რაც უფრო ფართოა სადაზღვევო მოცვა მით მცირდება რისკი და პირიქით, რაც უფრო მცირე მოსახლეობაა მოცული, მით უფრო მეტია მზღვეველის რისკი[2].

უნივერსალური ჯანდაცვა განვითარებულ ქვეყნებში

გერმანია

უნივერსალური მოცვა მსოფლიოში ყველაზე პირველად გერმანიაში ჩამოყალიბდა კანცლერის ოტო ფონ ბისმარკის მიერ (1815-1898). დამსაქმებელი ვალდებული იყო დაქირავებულები გაეწევრიანებინა სადაზღვევო ფონდში. სადაზღვევო შენატანი დამოკიდებული იყო სახელფასო შემოსავლებზე. 1883 წელს მიღებული სადაზღვევო კანონის ძალით სოციალური დაზღვევა სავალდებულო გახდა გარკვეული კატეგორიის მუშაკებისათვის. ბისმარკის სოციალური კანონმდებლობის მთავარი პუნქტები მიმართული იყო სოციალისტური მოძრაობების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც ცდილობდნენ მუშაკებისათვის სოციალური დაცვის ფართო პაკეტის შეთავაზებას. სამრეწველო მუშები პროფკავშირებთან ერთად წარმოადგენდნენ სოციალური დემოკრა-

1 Carrin G, Waelkens MP, and Criel B (2005) Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. Tropical Medicine and International Health 10(8): 799–811.

2 იქვე. Carrin G, Waelkens MP, and Criel B (2005)

ტიული განწყობის ყველაზე გავლენიან ჯგუფს. აქვე აღსანიშნავია, რომ დასაქმებულ მუშაკებისგან სადაზღვევო შენატანების შეგროვება შედარებით ადვილი იყო. 1883 წელს მიღებულმა კანონმა ხელი შეუწყო სადაზღვევო დაფარვის შემდგომ გაფართოებას. პროფკავშირები ტრადიციულად სთავაზობდნენ მოწყვლადი ჯგუფების დაკრძალვის, საკვების და საცხოვრებელი ხარჯების დაფინანსებას. დამსაქმებლებს ეკისრებოდათ იურიდიული პასუხისმგებლობა დასაქმებულთა უბედური შემთხვევების ხარჯებზე, თუმცა ასეთი ვალდებულება ხშირად მძიმე ტვირთად აწვა მცირე საწარმოებს. შესაბამისად, აღებული ვალდებულებები ხშირად არ სრულდებოდა. თავდაპირველად სადაზღვევო კანონით დაფარული იყო ლურჯსაყელოიანი დაქირავებულების დაახლოებით 26%, მოსახლეობის დაახლოებით 10%. საჯარო მოხელეების მოცვა დაიწყო 1914 წლიდან, უმუშევართა მოცვა – 1918 წელს, ხოლო სოფლის მეურნეობაში თვითდასაქმებული მუშაკების – 1972 წელს, სტუდენტების – 1975 წელს. დღეისათვის მოსახლეობის 0,1%-ზე ნაკლებია დარჩენილი მოცვის გარეშე. 2007 წლის კანონმდებლობის ძალით მოცვა სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის, როგორც კერძო, ასევე სოციალური დაზღვევის მეშვეობით. სოციალური დაზღვევის მთავარი პრინციპია სოლიდარობა მდიდრებსა და ღარიბებს შორის. გერმანიის შემდეგ, სოციალური დაზღვევის სისტემა განვითარდა ავსტრიაში (1888), უნგრეთში (1891), საფრანგეთში. შვეიცარიაში უნივერსალური მოცვის კანონმდებლობა მიღებულ იქნა დიდი ხნის შემდეგ, 1996 წელს.

დიდი ბრიტანეთი

უნივერსალური მოცვის ალტერნატიული მექანიზმია, სადაზღვევო შენატანებისაგან განსხვავებით, მოქალაქეობის სტატუსის მქონე ადამიანების 100%-ით მოცვა. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ლორდ ბევერიჯმა შეიმუშავა აღნიშნული სისტემა და მას ბევერიჯის მოდელი ეწოდა. ბევერიჯის მოდელამდე ბრიტანული სისტემა გერმანული სისტემის მსგავსი იყო. 19 საუკუნის სოციალური პოლიტიკა ძირითადად მიმართული იყო ღატაკი მუშების ხელშეწყობაზე. შუა საუკუნეებიდან მოყოლებული ადამიანებს ჰქონდათ პასუხისმგებლობა დახმარებოდნენ ღარიბებს, რაც შემდგომ, 1834 წელს აისახა ღარიბთა კანონში. ამ მხრივ, გათვალისწინებული იყო ის ფაქტი, რომ ინფექციური დაავადებები უმთავრესად ვრცელდებოდა მოსახლეობის ღარიბ ფენებში, რაც მოითხოვდა საზოგა-

დოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების განხორციელებას. მეოცე საუკუნის დასაწყისში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსება უმთავრესად სახელმწიფოს ვალდებულებას წარმოადგენდა. მდიდრები სამედიცინო მომსახურების საფასურს იხდიდნენ როგორც ნებაყოფლობითი დაზღვევის, ასევე საკუთარი ჯიბიდან გადახდებით. დაბალშემოსავლიანი პირებისათვის არსებობდა სპეციალური საზოგადოებრივი და საქველმოქმედო საავადმყოფოები, სადაც ექიმები ხშირად საექიმო პრაქტიკას ეწეოდნენ უსასყიდლოდ. მუშებისათვის მეგობრულმა საზოგადოებებმა დააარსეს საქველმოქმედო ფონდები ჯანდაცვისა და გარდაცვალების ხარჯებისათვის. თუმცა, მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს აღნიშნული ფონდები განიცდიდნენ ფინანსურ პრობლემებს, რადგან დანახარჯებმა გადააჭარბა შემოსავლებს[1].

სავაჭრო პალატის პრეზიდენტი უინსტონ ჩერჩილი და ფინანსთა მინისტრი დევიდ ლოიდ ჯორჯი მხარს უჭერდნენ გერმანულის მსგავსი სოციალური დაზღვევის ფართო პაკეტების შემოღებას. 1911 წელს მიღებულ იქნა კანონი სოციალური დაზღვევის შესახებ. იგი მოიცავდა დაავადებათა მკურნალობას, პირველად სამედიცინო მომსახურებას, ასევე რიგ სპეციფიკურ სერვისებს (მაგ., ტუბერკულიოზის მკურნალობას სანატორიუმებში). აქვე აღსანიშნავია, რომ გატარებული ღონისძიებების წინააღმდეგ გამოვიდნენ მეგობრული ორგანიზაციები, რადგანაც მათ ჰქონდათ ერთგვარი მონოპოლია ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებით.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში ამაღლდა კლასთაშორისი სოლიდარობის გრძნობა, რამაც ბიძგი მისცა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის შექმნას. 1942 წელს უილიამ ბევერიჯმა შეიმუშავა უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპები, რომელიც შემდგომ გახდა თანამედროვე კეთილდღეობის სახელმწიფოს საფუძველი. ამოსავალი პრინციპები იყო სრულყოფილი მოცვა, საარსებო წყაროებზე დაფუძნებული შენატანები და საჭიროებებზე დაფუძნებული სარგებლები. გერმანული სისტემისაგან განსხვავებით ბრიტანულ სისტემაში ინტეგრირებულია სამედიცინო მომსახურების როგორც დაფინანსება, ასევე მიწოდება[2].

1 Carrin G and James C (2005) Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. International Social Security Review 58: 45–64.

2 Appiah-Denkyira E and Preker A (2007) Reaching the Poor in Ghana with National

უნივერსალური მოცვა ასევე შემოღებულ იქნა ახალ ზელანდიაში (1939 წ.), შვედეთში (1953), ნორვეგიაში (1956 წ.), ფინეთში (1963 წ.), დანიაში (1971წ.), ისლანდიაში(1972 წ.), კანადაში (1966 წ.), ავსტრალიაში(1974 წ.), პორტუგალიაში(1978), ესპანეთში (1978) და იტალიაში (1980).

უნივერსალური მოცვის დანერგვის საერთო ტენდენციები განვითარებულ ქვეყნებში

განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს[1]:

საყოველთაო მოცვის პროცესი იყო ძალიან ნელი. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა თითქმის მთელი საუკუნე გაგრძელდა.

რისკების გაერთიანების მექანიზმები თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობდა, და მოცვის გაფართოების მცდელობებიც სწორედ ამ მექანიზმებს ეყრდნობოდა. მაგალითად, ბრიტანეთში მეგობრული საზოგადოებები პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ ინტეგრირდნენ ეროვნული დაზღვევის ორგანიზაციებად. ასევე, საფრანგეთში ურთიერთდახმარების ორგანიზაციები (Mutuelles) გადაკეთდნენ დაზღვევის საზოგადოებრივ ფონდებად (იგი დღესაც დიდ როლს თამაშობს დამატებითი დაზღვევის უზრუნველყოფაში).

ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე ისტორიულად იყო დაკისრებული ვალდებულებები, რომ უზრუნველყოს ღარიბი მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარბის დაფინანსება. ასევე დამსაქმებლებს უნდა განეხორციელებინათ უბედური შემთხვევების და დაავადებების დაზღვევა. აღნიშნულმა გარემოებებმა ხელი შეუწყო რისკების გაერთიანების ეფექტური ორგანიზაციების ჩამოყალიბებას. სოციალური დაცვის ორგანიზაციების შექმნაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა სახელმწიფომაც.

უნივერსალური მოცვის შემდეგ პროვაიდერთა ადმინისტრირების მექანიზმები ძალიან მცირედით შეიცვალა. მხოლოდ დიდ ბრიტანეთში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ნაციონალიზაცია, ხოლო საბჭოთა კავშირში სახელმწიფოს ხელში

Health Insurance – An Experience from the Districts of the Eastern Region of Ghana. Extending Social Protection in Health. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO.

1 Carrin G and James C (2005) Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. International Social Security Review 58: 45–64.

გადავიდა ჯანდაცვის მთელი სისტემა.

საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევები. იგი გულისხმობდა სადაზღვევო ფონდების რეგულირებას. აშშ წარმოადგენდა ერთადერთ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა.

პოლიტიკურ ფაქტორებს ძალიან დიდი როლი ჰქონდათ სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაში. გერმანიაში სოციალური დაზღვევა შემოღებულ იქნა სოციალისტური მოძრაობების ოპოზიციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ასევე, რუსეთში სოციალური რეფორმები მიმართული იყო რევოლუციონერების დასაშოშმინებლად. იტალიაში ომებს შორის სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება დაკავშირებული იყო კლასებს შორის ერთობის განმტკიცებასთან. ბევერიჯის რეფორმა ნაწილობრივ დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან.

განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელდა მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის მოცვა. ზოგიერთ ქვეყნებში ადრეულ ეტაპებზე უნივერსალური მოცვის დანერგვას ხელი შეუშალა მოცვის გაფართოებასთან დაკავშირებულმა ხარჯებმა, სოციალურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა.

საყოველთაო ჯანდაცვა განვითარებად ქვეყნებში

როგორც წესი, განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ძალიან დაბალია. ცხადია, ამ მხრივ, განვითარებად ქვეყნებს შორის არსებობს განსხვავებები.

ლათინური ამერიკა

ლათინური ამერიკის უმრავლეს ქვეყნებში არსებობს სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელიც ძირითადად პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ დაინერგა. ამ მხრივ, გამოყოფენ სამ ეტაპს. პირველ ეტაპზე სოციალური დაზღვევის სისტემა ჩამოყალიბდა არგენტინაში, ბრაზილიაში, ჩილეში, ურუგვაისა და კუბაში. თავდაპირველად იგი მოიცავდა სახელმწიფო მოსამსახურეებს, მსხვილი მრეწველობის მუშაკებს (სატრანსპორტო, ენერგეტიკული, საბანკო და საკომუნიკაციო სფეროებში დასაქმებულები). შემდგომ ეტაპზე იგი გავრცელდა სხვა მუშაკებზე, სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულებზე და თვითდასაქმებულებზე. მათზე განსხვავე-

ბული პაკეტები იყო დაწესებული. სახელმწიფო მოსამსახურეებზე და მსხვილი მრეწველობის მუშაკებზე განისაზღვრა უკეთესი პაკეტი. პაკეტების ასეთი დიფერენცირება მნიშვნელოვნად აფერხებდა მათ ერთ სქემაში გაერთიანებას[1].

არგენტინაში მოქმედებს სოციალური დაზღვევის სისტემა. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები გროვდება პროფკავშირების მიერ მართულ სოციალური დაზღვევის ფონდებში (მბრას შოციალეს). სოციალური დაზღვევის ფონდების რაოდენობა 300-ს აღემატებოდა, მათგან უმსხვილეს 30 ფონდში გაწევრიანებული იყო 70%. მათი დიდი ნაწილი მე-19 საუკუნეში წარმოიქმნა. სადაზღვევო სქემები ფარავდნენ როგორც მუშებს, ასევე მათი ოჯახის წევრებს. გარდა ამისა, თითოეულ 23 პროვინციაში არსებობდნენ ფონდები, რომლებიც ფარავდნენ სახელმწიფო მოხელეების ხარჯებს. გამოიკვეთა რამდენიმე პრობლემა. პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ფონდების მონოპოლიური ხასიათი, რადგანაც მუშაკები ხშირად იძულებულნი იყვნენ დაზღვეულიყვნენ მათთვის არასასურველ სადაზღვევო ფონდში. გარდა ამისა, შედარებით მცირე ფონდებში დაზღვეულები იძულებულნი იყვნენ თანაგადახდების სახით საკუთარი ჯიბიდან გადაეხადათ მკურნალობის თანხები. 1994 წელს შემოღებულ იქნა გარანტირებული მინიმალური დაფინანსება ფონდების განაწილების მეშვეობით. თითოეულ ფონდს დაუწესდა მინიმალური ბაზისური პაკეტი[2].

ჩილე იყო ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, რომელმაც 1930-იან წლებში დააფუძნა სოციალური დაზღვევა. თავდაპირველად იგი ვრცელდებოდა მრეწველობაში დასაქმებულებზე. 1970-იან წლებში მოსახლეობის დაახლოებით 75% მოცული იყო სოციალური დაზღვევით. არგენტინის სისტემის მსგავსად, სხვადასხვა ჯგუფების სარგებლების პაკეტებს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. სახელმწიფო მუშაკებს და მრეწველობაში დასაქმებულებს გააჩნდათ უკეთესი სარგებლების პაკეტები, ვიდრე სხვა სფეროში დასაქმებულებს.

პინოჩეტის მთავრობის მიერ განხორციელებული რეფორ-

1 Mesa-Lago C (1991) Social security in Latin America and the Caribbean: A comparative assessment. In: Ahmed E, Dreze J, Hills J, and Sen A (eds.) Social Security in Developing Countries, pp. 356–394. New York: Oxford University Press.

2 იქვე. Mesa-Lago C (1991)

მების შედეგად, უპირატესობა მიეცა კერძო სექტორის როლის გაფართოებას. ადამიანებს შეეძლოთ უარი ეთქვათ სოციალური დაზღვევის სისტემაზე და შეეძინათ კერძო დაზღვევა. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენდა შემოსავლების და რისკის ჯგუფების მიხედვით რისკების გაერთიანების სოლიდარობის პრინციპზე. ნებაყოფლობითად დაზღვეულებს უპირატესად დაბალი რისკის, უფრო მდიდარი მუშაკები შეადგენდნენ. ასეთ ჯგუფებს შეეძლოთ მიეღოთ მიმზიდველი დაზღვევა, პროვაიდერების ფართო არჩევანით და შედარებით დაბალი პრემიებით. მოხუცებისათვის, ქრონიკულად ავადმყოფებისათვის და ბავშვებისათვის დადგენილი იყო შედარებით ძვირი სარგებლების პაკეტები და ძირითადად მოცულნი იყვნენ საყოველთაო დაზღვევით. ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაფინანსების შემცირებით დაქვეითდა საზოგადოებრივი სერვისების ხარისხი. ჩილეში სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გამოსვლა შეეძლო ნებისმიერი შემოსავლის პირს. ამისგან განსხვავებით, ნიდერლანდებსა და გერმანიაში სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გასვლის უფლება ჰქონდათ მხოლოდ მაღალშემოსავლიან პირებს.

ბრაზილიაში თავდაპირველად განვითარდა დასაქმებაზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. 1988 წელს შემოღებულ იქნა დეცენტრალიზებული ჯანმრთელობის სისტემა. უნივერსალური მოცვის სიღრმეს აბრკოლებდა ქვეყნის მასშტაბით სხვადასხვა რეგიონებს შორის ეკონომიკური განსხვავებები. ცხადია, ღარიბ რეგიონებს არ შეუძლიათ უზრუნველყონ იმავე ხარისხით მოცვა, როგორც მდიდარ რეგიონებს, რაც განაპირობებს მათ შორის მნიშვნელოვან განსხვავებებს. ცენტრალური ხელისუფლება უზრუნველყოფდა რეგიონების დაფინანსებას მოსახლეობის ზომის მიხედვით, რომელსაც ასევე ემატებოდა ადგილობრივი რესურსები.

სოციალური დაზღვევის განვითარების მეორე ეტაპი დაიწყო 1940-იან წლებში. იგი გავრცელდა მექსიკაში, პერუში, კოლუმბიაში, პანამაში, ეკვადორში, ბოლივიაში, პარაგვაისა და ვენესუელაში, რასაც ხელი შეუწყო ამ ქვეყნების ინდუსტრიალიზაციამ. **მექსიკაში** სოციალური დაზღვევის სისტემით დაახლოებით მოცულია მოსახლეობის 50%, უმეტესად ლეგალური მუშაკები და მათი ოჯახები. დანარჩენები დაზღვეულია კერძო დაზღვევით..

სოციალური დაზღვევის განვითარების მესამე ეტაპი დაიწყო

1950-იან 1960-იანწლებში. იგი შეეხო ისეთ ღარიბ ქვეყნებს, როგორიცაა: დომინიკის რესპუბლიკა, გვატემალა ელ-სალვადორი, ნიკარაგუა და ჰონდურასი. მოცვის გაფართოებას ხელს უშლის ქვეყნის მშპ-ის დაბალი მაჩვენებელი, შედარებით მცირე სამრეწველო მუშაკები და დაქსაქსული, მიმოფანტული სოფლის მოსახლეობა.

რუსეთი

რუსეთში მე-19 საუკუნის ბოლოს დაიწყო გერმანული სოციალური დაზღვევის გამოცდილების გაზიარება და დანერგვა. ბატონყმობის გადაგდების შემდეგ ადგილობრივ თვითმმართველობის ორგანოებს დაეკისრათ პოლიკლინიკური და სტაციონარული სერვისების მიწოდება. 1912 წელს მეოთხე სახელმწიფო დუმამ მიიღო სადაზღვევო კანონი, რომელიც დამსაქმებლებს ავალდებულებდა დაქირავებულების და მათი ოჯახის წევრების უბედური შემთხვევების, დაავადებების და გარდაცვალების დროს ხარჯების გაწევაში თანამონაწილეობას. ეს ღონიძიებები მიმართული იყო რევოლუციების და მოსახლეობის უკმაყოფილებების თავიდან ასაცილებლად, თუმცა, საკმაოდ დაგვიანებული აღმოჩნდა და ჯანდაცვის ფუნდამენტური ცვლილებები განხორციელდა რევოლუციის შემდეგ.

1917 წლის რევოლუციის შემდეგ ექიმმა სემაშკომ (1874-1949), რომელიც იყო ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატის ხელმძღვანელი, შექმნა ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემა. ნაციონალიზირებულ ჯანდაცვის სისტემას თავისი წვლილი უნდა შეეტანა ქვეყნის ინდუსტრიალიზაციაში. მთავარ მიზანს წარმოადგენდა დაავადების შედეგად მუშახელის პროდუქტიულობის დაქვეითების შემცირება. შედეგად ჩამოყალიბდა სამრეწველო მედიცინის სამი ქვესისტემა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, მოზრდილთა მედიცინა და პედიატრია. ასევე ჩამოყალიბდა სპეციალიზირებული პოლიკლინიკების სისტემა, ხოლო ჯერ კიდევ მეფის რუსეთის დროს შექმნილი სოფლის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მომსახურება ინტეგრირდა სემაშკოს საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში. 1935 წელს შეიქმნა ჯანდაცვის სამინისტრო, როგორც ჯანდაცვის სექტორში უმაღლესი ადმინისტრაციული ორგანო. სამინისტროს ხელმძღვანელი ყოველთვის იყო ექიმი. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ სემაშკოს სისტემა საბჭოთა კავშირის გარდა გავრცელებული იყო აღმოსავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყანაში[1].

1 Twigg J (1999) Regional variation in Russian medical insurance: Lessons from Mos-

ყოფილი საბჭოთა კავშირი და აღმოსავლეთ ევროპა

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა სოციალური დაზღვევის სისტემა. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებული ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი თეორიულად თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები სხვადასხვა ჯგუფებს შორის. მაგალითად, პარტიული მუშაკები, ე.წ. ნომენკლატურა უზრუნველყოფილი იყო მაღალი სტანდარტის სერვისებით. მოსახლეობის სხვა ფენები ღებულობდნენ შედარებით დაბალი სტანდარტის სერვისებს. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები.

სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღებით განხორციელდა დამფინანსებელი მხარის (სადაზღვევო კომპანია, ჯანდაცვის სამინისტრო) და მიმწოდებლების განცალკევება. დამფინანსებელს უფლება ჰქონდა აერჩია მისთვის სასურველი სამედიცინო დაწესებულება, რაც ზრდიდა მათ შორის კონკურენციას და შესაბამისად დადებითად მოქმედებდა მომსახურების ხარისხზე[1].

ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., რუსეთში) დაზღვეულებს მიეცათ სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ჩართული ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო კომპანიების არჩევის უფლება. თუმცა, ფაქტიურად, რადგან ზოგიერთ რეგიონში ფუნქციონირებდა მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია, ეფექტური კონკურენცია არ არსებობდა. შესაბამისად, დაზღვეულებს არ ჰქონდათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევანის საშუალება[2].

სოციალური დაზღვევის მშენებლობის გზაზე მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენდა არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა, საწარმოების დაბალი გადახდისუნარიანობა, გადამხდელთა მონაცემების ერთიანი ბაზის არარსებობა. ჯანდაცვაზე

---

cow and Nizhny Novgorod. Health and Place 5(3): 235–245

1 Ensor T (1999) Developing health insurance in transitional Asia. Social Science and Medicine 48(7).

2 Dror D and Jacquier C (1999) Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded. International Social Security Review 52(1): 71–97.

სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები[1].

სამხრეთ კორეა

სამხრეთ კორეაში კანონი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ მიღებულ იქნა 1963 წელს სამხედრო მთავრობის მიერ. ქვეყანაში არსებული მძიმე ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის გამო სოციალური დაზღვევის სისტემის მშენებლობა შეფერხდა 1970-იან წლების შუა პერიოდამდე. 1976 წელს გადასინჯულ იქნა კანონი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის ძალით მთელი მოსახლეობა იქნა მოცული სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევით[2].

1977 წლიდან კორპორაციებზე, რომელთა თანამშრომლები 500-ს აღემატებოდნენ, გავრცელდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. 1979 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევა გაფართოვდა იმ საწარმოებზე, რომელთა თანამშრომლები შეადგენდნენ 300-ზე მეტს, 1981 წელს იგი კიდევ უფრო გაფართოვდა მათზე, რომელთაც ჰყავდათ 100-ზე მეტი თანამშრომელი, ხოლო 1983 წლიდან მათზე, ვისაც ჰყავდა 16-ზე მეტი თანამშრომელი.

1977 წელს ამოქმედდა უმწეოთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა (Medicaid). 1979 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას შეუერთდნენ სახელმწიფო მოხელეები და მასწავლებლები. ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში თვითდასაქმებულებს ჩართვის მიზნით 1981 წელს სახელმწიფომ შექმნა საპილოტე პროგრამა რამდენიმე სოფელში და ქალაქში. 1988 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამამ მიაღწია უნივერსალურ მოცვას სოფლის თვითდასაქმებული მოსახლეობის ჩართვით, ხოლო 1989 წლიდან ქალაქის თვითდასაქმებული მოსახლეობის ჩართვით.

თავიდანვე, ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ჩართვა ხდებოდა ოჯახის წევრების საფუძველზე. დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაზღვევა ეფუძნებოდა სამუშაო ადგილებს, ხოლო თვითდასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაზღვევა – მათ რეგიონში

1 Bennett S, Creese A, and Monasch R (1998) Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. Geneva, Switzerland: WHO Analysis Research and Assessment Division.

2 Soonman Kwon. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. Health Policy and Planning. 2009.

საბინადრო ადგილს. დიდ კორპორაციებს თანამშრომელთა ჯანმრთელობის დასაზღვევად გააჩნდათ ინდივიდუალური სანარმოს დონეზე არსებული სადაზღვევო საზოგადოებები. მცირე და საშუალო ზომის ფირმები გაერთიანდნენ მათ გეოგრაფიულ არეალში მყოფ სადაზღვევო საზოგადოებში.

1977 წელს დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 8.8% (5000 პირი), 1980 წლიდან 1995 წლამდე მოცვა გაიზარდა 24%-დან 98%-მდე, 2006 წლის მონაცემებით საყოველთაო დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 98.2%[1].

სამხრეთ კორეაში ავტორიტარულმა პოლიტიკურმა რეჟიმმა და პოლიტიკური ლეგიტიმაციის სურვილმა დიდი როლი ითამაშა საყოველთაო ჯანდაცვის განვითარებაში. ამისგან განსხვავებით, დასავლეთის ქვეყნებში უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი ითამაშეს მუშათა მოძრაობებმა და კლასობრივმა დაპირისპირებებმა. იმ პერიოდში ქვეყანაში არ არსებობდნენ არც მუშათა და არც სოციალ-დემოკრატიული პარტიები. სამხრეთ კორეის პრეზიდენტის პაკ ჩონ ჰის მიერ 1960-იან წლებში დაწყებულმა 5 წლიანმა ეკონომიკური განვითარების გეგმამ არსებითად გააუმჯობესა ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. მთავრობამ გააცნობიერა სოციალური კეთილდღეობის სისტემის უპირატესობა და 1977-1981 წლებში შემუშავებულ იქნა ეკონომიკური განვითარების მეოთხე გეგმა, სადაც დიდი ყურადღება ექცეოდა სოციალურ განვითარებას.

საყოველთაო ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ჯანმრთელობის დაზღვევის გაფართოება თვითდასაქმებულებზე და არაფორმალურ სექტორში მომუშავეთათვის. ამ პროცესში დიდი როლი ითამაშეს ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა. კერძოდ, 1980-იან წლების ბოლოს სამხრეთ კორეის ეკონომიკური აღმავლობის (წლიური 12%-იანი ზრდა) შედეგად გაიზარდა თვითდასაქმებულთა სოციალური დაზღვევის სისტემაში გადამხდელ უნარიანობა. გარდა ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღებით სამხედრო მთავრობა ცდილობდა მოსახლეობის ფართო ფენებში მოეპოვებინა პოლიტიკური მხარდაჭერა და ლეგიტიმაცია. 1987

1 თ. ვერულავა, ნ. სურმავა, ც. ციცხვაია, მ. კვანჭიანი, ს. ჭონიშვილი, მ. ჭანტურიძე. უნივერსალური ჯანდაცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 2017(3).

წელს საპრეზიდენტო არჩევნებში მმართველი პარტიის პროგრამა ძირითადად სოციალური კეთილდღეობის პროგრამების გაფართოებაზე იყო ფოკუსირებული. 1986 წელს მთავრობამ წარმოადგინა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევაში თვითდასაქმებულების ჩართვის, სახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის სისტემის და მინიმალური სახელფასო სისტემის გეგმები.

ცხრილი: 1

ეკონომიკის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები

	1977	1989	2005
მშპ ერთ სულ მოსახლეზე აშშ დოლარებში	1042	5430	16 301
სიცოცხლის ხანგრძლივობა	64,8	71	77,4
სიკვდილიანობა (ყოველ 100 000 ადამიანზე)	690	542,3	504,3
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა (ყოველ 1000 დაბადებულზე)	38	12	3,8
ექიმების რაოდენობა ყოველ 10 000 ადამიანზე	5	8	16
საწოლების რაოდენობა ყოველ 10 000 ადამიანზე	17	30	73
ექიმების ვიზიტების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	3,7	6,2	10,6
ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	-	0,06	0,12
საავადმყოფოში გატარებულ დღეთა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	12	14	13,5

ცხრილში მოცემულია ეკონომიკის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები 1977 წელს (როდესაც პირველად შემოღებულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევა), 1989 წელს (როდესაც მიღწეულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევის უნივერსალური მოცვა) და 2005 წელს. დროის ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ქვეყნის მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შემცირდა ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, გაშენდა ახალი სამედიცინო დაწესებულებები, გაიზარდა სამედიცინო სერვისების უტილიზაცია.

2000 წლამდე ქვეყანაში არსებობდა სამი სახის სოციალური დაზღვევა სქემა: (1) საჯარო მოხელეები და მასწავლებლები და მათ კმაყოფაზე მყოფი ოჯახის წევრები დაზღვეულნი იყვნენ ერთიან სადაზღვევო საზოგადოებაში; (2) სამრეწველო მუშაკები და მათ კმაყოფაზე მყოფი ოჯახის წევრები დაზღვეულნი იყვნენ და-

ახლოებით 140 სადაზღვევო საზოგადოებაში; და (3) თვითდასაქ-მებულები და იმ საწარმოების მუშაკები, სადაც დასაქმებული იყო ხუთზე ნაკლები თანამშრომელი, დაზღვეული იყო 230 სადაზღ-ვევო საზოგადოებაში. ცალკე არსებობდა ღარიბების დაზღვევის პროგრამა (Medicaid), რომელიც მოიცავდა მოსახლეობის 3-5%-ს (სიღარიბის სტატუსის ყოველწლიური შეფასებით). Medicaid-ის პროგრამა ფინანსდებოდა ცენტრალური და ადგილობრივი ხელი-სუფლების ზოგადი შემოსავლებით, რომლის ადმინისტრირებას ახდენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა.

სოციალური დაზღვევის საზოგადოებების სარგებლების პაკე-ტებს შორის არანაირი სხვაობა არ არსებობდა. კვაზი საჯარო სადაზღვევო საზოგადოებები ფუნქციონირებდნენ ჯანმრთელო-ბისა და სოციალური სამინისტროს მკაცრი რეგულირების ქვეშ. ბენეფიციარების სადაზღვევო საზოგადოებზე მიკუთვნება ხორ-ციელდებოდა დასაქმების და საცხოვრებელი ადგილის (თვით-დასაქმებული). მიხედვით. დაზღვეულების მოზიდვის მიზნით ჯანმრთელობის დაზღვევის საზოგადოებს შორის არ არსებობდა კონკურენცია. ასევე, არ ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის საზოგადოებების მიერ ჯანდაცვის პროვაიდერების შერჩევა.

მრეწველობაში დასაქმებულთათვის, საჯარო მოხელეების-თვის და სკოლის თანამშრომლებისთვის სადაზღვევო შენატანი მათი შემოსავლების პროპორციულია და თანაბრად ნაწილდე-ბა დასაქმებულებსა და დამსაქმებელს შორის. სადაზღვევო სა-ზოგადოებების შერწყმამდე შენატანების საშუალო განაკვეთი შეადგენდა 5.6%-ს (სახელფასო შემოსავალი) საჯარო და სკოლის თანამშრომლებისათვის, და 3.75% ინდუსტრიულ მუშაკთათვის. სადაზღვევო შენატანების შეფასებისათვის არსებობს ხელფასის ჭერი, თუმცა იგი ძალიან მაღალია (თვიური ხელფასი 50 000 აშშ დოლარი) და მხოლოდ მცირე რაოდენობის ხალხს აქვს. იმის გამო, რომ თვითდასაქმებულების შემოსავლების შესახებ სანდო ინფორმაციის მოპოვება მხოლოდ ნაწილობრივ არის შესაძლე-ბელი, მათი სადაზღვევო შენატანის გაანგარიშების ფორმულა ეფუძნება როგორც შემოსავლებს ასევე ქონებას.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სარგებლების პაკეტი მოიცავს სამკურნალო სერვისებს, წელიწადში ორჯერ ჯანმრთელობის შე-მოწმებას. ვაქცინაცია უფასოა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ცენტრებში. თანაგადახდის წილი სტაციონარულ მომსახურებაზე შეადგენს 20%-ს. ხოლო ამბულატორიულ მომსახურებაზე 35-50%-ს, რაც დამოკიდებულია საავადმყოფოს ტიპზე. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ საოჯახო მედიცინის ცენტრებში ამბულატორიული თანაგადახდის წილი გაცილებით დაბალია საავადმყოფოების ამბულატორიულ დეპარტამენტებთან შედარებით. იგი გამოწვეულია პაციენტების საოჯახო ცენტრებში ვიზიტების ხელშესაწყობად. Medicaid-ის პროგრამის ბენეფიციარები, 65 წლის და მეტი ასაკის პირები, ქრონიკული ავადმყოფები ან მძიმე დაავადებებით (მაგალითად, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, ჰემოფილია, ლეიკემია, კიბო) ამბულატორიულ სერვისებზე იხდიან თანა გადახდის შემცირებულ წილს. ჯანმრთელობის დაზღვევის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯიბიდან გადახდები. 1983 წელს იგი შეადგენდა 63%-ს, ხოლო 2004 წელს 38%-ს. თუმცა, მისი წილი ჯერ კიდევ მაღალია OECD ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები უმთავრესად არიან კერძო სამედიცინო დაწესებულებები (როგორც მომგებიანი, ასევე არამომგებიანი). საავადმყოფოების მხოლოდ 10%-ია საჯარო. პირველადი ჯანდაცვის რგოლს არ აქვს მკაცრი მეკარიბჭეობის როლი. როგორც საოჯახო მედიცინის კლინიკები და ასევე საავადმყოფოები ასრულებენ მსგავს ფუნქციებს. შედეგად პირველადი ჯანდაცვის როლი შეზღუდულია.

ჯანდაცვის პროვაიდერების ანაზღაურება ხდება რეგულირებადი სერვისების მიხედვით დაფინანსების მეთოდით. აღნიშნულმა მეთოდმა გაზარდა სერვისების მოცულობა, უტილიზაცია. შედეგად, სერვისების მიხედვით დაფინანსების სისტემა შეიცვალა პერსპექტიული გადახდის სისტემით, კერძოდ, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების (DRG) მეთოდით. მთავრობამ 1997 წლიდან დაიწყო DRG საპილოტე პროგრამის განხორციელება. საპილოტე პროგრამამ დადებითი გავლენა იქონია ჯანდაცვის პროვაიდერები ქცევაზე, შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, სამედიცინო ხარჯები, პროცედურების რაოდენობა (Kwon 2003a). თუმცა, პროვაიდერების მხრიდან ძლიერმა ოპოზიციამ ხელი შეუშალა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების (DRG) მეთოდით დაფინანსების გავრცელებას ყველა პროვაიდერებზე.

მიმწოდებელი ქცევის რეგულირება ასევე გავლენას ახდენს პაციენტების ფინანსურ ტვირთზე. რადგანაც მოცული სერვისების ფასები რეგულირდება, პროვაიდერების აქვთ ფინანსური მოტივაცია ჩაატარონ მეტი მოუცველი სერვისები. ძირითადად, ახალი ტექნოლოგიები, რომელზე მათ შეუძლიათ დააწესონ საბაზრო ფასები. ერთ-ერთი კვლევის (Chung და კიმ 2005) მიხედვით, მთლიან სტაციონარულ ხარჯებში ჯიბიდან დანახარჯები შეადგენს 41%-ს (მოცულ სერვისების თანა გადახდაზე 18% და მოუცველ სერვისებზე 23%). ამბულატორიულ მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდები შეადგინა 50% საავადმყოფოებში (მოცული სერვისების თანა გადახდაზე 27% და 23% მოუცველ სერვისებზე), ხოლო საექიმო კლინიკებში – 34% (26% და 8%, შესაბამისად). აქედან გამომდინარე, ჯიბიდან გადახდების ფინანსური ტვირთის შესამცირებლად მთავრობა ცდილობს დაარეგულიროს მიმწოდებელთა ქცევა და ჯანდაცვის ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა და გამოყენება.

გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ მან შესაძლოა უფრო მეტად და სწრაფი ტემპით მოიცვას არაფორმალური სექტორი. თუკი გადასახადებზე დაფუძნებული დაფინანსება საშემოსავლო გადასახადს ეფუძნება, იგი უფრო პროგრესული იქნება ვიდრე ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, სადაც შენატანი შემოსავლის პროპორციული ან ფიქსირებული განაკვეთია. თუმცა, გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემა ტვირთად აწვება სახელმწიფო ბიუჯეტს. გარდა ამისა, შეინიშნება არათანასწორი დაფინანსება, რადგან შესაძლოა განაპირობოს ისეთი პირების სუბსიდირება, რომლებიც თვითდასაქმებულია, მაგრამ არ არის ღარიბი ფენა.

ბევრ ქვეყანაში, სადაც რესურსების სიმწირის გამო სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები ვერ ხორციელდება ეფექტურად, ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანები შესაძლოა წარმოადგენდეს ჯანდაცვის სისტემისათვის რესურსების მობილიზების საუკეთესო გზად. ნეგატიური შერჩევის პრობლემის შესაკავებლად სავალდებულო გაწევრიანება უფრო ეფექტურია ვიდრე ნებაყოფლობითი დაზღვევა. ქვეყნის ავტორიტარულმა პოლიტიკურმა რეჟიმმა და მზარდმა ეკონომიკამ დიდი წვლილი შეიტანა სავალდებულო დაზღვევის განვითარებაში. დამქირავებლები ვალდებულნი იყვნენ სადაზღვევო შენატანის ნახევარი გადაეხადათ

თავიანთი დაქირავებულებისათვის. თუმცა, ზოგი დამქირავებლები ცდილობდნენ დაემალათ თანამშრომელთა რეალური სახელფასო შემოსავლები, ან თავი აერიდებინათ რეგისტრაციისათვის. ოჯახზე დაფუძნებულმა გაწევრიანებამ დადებითი როლი ითამაშა მოსახლეობის მოცვის გაფართოებაში.

მცირე ბიზნესისთვის ეკონომიკური ტვირთის შესამსუბუქებლად, დამქირავებლებს რომელთაც ხუთ დაქირავებულზე ნაკლები ჰყავდათ, განთავისუფლდნენ სადაზღვევო შენატანის გადახდისგან. ღარიბთა სრული სუბსიდირება და თვითდასაქმებულთა ნაწილობრივმა სუბსიდირებამ ხელი შეუწყო მოცვის გაფართოებას.

ქვეყანაში ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა თავიდან ითვალისწინებდა მცირე სარგებლებს, თუმცა პაკეტის მოცულობა წლიდან წლამდე თანდათანობით იზრდებოდა. სახელმწიფომ პრიორიტეტად დაისახა მთელი მოსახლეობის მოცვა ჯანმრთელობის დაზღვევით, ვიდრე მაღალი ბენეფიტების მქონე პაკეტების შეთავაზება, ვინაიდან, ეს უკანასკნელი შესაძლოა ბარიერი გამხდარიყო ჯანდაცვით მთლიანი მოსახლეობის მოცვისთვის. თუმცა ასეთ მიდგომას დადებითთან ერთად უარყოფითი შედეგებიც მოყვა. მაგალითად, ჯანდაცვის ხარჯები 32%-დან (1989 წლიდან) გაიზარდა 53%-მდე (2004 წლამდე).

ამრიგად, სწრაფმა ეკონომიკურმა განვითარებამ, ძლიერმა პოლიტიკურმა მხარდაჭერამ შესაძლებელი გახადა სამხრეთ კორეაში უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება.

არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში

ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: კერძო არაკომერციული (არამომგებიანი), კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული.

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ერთერთი ფორმაა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები. ასეთი ორგანიზაციების მესაკუთრეა სახელმწიფო როგორც ფედერალურ, ასევე მუნიციპალურ დონეზე (ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები). შესაბამისად, არსებობენ ფედერალური და მუნიციპალური საავადმყოფოები.

კერძო, კომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეები არიან ინდივიდუალური პირები. ისინი შექმნილია სამეწარმეო საქმიანობისათვის და მათი მუშაობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოგების მიღება. ასეთი ორგანიზაციების შემდეგი ფორმები არსებობს: ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო, შეზღუდული პასუხისმგებლობების საზოგადოება[1], ღია და დახურული აქციონერული საზოგადოებები[2].

აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული: კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო. მათგან, კერძო მომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს უკავიათ სამედიცინო ბაზრის დაახლოებით 95%. ამ მხრივ, საინტერესოა გავარკვიოთ, თუ რატომ წარმოიშვა თანამედროვე მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმა; ამ ფორმათაგან რომელია უპირატესად განვითარებული და რით არის ეს გამოწვეული; რამ განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის

1 შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომლის პასუხისმგებლობა მისი კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება საწესდებო კაპიტალით. შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების წევრების შენატანებისგან წარმოქმნილი საწესდებო კაპიტალი არ უნდა იყოს კანონით გათვალისწინებული თანხის ოდენობაზე ნაკლები

2 სააქციო საზოგადოება იქმნება ნებაყოფლობით გაერთიანებულ ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა მიერ და წარმოადგენს მათ საკუთრებას, ფლობს რა თითოეული მათგანი საერთო კაპიტალის ნაწილს აქციების სახით. ასეთი საზოგადოების თანამესაკუთრენი იწოდებიან აქციონერებად.

სისტემაში მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმის არსებობა და რა რეკომენდაციები შეიძლება დაიდოს შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

არაკომერციული საავადმყოფოების არსი

სამედიცინო ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობას[1]. მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა არაკომერციული (არამომგებიანი) ორგანიზაციებია.

ხშირად სიტყვა „არამომგებიანის" არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. სინამდვილეში კი არამომგებიან, ისევე როგორც მომგებიან, ან სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ცდილობენ მიიღონ მოგება. კერძო მომგებიანი და არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების მექანიზმით. კერძოდ, არამომგებიან საავადმყოფოებში, მომგებიან საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ საავადმყოფოებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც წარმოდგენილია ექიმებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შეძენაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე[2].

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ი. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ 70-80%-ზე მეტს, ხოლო აშშ-ში – 57%-ს[3].

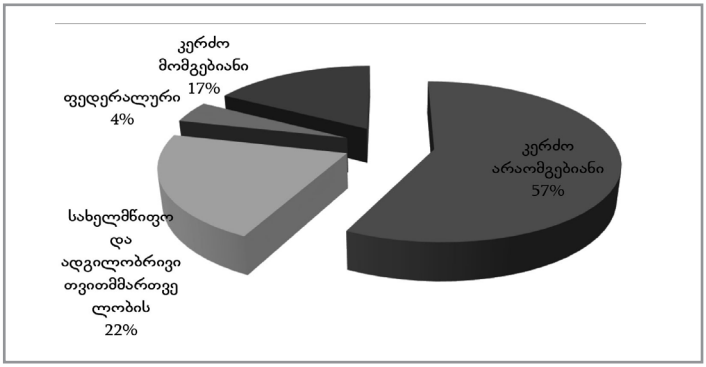
1 ვერულავა, თ. (2017გ). სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (4):73-90.

2 Feldstein P.J. (2011). Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fourth Edition Chicago AUPHA press.

3 AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA.

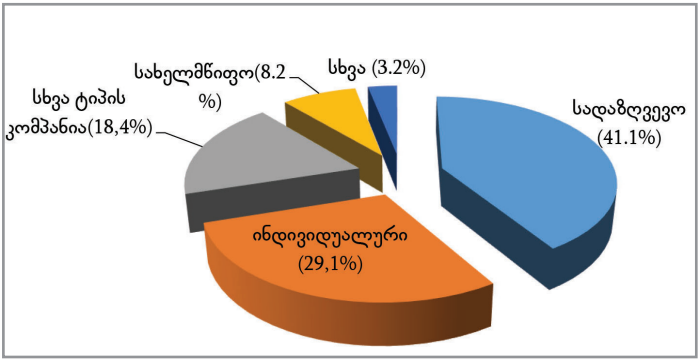
გრაფიკი 1

აშშ-ის საავადმყოფოების რაოდენობა საკუთრების ფორმების მიხედვით



წყარო: AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA.

ნახ. 2:



საქართველოში მოქმედი საავადმყოფოების მფლობელობის ტიპი

წყარო: საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი. 2012.

საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრე-

ობის მხოლოდ ორი ფორმა არსებობს – საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიანი ორგანიზაციებია (მათ შორის 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს – 29 %, სხვა ტიპის კომპანიებს – 18.4%), ხოლო 8% – სახელმწიფოს საკუთრებაში[1],[2],[3].

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესობა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ შუა საუკუნეებიდან მათ ჩამოყალიბებაში უდიდესი წვლილი მიუძღვით რელიგიურ ორგანიზაციებს და ადგილობრივ სათემო გაერთიანებებს[4]. ისინი ეხმარებოდნენ მოსახლეობის ღარიბ ფენებს, ობლებს, ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს. მოსახლეობის ამ ნაწილს ბინაზე არ გააჩნდა მკურნალობისათვის სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, რაც მოითხოვდა საავადმყოფოების აშენებას და შენახვას. ღარიბთაგან განსხვავებით, მდიდარ ფენას თავის სასახლეში ჰყავდა კარის ექიმები და საავადმყოფოებს არ საჭიროებდა. ამრიგად, როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი საავადმყოფოები თავიდანვე შეიქმნა ღარიბთათვის სამედიცინო მომსახურების გასაწევად, რომელთა დაფინანსების უმთავრესი წყარო იყო საქველმოქმედო შემოწირულობები[5], [6].

XX საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო ტექნოლოგიების გან-

---

1 საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო (სგ-ს). (2012). საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი

2 ვერულავა, თ. (2017). არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (3), გვ. 100-110

3 ვერულავა, თ. (2017). შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია „კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები“ შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.

4 ვერულავა, თ. (2017ა). არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (3), გვ. 100-110

5 Sloan F. (2000). “Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior. New York North-Holland Press.

6 Grobman G.M. (2008) The Nonprofit Handbook: Everything You Need to Know to Start and Run Your Nonprofit Organization (Paperback), White Hat Communications

ვითარებამ ხელი შეუწყო საავადმყოფოს ისეთი სახით ჩამოყალიბებას, როგორითაც იგი დღეისთვის არსებობს. შეიქმნა როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმური სამედიცინო მომსახურების საავადმყოფოები, სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ცენტრები. აღნიშნულის შედეგად შეიცვალა საავადმყოფოების როლი. საავადმყოფო გახდა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, პაციენტთა სათანადო დონეზე მკურნალობის ადგილი[1].

საავადმყოფოს ფუნქციის შეცვლასთან ერთად, შეიცვალა საავადმყოფოთა დაფინანსების მექანიზმები. თუ წინათ საქველმოქმედო ფონდები, შემოწირულობები იყო საავადმყოფოს შემოსავლების მნიშვნელოვანი წყარო, შემდგომ პერიოდში გაიზარდა პაციენტების მიერ გაღებული ხარჯების, ასევე სახელმწიფოს და კერძო დაზღვევის წილი. ასე გადაიქცა საქველმოქმედო საავადმყოფოები არამომგებიან, ანუ არაკომერციულ საავადმყოფოებად.

გარდა იმისა, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოები ხელშემწყობ ისტორიულ გარემოში განვითარდა, არანაკლები როლი ითამაშა სახელმწიფოს მხარდაჭერამ. რადგანაც არამომგებიანი საავადმყოფოები ემსახურება ღარიბ და დაბალშემოსავლიან პაციენტებს, მათი საქმიანობა განიხილება როგორც საქველმოქმედო. შესაბამისად, მათი შემოსავალი და ქონება უმთავრესად გათავისუფლებულია სახელმწიფო გადასახადებისგან.

ევროპასა და აშშ-ში არამომგებიანი საავადმყოფოების ფართოდ გავრცელებას ხელი შეუწყო საზოგადოების მხრიდან არსებულმა ნდობის ფაქტორმა. სამედიცინო ბაზარზე პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობის გამო განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან სიტყვა "მოგება" მათთვის არის სიგნალი, რომელიც უარყოფს ნდობით ურთიერთობებს[2]. შესაბამისად, მომგებიანთან შედარებით, პაციენტები უფრო ენდობიან არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან ეს უკანასკნელი არ არის დაინტერესებული მოგების მიღებით და არ ცდილობს პაციენტის არაინფორმირე-

1 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182

2 Arrow K. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review 43(5): 959-967

ბულობის ხარჯზე მიიღოს ფინანსური სარგებელი[1], [2].

გარდა ამისა, არამომგებიანი საავადმყოფოს საქმიანობას ზედამხედველობს საზოგადოება, სადაც ექიმებს უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ დამოუკიდებლად განსაზღვრონ საავადმყოფოს პოლიტიკა, შეიძინონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარები, მომგებიანი საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, პაციენტებს დაბალ ფასად მიაწოდონ ძვირადღირებული სერვისები. შესაბამისად, არამომგებიანი საავადმყოფოები გაცილებით მეტად შეესაბამება ექიმების ფინანსურ ინტერესებს[3].

მოსახლეობაში კერძო, არამომგებიანი სავადმყოფოების პოპულარობაზე მიანიშნებს ის გარემოება, რომ აშშ-ში მათ მიმართავს პაციენტების 70 %, ხოლო მომგებიან საავადმყოფოებს პაციენტების მხოლოდ 13%. სამედიცინო პერსონალიც არაკომერციულ საავადმყოფოებს ანიჭებს უპირატესობას, შედეგად, ექიმთა უმრავლესობა საქმიანობას ეწევა კერძო არამომგებიან საავადმყოფოებში[4].

საზოგადოებაში გარცელებული შეხედულებით, კერძო, მომგებიანი ორგანიზაცია ყოველთვის ასოცირდება სამედიცინო მომსაურების უფრო უკეთეს ხარისხთან. თუმცა, კვლევები ადასტურებს, რომ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით, მომგებიან და არამომგებიან საავადმყოფოებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნება[5].

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარება საქართველოში

მეცხრამეტე საუკუნეში და მეოცე საუკუნის დასაწყისში ბევრმა ქართველმა მეცენატმა დააარსა არამომგებიანი საავადმყოფოები. თბილისში, წმ. ანდრია პირველწოდებულის სახელობის ტაძართან არსებული ლაზარეთი და წმინდა ნინოს სახელობის ლაზარეთი

1 Norton E., Staiger. (1994). How Hospital Ownership Affects Access to Care for Nonprofits Different? Health Affairs 18. (3): 167-73

2 Hansmann H. B. (1980), "The role of the nonprofit enterprise", Yale Law Review Journal 39:835-901.

3 Gruber, J. (1994). The Effect of Competitive Preasure on Charity. Hospital Responses to Price Shopping in California. Journal of Health Economics. 13. (2) 183-212

4 AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA

5 Walker. D, M. (2005). Nonprofit, For-Profit and Government Hospital Uncompensated Care and Other Community Benefit. Testimory before the Committee on Ways and Means, House of Representatives.

არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს წარმოადგენდნენ. მათი დაფინანსების ძირითად წყაროს შეადგენდნენ სამოქალაქო და საეკლესიო შემოწირულობები. 1903 წელს ცნობილმა მეცენატმა და ქველმოქმედმა არამიანცმა 100 000 მანეთი შესწირა არამიანცის სააადმყოფოს მშენებლობას, რომელიც საბოლოოდ 1909 წელს გაიხსნა და 1921 წლამდე არამომგებიანი კლინიკის სტატუსით ფუნქციონირებდა. საავადმყოფოს მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვას, სამედიცინო პერსონალის ჯამაგირს თუ სხვა ხარჯებს მეცენატი თავად ფარავდა. ძმებმა ზუბალაშვილებმა მე-19 საუკუნის 80-იან წლებში თბილისში პირველი პედიატრიული კლინიკა ააშენეს და უსასყიდლოდ გადასცეს ქალაქს.

1921 წლიდან, საბჭოთა რუსეთის მიერ საქართველოს ოკუპაციის შედეგად, არამომგებიანი საავადმყოფოები გადაკეთდნენ სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო ორგანიზაციებად. შედეგად, საბჭოთა პერიოდში საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მხოლოდ ერთი ფორმა იყო განვითარებული. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ სახელმწიფო საავადმყოფოების უმეტესი ნაწილი გაიყიდა და გადაკეთდა კერძო მომგებიან საავადმყოფოებად[1],[2]. ამრიგად, საბჭოთა პერიოდიდან მოყოლებული საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ვერ განვითარდნენ[3].

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების საგადასახადო შეღავათები

დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარებას ხელი შეუწყო მათი შემოსავლებისა და ქონების გათავისუფლებამ სახელმწიფო გადასახადებისგან.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გვაძლევს არაკომერციული ორგანიზაციის განმარტებას: „ორგანიზაცია, რომლის მიზანი არ

1 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182.

2 ვერულავა, თ. (2017). ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. II საერთაშორისო კონფერენციის ,,პოლიტიკა კავკასიის გარშემო" შრომათა კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 101-116.

3 verulava, T. (2014). arakomerciuli saavadmyofoebis evropuli gamocdileba da misi ganviTarebis perspeqtivebi saqarTveloSi. saerTaSoriso interdisciplinaruli konferencia "evropuli Rirebulebebi da identoba". ivane javaxiSvilis saxelobis Tbilisis saxelmwifo universiteti, 92-94.

არის სამეწარმეო საქმიანობა და მისი ფუნქციონირების ძირითადი მამოტივირებელი ფაქტორი არ არის მატერიალური მოგების მიღება, არის არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი".

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მიხედვით: „*არასამეწარმეო იურიდიული პირის შექმნისა და ფუნქციონირების დანიშნულება, პირველ ყოვლისა, არის არაკომერციული ხასიათის საქმიანობა და რაიმე განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად მოქმედება. ასეთი ორგანიზაციები, ძირითადად, საზოგადოებისათვის სასარგებლო შედეგების მიღებისთვის იქმნება. ზოგადად, კი, არასამეწარმეო იურიდიული პირის საქმიანობის მიზანი შეიძლება იყოს ნებისმიერი რამ, რაც კანონით არ არის აკრძალული და არ ეწინააღმდეგება მოქმედ სამართალს.*" (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 33-ე მუხლის მე-2 ნაწილი) კანონი თავისი არსით ითვალისწინებს არამომგებიანი ორგანიზაციის მთავარ პრინციპს, რაც მოგების რეინვესტირებას გულისხმობს. კერძოდ კი დამფუძნებელს, ან დამფუძნებელთა ჯგუფს არ აქვთ უფლება ორგანიზაციის მოგება დივიდენდის სახით გაიტანონ.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, დღგ-საგან განთავისუფლებულია სამედიცინო მომსახურება, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ნებისმიერი ღონისძიებები (საქართველოს საგადასახადო კოდექსი, მუხლი 226). გადასახადით არ იბეგრება სამედიცინო საქმიანობისათვის გამოყენებული სამედიცინო დაწესებულებათა ქონება და ასევე სამედიცინო დაწესებულებების (მიუხედავად ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა) სამედიცინო საქმიანობიდან მიღებული მოგების ის ნაწილი, რომელიც მოხმარდება რეინვესტირებას (დაწესებულების რეაბილიტაცია, ტექნიკური ბაზის უზრუნველყოფა) და თანამშრომელთა მატერიალურ წახალისებას (საქართველოს საგადასახადო კოდექსი თავი XIII მოგების გადასახადი მუხლი 97).

მიუხედავად იმისა, რომ არასამეწარმეო იურიდიული პირი, თავისი არსით, არ შეიძლება იყოს კომერციულ საქმიანობაზე ორიენტირებული, მას უფლება აქვს, ეწეოდეს დამხმარე ხასიათის სამეწარმეო საქმიანობას. ასეთი საქმიანობიდან მიღებული მოგება უნდა მოხმარდეს არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირის მიზნების რეალიზებას და მისი განაწილება არასამეწარმეო იურიდიული პირის დამფუძნებლებს, წევრებს, შემომწირველებს, აგრეთვე ხელმძღვანელობისა და წარმომადგენლობითი უფლება-

მოსილების მქონე პირებს შორის დაუშვებელია[1].

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის თანახმად, საწარმოო სტატუსის მქონე ორგანიზაციებისათვის, 2017 წლამდე დაწესებული იყო მოგების გადასახადი, რომელიც შეადგენდა მოგების 15%-ს. 2015 წელს მთავრობის წარმომადგენლების მიერ დაანონსდა მნიშვნელოვანი ცვლილება საგადასახადო კოდექსში, რაც გულისხმობდა მოგების გადასახადის ესტონური მოდელის დანერგვას, რომელის ამოქმედებაც 2017 წლის 13 იანვრის ბრძანება №9-ის საფუძველზე მოხდა. ესტონეთში 2000 წელს განხორციელებული რეფორმის მიხედვით, მოგების გადასახადით, (არსებული 21 %-ით), აღარ იბეგრება რეინვესტირებული მოგება. საქართველოს კანონმდებლობაში გატარებული ცვლილების შედეგად რეინვესტირებული მოგება თავისუფლდება ყოველგვარი მოგების გადასახადისაგან. აღნიშნული საგადასახადო შეღავათებით 2017 წლამდე სარგებლობდნენ მხოლოდ არამომგებიანი ორგანიზაციები. საკანონმდებლო ცვლილების შემდეგ კი სამეწარეო ორგანიზაციებსაც მიეცათ აღნიშნული შეღავათით სარგებლობის უფლება.

ამგვარად, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად არამომგებიანი ორგანიზაციები, საგადასახადო საშეღავათო სისტემის მხრივ, არაფრით განსხვავდებიან მომგებიანი ორგანიზაციებისაგან.

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების გამოწვევები საქართველოში

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში განხორციელდა საქართველოში ამჟამად მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების შესწავლა[2],[3]. ქვეყანაში მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების მცირე რაოდენობის გამო კვლევის არეალი შეზღუდული აღმოჩნდა და მოიცავდა მხოლოდ სამ კლინიკას: ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“, ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი და ქართულ-ფრანგული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“.

1 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182.

2 ვერულავა, თენგიზ, ბესიაშვილი ნინო, თოდრია მირიან, ლობჟანიძე ზვიად (2018). არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში. ეკონომისტი; 14(3):60-71

3 Tengiz Verulava, Ana Lordkipanidze, Nino Besiashvili, Mirian Todria, Z. Lobjanidze, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Obstacles in the Development of Non-pro t Hospitals in Georgia. Hospital Topics, 2019;97(2):39-45

ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“

ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“ დაარსდა 2013 წელს როგორც არასამთავრობო ორგანიზაცია. მას მართავს გამგეობა, რომელსაც ჰყავს თავმჯდომარე. გამგეობაში შედიან კლინიკური, ფინანსური და გენერალური დირექტორები, ასევე ხარისხის მართვის მენეჯერი და სხვა ადმინისტრაციული პერსონალი. გამგეობის გადაწყვეტილებებს კონტროლს უწევს ზედამხედველობის საბჭო, რომელიც ასევე განაგებს ფინანსური რესურსების განაწილებასაც. კლინიკას არ გააჩნია ერთპიროვნული მმართველი, თუმცა მთავარი ადმინისტრატორია გამგეობის თავმჯდომარე. გამგეობის თავმჯდომარე პერიოდულად იცვლება.

მესაკუთრეობის სხვა ფორმებთან შედარებით არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაცია არ იხდის დღგ-ს და შედარებით მაღალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. ხარჯების 70% მოდის სამედიცინო პერსონალის ხელფასებზე, 15% – ადმინისტრაციულ პერსონალზე, დაახლოებით 10% კომუნალურ ხარჯებზე, ხოლო დანარჩენი 5% რჩება მოგების სახით, რომელიც იხარჯება ინფრასტრუქტურის განვითარებაში, სარემონტო სამუშაოებში, მოწყობილობადანადგარების განახლებაში, სამედიცინო პერსონალის ტრენინგებში. იმ შემთხვევაში, როდესაც ვერ ხერხდება მოგების რეინვესტირება, საქართველოში მოქმედი ყველა დაწესებულების მსგავსად, ნარკოლოგიური ცენტრის წლის ბოლოს იხდის მოგების გადასახადს.

ნარკოლოგიური ცენტრის დაფინანსების უმთავრესი წყაროა სახელმწიფო პროგრამები. ცენტრს გააჩნია რამდენიმე განყოფილება – სტაციონარი, ამბულატორია და ჩანაცვლებითი თერაპიის განყოფილება. ამბულატორიას თვეში დაახლოებით 18000 პაციენტი მიმართავს, ხოლო სტაციონარს – წელიწადში დაახლოებით 200 პაციენტი. მაღალი ამბულატორიული მიმართვიანობა გამოწვეულია იმით, რომ ცენტრს თავისი მუდმივი კონტიგენტი ყავს, რომელიც პერიოდულად მიმართავს მას. სტაციონარის ნაკლები დატვირთვა დაკავშირებულია მის მცირე ზომასთან.

ცენტრის ფუნქციონირებაში მთავარ ხელისშემშლელ ფაქტორად დასახელდა არამომგებიანი ორგანიზაციების მიმართ სახელმწიფოს უარყოფითი დამოკიდებულება და მათი განვითარების ხელშეწყობის ნაცვლად ხელოვნური ბარიერების შექმნა. როგორც ინტერვიუდან ირკვევა, სახელმწიფო ნეგატიურად არის

განწყობილი ცენტრის თანამშრომლების მაღალი ხელფასის გამო. სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებისაგან განსხვავებით, ცენტრის ადმინისტრაციული ხარჯები დაბალია. შესაბამისად, ცენტრი ცდილობს გაზარდოს სამედიცინო პერსონალის ხელფასები. ეს, თავის მხრივ, არაკონკურენტუნარიანს ხდის სახელმწიფო სექტორს, რის გამოც სახელმწიფო, იმის მაგივრად, რომ სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციების სერვისების ხარისხის ამაღლებაზე იზრუნოს, ყველანაირად ცდილობს, არახელსაყრელი პირობები შეუქმნას არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციას. ინტერვიუერის განცხადებით, ამით სახელმწიფო ხელს უშლის სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ჯანსაღ კონკურენციას.

სახელმწიფოს მხრიდან ცენტრის ფუნქციონირებაში უხეში ჩარევის მაგალითია ცენტრში მეთადონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის შეწყვიტა. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების უმრავლესობას უფასო სახელმწიფო პროგრამით ურჩევნია მკურნალობა, ცენტრს მაინც თავისი მრავალრიცხოვანი კონტიგენტი ჰყავს.

რესპოდენტის აზრით, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებას ხელს უშლის მოუქნელი საკანონმდებლო სისტემა. ჯანდაცვის სამინისტრო არ ინტერესდება აღნიშნული პრობლემით, შესაბამისად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სახელმწიფო არ არის დაინტერესებული არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებით.

ამგვარად, პოლიტიკური, საკანონმდებლო, სოციალური და კულტურული ფაქტორებიდან გამომდინარე, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებისათვის არ არსებობს ხელშემწყობი პირობები, უფრო მეტიც, მისი ფუნქციონირება დიდ რისკთანაა დაკავშირებული. აღნიშნული ხელისშემშლელი ფაქტორების გამო, ცენტრი ფიქრობს რომ შპსდ გადაკეთდეს. საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებისთვის საჭიროა ძირეული სისტემური და საკანონმდებლო ცვლილებები.

ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი

ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი საქართველოში მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ყველაზე დიდი ისტორიის მქონე და ამავდროულად, რომ ერთ- ერთ

წარმატებულია. ცენტრი 1996 წლის 16 სექტემბერს დაარსდა ცნობილი ამერიკელი მსახიობის ჯო ენ მაქგოვენის ხელშეწყობით. საქართველოში იმ დროისათვის არ არსებობდა სრულფასოვანი ბავშვთა კარდიოქირურგიული ცენტრი. ქართველი კარდიოქირურგის ირაკლი მეტრეველის და ჯო ენის შეხვედრის შემდეგ გაჩნდა იდეა, საქართველოში ჩემოყალიბებულიყო არამომგებიანი სამედიცინო ცენტრი, რომლის პროფილიც იქნებოდა კარდიოლოგია და კარდიოქირურგია. ცენტრის შექმნაში და სათანადო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაში განსაკუთრებული წვლილი შეიტანეს აშშ-ის საქველმოქმედო ორგანიზაციებმა, მათ შორის ორგანიზაცია „Global healing"-მა. 1996 წლის 23 სექტემბერს ჯო ენ მაქგოვენი, საქართველოში მისივე სახელობის ცენტრის გახნსიდან ზუტად ერთ კვირაში ინსულტის დიაგნოზით გარდაიცვალა. მის მიერ დაარსებული ცენტრი საქართველოში დღესაც წარმატებით ფუნქციონირებს.

ცენტრს ჰყავს 5 დამფუძნებელი, როგორც საქართველოს, ასევე აშშ-ის მოქალაქეები. ისინი დღემდე მონაწილეობენ ცენტრის მართვაში. ერთ-ერთი დამფუძნებლის, ქალბატონ ჯო ენ მაქგოვენის გარდაცვალების შემდეგ, უფლება-მოვალეობები მემკვიდრეობით გადეცა მის შვილს. მეორე დამფუძნებელი ქართველი კარდიოქირურგია, რომელიც დღესაც თავის პროფესიულ მოვალეობას ასრულებს ცენტრში. მესამე დამფუძნებელი ქართველი ფინანსისტია, რომელიც განაგებს ადმინისტრაციულ საკითხებს. აღნიშნული ჯგუფი ღებულობს ცენტრის ძირითადი სტრატეგიულ გადაწყვეტილებებს. დამფუძნებელთა საბჭო ნიშნავს ცენტრის გენერალურ დირექტორს, რომელიც პასუხისმგებელია ცენტრის მმართველობაზე. მის ყოველდღიურ საქმიანობაში საბჭო არ ერევა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მისაღებია ისეთი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებები, როგორიცაა ახალი სამედიცინო აპარატურის შესყიდვა, დამატებითი განყოფილების გახსნა და ა.შ.

ცენტრის დაფინანსების წყაროებია დონორი ორგანიზაციების შემოწირულობები და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა. რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამით ხდება ბავშვთა თანაყოლილი მანკებისა და სხვა პათოლოგიების სახელმწიფოს მიერ 100 %-ით დაფინანსება. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელ-

მწიფო პროგრამით ხდება მოზრდილთა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება. ორგანიზაციის მთლიან შემოსავლებში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადენს 80%-ს. დანარჩენი 20% შეადგენს პაციენტების პირდაპირ გადახდებს და სადაზღვევო კონპანიების მიერ გათახდილ თანხებს.

ამჟამად კლინიკაში ტარდება ბავშთა და მოზრდილთა კარდიოლოგიური პროფილის ყველა მანიპულაცია და ოპერაცია, გარდა გულის გადანერგვისა. 2017 წლის მონაცემებით, ცენტრს ამბულატორიულად მიმართა 18 528 ბენეფიციარმა. მათგან ცენტრს პირველად მიმართა 5028 პაციენტმა. პირველადი მიმართვიანობის ასეთი მაღალი მაჩვენებელი მიუთითებს ცენტრის მიმართ ნდობაზე.

მიღებული მოგება მთლიანად რეინვესტირდება სამედიცინო ორგანიზაციის განვითარებაში. დამფუძნებელთაგან სამი ამავე კლინიკაშია დასაქმებული სხვადასხვა პოზიციაზე, შესაბამისად, მათი დაფინანსება ხორციელდება მხოლოდ კუთვნილი ხელფასის სახით. მოგება ნაწილდება ახალი სამედიცინო აპარატურის შესყიდვაზე, პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე, ხელფასის გაზრდაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების ღონისძიებებზე. სამედიცინო და ადმინისტრაციული პერსონალის სახელფასო ფონდზე იხარჯება მთლიანი შემოსავლის დაახლოებით 55%. თუმცა, ცენტრი მართვის ავტომატიზირებული სისტემების დანერგვის ხარჯზე ცდილობს ადმინისტრაციული რესურსების შემცირებას.

ცენტრში დასაქმებული პერსონალის ხელფასი სახელმწიფოს მიერ ჩვეულებრივად იბეგრება 20%-ით. ცენტრის სამედიცინო პერსონალის ხელფასი აღემატება სხვა, იმავე პროფილის სამედიცინო ორგანიზაციის პესონალის ხელფასს. სამედიცინო ცენტრი არ ცდილობს გაზარდოს მოგება ადამიანური რესურსების ხელოვნური შემცირების ხარჯზე. ცენტრის რეანიმაციულ განყოფილებაში ერთ პაციენტს 24 საათის განმავლობაში ერთი ექთანი უწევს მეთვალყურეობას. მაშინ როდესაც, სხვა სამედიცინო ორგანიზაციებში ერთი ექთნის მოვალეობაში შედის 3-4 და ზოგჯერ მეტი პაციენტის მეთვალყურეობა. ამჟამინდელი საგადასახადო კოდექსი არ უზრუნველყოფს არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციისათვის საგადასახადო შეღავათებს.

ცენტრი ცდილობს თავისი წვლილი შეიტანოს პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაში და მათი საქმიანობისათვის არსებული გარემოს გაუმჯობესებაზე. ცენტრი აფინანსებს სამედიცინო

პერსონალის კონფერენციებში, ტრენინგებში მონაწილეობას, მათ უწყვეტ სამედიცინო განათლების ხარჯებს. კვლევის ჩატარების მაგალითისათვის, კვლევის მიმდინარეობისას, სამედიცინო ცენტრმა დააფინანსა ექიმების მონაწილეობა გერმანიაში დაგეგმილ საერთაშორისო კონფერენციაზე, რომელიც ეძღვნება თანდაყოლილი მანკების დიაგნოსტირებასა და მკურნალობას.

ჯო ენის სამედიცინო ცენტრი საკუთარი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დონის ამაღლებასთან ერთად ცდილობს ახალი თაობების გაზრდასა და მათთვის შესაბამისი განათლების მიღებაში ხელშეწყობას. ცენტრი გეგმავს რეზიდენტურის ჩამოყალიბებას ბავშვთა კარდიოქირურგიასა და ბავშვთა რევმატოლოგიაში, რითაც თავისი წვლილი შეაქვს ახალი კვალიფიციური კადრების აღზრდაში.

ცენტრი მნიშვნელოვან თანხებს გამოყოფს უახლესი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვაში. ულტრა თანამედროვე ტექნოლოგიით. ცენტრი გეგმავს ახალი პროფილის სამედიცინო დეპარტამენტების ჩამოყალიბებას.

ცენტრის მთავარ პრობლემად დასახელდა სახელმწიფოს მხრიდან ნაკლები ხელშეწყობა. საგადასახადო კოდექსის თანახმად ცენტრი არ იხდის მოგების და ქონების გადასახადს. თუმცა, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღრული ნოზოლოგიების დაფინანსება ხორციელდება რამდენიმე წლის წინ დადგენილი ტარიფებით და არ ხდება დოლარის კურსის საგრძნობი ცვლილების გათვალისწინება. ამასთან, ცენტრი საჭირო მასალების (ხელოვნური და ბიოლოგიური სარქველები, და ა.შ.) შესყიდვას ახორციელებს დოლარის ვალუტით, ხოლო არსებული ტარიფები ისევ იგივე დარჩა, არ მოხდა მათი გადახედვა. შედეგად, გაიზარდა ცენტრის ხარჯები, რაც უარყოფითად აისახა მის ფინანსურ მდგომარეობაზე და საერთოდ განვითარებაზე.

მიუხედავად პრობლემებისა, ჯო ენის სამედიცინო ცენტრი მთელს ამიერკავკაშიაში ერთ- ერთი წარმატებული კლინიკად ითვლება, რომელიც დიდი ავტორიტეტითა და ნდობით სარგებლობს მოსახლეობაში.

ფრანგულ-ქართული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“

ფრანგულ-ქართული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“ დაარსდა 2006 წელს, საფრანგეთის ხელშეწყობით. იგი მრავალპროფილური კლინიკაა. 2016 წელს ცენტრი „ჩ ჰეპატიტის“ ელი-

მინაციის პროგრამაში ჩაერთო რისთვისაც გაიხსნა შესაბამისი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო განყოფილებები. კახეთის რეგიონში მცხოვრებ პირებს შეუძლიათ ჩაიტარონ სკრინინგი „C ჰეპატიტზე“, ხოლო დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში კი ადგილზევე ჩაიტარონ მკურნალობა. ცენტრში ფუნქციონირებს შემდეგი განყოფილებები: ზოგადი ქირურგია, ლაბორატორია, სადიაგნოსტიკო განყოფილება, ოფთალმოლოგია, ოტორინოლარინგოლოგია, გინეკოლოგია, ონკოლოგია, ჰემატოლოგია და ა.შ

ცენტრის დამფუძნებელია ფრანგი სენატორი ანრი დერენკური. მას მართავს საბჭო, რომელიც დაკომპლექტებულია ქართველი და ფრანგი წარმომადგენლებით. კლინიკისთვის მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღებას საბჭო ახორციელებს. ცენტრი გეგმავს ტელემედიცინის განვითარებას და ახალი სადიაგნოსტიკო აპარატურის შეძენას.

სამედიცინო ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობას, სადაც წარმოდგენილია როგორც კერძო არაკომერციული, ასევე კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები.

საქართველოს ბაზარზე არამომგებიანი (არაკომერციული) ორგანიზაციები საკმაოდ მცირედაა წარმოდგენილი. როგორც ჩანს, არ არსებობს საავადმყოფოების და საერთოდ ორგანიზაციების არამომგებიანი სახით ფუნქციონირების საკმარისი მოტივაცია. მიუხედავად იმისა, რომ საგადასახადო კოდექსში გათვალისწინებულია საგადასახადო შეღავათები, მისი მხოლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა ვერ უზრუნველყოფს მაქსიმალურ შედეგს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილების შედეგად, არამომგებიანი ორგანიზაციები, საგადასახადო საშეღავათო სისტემის მხრივ, არაფრით განსხვავდებიან მომგებიანი ორგანიზაციებისაგან. საჭიროა საგადასახადო კოდექსში არამომგებიანი ორგანიზაციების მიმართ გათვალისწინებული საგადასახადო შეღავათების შემდგომი დახვეწა და მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინება. მიზანშეწონილია არამომგებიანი საავადმყოფოების როლის გაზრდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე.

სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობის მოდელი – მესაკუთრეობის ინოვაციური ფორმა ჯანდაცვაში

მსოფლიო პრაქტიკით, სხვადასხვა ქვეყნებში უმთავრესად არსებობენ შემდეგი ტიპის სამედიცინო ორგანიზაციები: სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი; კერძო, არამომგებიანი; კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული სამედიცინო ორგანიზაციები. მკვლევართა აზრით, სამედიცინო ბაზარზე ოგანიზაციათა ინსტიტუციური ფორმების ასეთი მრავალფეროვნება აუცილებელია ჯანდაცვის სექტორის ნორმალური ფუნციონირებისათვის[1].

სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო ორგანიზაციების ერთ-ერთი ინსტიტუციური ფორმაა სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორობა. ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორობა არის სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობა ჯანდაცვის განვითარების პრიორიტეტული ამოცანების განსახორციელებლად, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით, გრძელვადიანი, ნებაყოფლობით პრინციპებზე.

საქართველოსათვის განსაკუთრებით აქტუალურია ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის განხორციელება. იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა, სადაც სახეზეა ჯანდაცვის სექტორის არასაკმარისი დაფინანსება, ხარჯების შეკავების მიზნით, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის პრაქტიკის ფორმირება და განვითარება.

ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორობა არის სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობა ჯანდაცვის განვითარების პრიორიტეტული ამოცანების განსახორციელებლად, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით, გრძელვადიანი, ნებაყოფლობით პრინციპებზე.

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მწირი დაფინანსების გათვალისწინებით სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის გა-

1 ვერულავა, თ. (2016). სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელი – ჯანდაცვის ინოვაციური მექანიზმი. საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „ინოვაციური ეკონომიკა და მისი ფორმირების პრობლემები პოსტკომუნისტურ ქვეყნებში“ შრომების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 130-134.

მოყენება იმითაც არის მნიშვნელოვანი, რომ იგი ინვესტიციების მოზიდვის ერთ-ერთი მექანიზმია. მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა საშუალებას მოგვცემს მოვახდინოთ დანახარჯების ოპტიმიზაცია, სამედიცინო ბაზრის სისტემატიზაცია და განვავითაროთ იგი რეალური საჭიროებების გათვალისწინებით. ასევე, მნიშვნელოვანია სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის მეშვეობით ჯანდაცვის არსებული ობიექტების რეკონსტრუქციის ინვესტირება, უახლესი ტექნოლოგიებით აღჭურვილი ახალი კლინიკების ქსელის შექმნა, მაღალკვალიფიციური პერსონალის მოზიდვა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის ამაღლება.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის ძირითადი მახასიათებლებია:

- სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციების სარგებლების, რესურსების, რისკების, პასუხისმგებლობის ერთმანეთს შორის განაწილება;
- სოციალურად მნიშვნელოვანი პრობლემების გადაწყვეტა სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესს შორის ურთიერთთანამშრომლობით;
- სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესს შორის თანამშრომლობის გრძელვადიანი ხასიათი;
- სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესს შორის თანამშრომლობის სამართლებრივად გამყარება;
- პარტნიორულ თანამშრომლობაში ნებაყოფლობითი მონაწილეობა;
- კერძო ბიზნესის მიერ შესრულებულ სამუშაოზე ხარისხის კონტროლის მექანიზმების არსებობა.

ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის ლიდერებს წარმოადგენენ დიდი ბრიტანეთი, კანადა, საფრანგეთი, გერმანია, აშშ. დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის პრინციპებზე განხორციელდა 100-ზე მეტი პროექტი, რაც შეადგენს დაფინანსებული პროექტების დაახლოებით 22 %-ს (მათ შორის 611 მილიონი დოლარის ღირებულების საავადმყოფოს მშენებლობა, ონკოლოგიური ცენტრის რეკონსტრუქცია)[1]. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის დიდი

1 McKee M., Edwards, N. and Atun R. (2006). Public-private partnerships for hospitals.

ბრიტანეთის გამოცდილება ადასტურებს ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესის ურთიერთქმედების ასეთი ფორმატის გამოყენების ეფექტურობას და პერსპექტიულობას.

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობის მთავარ სფეროებს წარმოადგენენ:

- სამედიცინო მომსახურების გაწევა;
- ქონების იჯარით გაცემა;
- პერსონალის დაქირავება (auTstafingi);
- აუთსორსინგი;
- ფინანსური თანამშრომლობა.

სამედიცინო მომსახურების გაწევა. სახელმწიფოს არ აქვს სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეების მაღალი ხარისხით გაწევის საწარმოო და ორგანიზაციული შესაძლებლობები, რის გამოც, სახელმწიფო შეკვეთების შესასრულებლად მიზანშეწონილია კერძო სამედიცინო ორგანიზაციებთან ხელშეკრულების დადება. კერძო სამედიცინო დაწესებულებები დაინტერესებულები არიან სახელმწიფოსთან ასეთი თანამშრომლობით, რადგან იგი მათ საშუალებას აძლევს გაზარდონ თავიანთი ცნობადობა და მოიზიდონ რაც შეიძლება მეტი ადამიანები. მეორე მხრივ, სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ტარიფები ხშირად არ ფარავენ სამედიცინო მომსახურების ფაქტობრივ ხარჯებს და კერძო ბიზნესისათვის მას შესაძლოა არ ჰქონდეს ეკონომიკური სარგებელი. თუმცა, სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების გაწევისას კერძო პარტნიორი ვარაუდობს, რომ პაციენტმა შეიძლება დამატებით შეიძინოს ფასიანი სამედიცინო მომსახურება.

თავის მხრივ, სახელმწიფო, რომელსაც გააჩნია შეზღუდული რესურსები, ცდილობს სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული თანამშრომლობის შედეგად მოსახლეობამ მიიღოს როგორც სახელმწიფო, ასევე ფასიანი სამედიცინო მომსახურება. ამასთან, გასათვალისწინებელია, სახელმწიფო შეკვეთის განსახორციელებლად კერძო სამედიცინო ორგანიზაციების შერჩევა კონკურსის საფუძველზე, სადაც ყურადღება მიექცევა სამედიცინო მომსახურების სათანადო ხარისხით გაწევას და მასზე მონიტორინგს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორული თანამშრომლობა, ჩვეულებრივ, შემოიფარგლება სამედიცინო

Bulletin of the World Health Organization 2006; 84: 890–896.

მომსახურების გაწევაზე წლიური (ხანმოკლე) კონტრაქტით, რაც საშუალებას იძლევა, რომ სამედიცინო მომსახურების არასათანადო გაწევისას კონტრაქტი გაუქმდეს.

ქონების იჯარით გაცემა. სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორული თანამშრომლობის ერთ-ერთი საშუალებაა სახელმწიფო ქონების იჯარით გაიცემა. ამ დროს სახელმწიფო ახდენს მის საკუთრებაში არსებული გამოუყენებელი შენობა-ნაგებობების, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური აღჭურვილობების იჯარით გაცემას კერძო ბიზნესზე. თუმცა, შენობების და მოწყობილობების სიჭარბე შეიძლება გააჩნდეს კერძო სამედიცინო ორგანიზაციებსაც. ამ შემთხვევაში, მოიჯარე შეიძლება იყოს სახელმწიფო. საკუთრების იჯარით გაცემას შეიძლება ჰქონდეს არა მხოლოდ მოკლევადიანი, არამედ გრძელვადიანი ხასიათი.

პერსონალის დაქირავება (აუთსტაფინგი) – კერძო კომპანიის მიერ კონკრეტული პროექტის შესასრულებლად შტატგარეშე პროფესიონალების მოზიდვა, რომელთაც აქვთ საჭირო ცოდნა, უნარები და გამოცდილება.

აუთსორსინგი. როდესაც სახელმწიფო ჯანდაცვის ორგანიზაცია გარკვეულ საქმიანობას (მაგალითად, საინფორმაციო ტექნოლოგიები, საბუღალტრო აღრიცხვა) უფრო ძვირად ახორციელებს, ვიდრე კერძო ბიზნესი, მიზანშეწონილია მათი გადაცემა, ანუ აუთსორსინგი. ზოგიერთ შემთხვევაში, აუთსორსინგს შეიძლება გადაეცეს კვების მომსახურება, სამრეცხაოს მუშაობა, შენობების და აღჭურვილობა-დანადგარების, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური მოწყობილობების სარემონტო სამუშაოებები და შენახვა. სამედიცინო ორგანიზაციების აუთსორსინგი შეზღუდულია 1 წლის ვადით. თუმცა, იგი შეიძლება იყოს გრძელვადიანიც (15-20 წელი), რაც შესაძლოა უფრო ხელსაყრელი იყოს, რადგან პირველი წელი აუთსოსერისგან მოითხოვს დიდ ინვესტიციებს და მხოლოდ გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ მოაქვს მას ეკონომიკური სარგებელი.

მკვლევართა აზრით, აუთსორსინგის მთავარ სარგებლებს წარმოადგენენ: დროის დაზოგვა, გადაცემული ფუნქციების (სერვისების) უფრო მაღალი ხარისხი, რომლის უზრუნველყოფა ხდება შედარებით ვიწრო სპეციალიზაციით, საბიუჯეტო ორგანიზაციის მიერ კრედიტების მიღების შესაძლებლობის არარსებობის შემთხ-

ვევაში აუთსორსერის რესურსების მოზიდვის შესაძლებლობა, სამედიცინო ორგანიზაციის რესურსების გამოთავისუფლება სხვა მიზნებისთვის...

ფინანსური თანამშრომლობა. სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორობის ფარგლებში ფინანსური თანამშრომლობა გულისხმობს კერძო კაპიტალის მოზიდვას სოციალურად მნიშვნელოვანი პრობლემების გადასაწყვეტად, ჯანდაცვაში სოციალურად მნიშვნელოვანი პროექტების განსახორციელებლად კერძო სამედიცინო ბიზნესისათვის გრანტების მიცემას, სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებში კერძო ბიზნესის მიერ ნებაყოფლობითი საქველმოქმედო შენატანების განხორციელებას (ბიზნესის სოციალური პასუხისმგებლობა), სახელმწიფოს მიერ კერძო სამედიცინო ორგანიზაციების პირდაპირი ინვესტიციები და შედეგად საწესდებო კაპიტალში წილის მიღება (ერთობლივი სამედიცინო ორგანიზაციების შექმნა – სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის ინსტიტუციონალური ფორმა).

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული თანამშრომლობა ეფუძნება თითოეული მხარისათვის დამახასიათებელ უპირატესობებს. სახელმწიფოს მხარე ფლობს მინიმალურ ბაზისურ პაკეტს, კერძო პარტნიორს გააჩნია რესურსების (ადამიანური, მატერიალური და ტექნიკური, ფინანსური) ეფექტურად მართვის, რაციონალური გამოყენების უნარები. ამდენად, სახელმწიფოს და ბიზნესის თანამშრომლობა ჯანდაცვის სექტორში აერთიანებს თითოეული პარტნიორის ძლიერ მხარეებს.

სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესს შორის პარტნიორული თანამშრომლობისათვის საჭიროა თითოეულ მხარეს გააჩნდეს საერთო ინტერესები.

სახელმწიფოსათვის კერძო ბიზნესთან პარტნიორული თანამშრომლობის მთავარ სარგებელს წარმოადგენს:

- შესაძლებელია შემუშავდეს ჯანდაცვის განვითარების ისეთი სტრატეგია სადაც სახელმწიფო და კერძო სექტორი არ არის ცალ-ცალკე გამოყოფილი და ერთადაა წარმოდგენილი;
- ფინანსური რესურსების მოზიდვა;
- ფინანსური და საოპერაციო რისკების შემცირება;
- ჯანდაცვაში მართვის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა;
- ჯანდაცვაში სახელმწიფო კაპიტალდაბანდებების შემცი-

რება, შესაბამისად, სახსრების გამოთავისუფლება ჯანდაცვის სექტორის სხვა პრიორიტეტებზე;

- სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის გაუმჯობესება ხარისხის დაქვეითების გარეშე ხარჯების შემცირების გზით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;
- ახალი სამუშაო ადგილების შექმნა, პერსონალის გადაყვანა სახელმწიფო ჯანდაცვის ორგანიზაციიდან კერძოში;
- ჯანდაცვის ობიექტებზე საკუთრების უფლების შენარჩუნება (კერძო პარტნიორზე გადაცემისას).
- კერძო ბიზნესისათვის სახელმწიფო ორგანიზაციასთან პარტნიორული თანამშრომლობის მთავარ სარგებელს წარმოადგენს:
- ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო აქტივების და რესურსების კერძო სექტორისათვის ხელმისაწვდომობა;
- ბიზნესის განვითარების სტაბილურობა (განსაკუთრებით გრძელვადიან პერსპექტივაში ფულადი ნაკადების გარანტიებზე სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განხორციელებისას)
- ჯანდაცვის ინოვაციურ პროექტებზე სახელმწიფო მხარდაჭერა.
- ფინანსური ტვირთის განაწილება, როდესაც სახელმწიფო ახდენს ჯანდაცვის ერთობლივ პროექტში სახსრების ნაწილის ინვესტიციას.

საქართველოში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული მოდელის ჯანდაცვის სექტორში დანერგვის უმთავრესი პრობლემა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ არ არსებობს მისი ჯანდაცვის სისტემაში დანერგვის და ამ დანერგვის შედეგად მისი ეფექტურობის და შესაძლო სოციალურ-ეკონომიკური და სამართლებრივი შედეგების შეფასების სათანადო გამოცდილება. დღეისათვის, საქართველოში არ არის შექმნილი სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის განსახორციელებლად სათანადო სამართლებრივი ბაზა. თუმცა, საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა იძლევა იმის საშუალებას, რომ დარეგულირებული იქნას კანონით დაშვებული პარტნიორული ურთიერთობები; მაგრამ

გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის სექტორისათვის დამახასიათებელი მრავალსახა სპეციფიკური თავისებურებები, რაც მოითხოვს შესაბამის კანონმდებლობაში ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის პრინციპების, ფორმების, შეთანხმების გაფორმების, კერძო ინვესტორებისა და ხელისუფლების უფლებების, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის შეთანხმების რეალიზაციაზე გადაწყვეტილების მიღების უფლებებისა და წესების, ურთიერთობების დამყარების გრძელვადიანი პროგრამების დამუშავებისა და დამტკიცების, რესურსების გაერთიანების წესების, პასუხისმგებლობისა და რისკების განაწილების წესების მხარეებს შორის, სახელმწიფოსა და კერძო ფირმას შორის ღიად და გამჭვირვალედ გამოკვეთას[1].

ამგვარად, საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში არსებული შეზღუდული საბიუჯეტო რესურსების პირობებში, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ოპტიმიზაციის და სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის ამაღლების მიზნით, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული მოდელი მნიშვნელოვნად ზრდის როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, ასევე მასზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. პერსპექტივაში, მიზანშეწონილია, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული მოდელის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულების განვითარება.

1 მოწონელიძე, ე., (2015). სახელმწიფო-კერძო პატნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში. ბიზნეს-ინჟინერინგი. N 4. საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი. გვ. 54-57

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდები

სამედიცინო მომსახურების შემთხვევათა მეტი წილი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დონეზე ხორციელდება. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შემდგომ ეტაპებზე საჭირო ხარჯებზეც. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს მომსახურების ყველაზე მასობრივ სახეს, რომელსაც მიმართავს ქვეყნის მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისას მკურნალობის დასრულებული შემთხვევის ღირებულება არ არის დიდი, ამიტომ მისი ხარჯების ანაზღაურებამ შესაძლოა საერთო ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი შეადგინოს.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო მომსახურებით, როგორც წესი, იწყება და მთავრდება პაციენტის მიმართვა ჯანდაცვის სისტემაში, მას გააჩნია ფინანსური რესურსების ეფექტურად გამოყენების მნიშვნელოვანი შესაძლებლობები როგორც ამბულატორიულ ეტაპზე, ასევე ჯანდაცვის მთელ სისტემაში. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დახმარების აღნიშნულ დონეზე ანაზღაურების მეთოდების შერჩევას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.

ასე მაგალითად, კვლევების მიხედვით, სასწრაფო სამედიცინო გამოძახების 40 %-ზე მეტი ხორციელდება ქრონიკულ ავადმყოფებზე, რომლებიც იმყოფებიან დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება ძვირადღირებულ მომსახურებას წარმოადგენს. ასეთი სახის გამოძახებათა მნიშვნელოვანი ნაწილი შეიძლება შემცირდეს ოჯახის ექიმის ეფექტური მუშაობის შედეგად.

ცნობილია, რომ ამბულატორიულ ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების გაწევა 8-10-ჯერ უფრო იაფია, ვიდრე სტაციონარში ჩატარებული მომსახურება. ამავე დროს, მკვლევარების მიერ გაკეთებული შეფასებით, ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა 30 %-ზე მეტს შეეძლო ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ამბულატორიულ პირობებში მიეღოთ.

ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება შეიძლება დავყოთ პირველად სამედიცინო მომსახურებად და სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებად. პირველად სამედიცინო მომსახურებას საქართველოში ახორციელებენ ოჯახის ექიმები. სპეციალიზებულ ამბულატორიულ დახმარებას ახორციელებენ ექიმი-

სპეციალისტები (ნევროპათოლოგები, ოტოლარინგოლოგები...).

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დაფინანსების შემდეგი ძირითადი მეთოდები გამოიყენება:

- სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი;
- ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი;
- სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი.

სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის ან სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსებას სულადობრივი განაკვეთის (თითოეულ პირზე ანაზღაურება) მიხედვით, რომელიც ფიქსირებულია და დამოკიდებულია იმ მოსახლეობის რაოდენობაზე, რომელსაც იგი ემსახურება. აღნიშნული მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დასაფინანსებლად, რადგან ახდენს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სისტემის ოპტიმიზაციას.

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურებისას თითო სულზე დგინდება ნორმატივი, რომელშიც შედის პაციენტის გამოკვლევის, კონსულტაციის და მკურნალობის ხარჯები, შესაძლებელია სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხარჯების გათვალისწინებაც. სულადობრივი ანაზღაურებისას სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ გაწეული მუშაობის ანაზღაურება არ არის დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე.

სულადობრივი დაფინანსება შესაძლებელია დაფუძნებული იყოს გარკვეულ გეოგრაფიულ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე (დახურული გაწევრიანება) ან სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთან რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობაზე (ღია გაწევრიანება). ღია სახის გაწევრიანება სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა შორის კონკურენციის ზრდას განაპირობებს, ისინი ცდილობენ რაც შეიძლება მეტი და ნაკლები რისკის პაციენტები დააზღვიონ.

სულადობრივი ანაზღაურების ორი ფორმა არსებობს: მარტივი და რთული. მარტივი ფორმის დროს, სამედიცინო დაწესებულება ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის ერთსა და იმავე თანხას იღებს.

რთული ფორმის დროს სამედიცინო დაწესბულების მომ-

სახურეობის ზონაში მყოფი თითოეული პაციენტის მომსახურებისათვის განსხვავებული თანხა დგინდება. რთული ფორმა ითვალისწინებს არამარტო პაციენტთა რაოდენობას, არამედ ისეთ პარამეტრებს, როგორიცაა ასაკი, სქესი, სოციალური სტატუსი, საცხოვრებლის ადგილმდებარეობა, ეთნიკური ფაქტორი, განათლების დონე, ინვალიდობა, ურბანიზაცია...

ცხრილი 1:

სულადობრივი მეთოდით ანაზღაურებისას გამოყენებული პარამეტრები

ქვეყანა	პარამეტრები
ავსტრალია	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, უსახლკარობა, სიკვდილიანობის დონე, განათლების დონე.
ბელგია	ასაკი, სქესი, უმუშევრობა, ინვალიდობა, სიკვდილიანობა, ურბანიზაცია
კანადა	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალური მდგომარეობა, ადგილის სიშორე
ფინეთი	ასაკი, ინვალიდობა, ადგილის სიშორე.
ინგლისი	ასაკი, სიკვდილიანობა, დაავადებიანობა, უმუშევრობა, მარტოხელა მოხუცი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი
შოტლანდია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა
უელსი	ასაკი, სქესი
საფრანგეთი	ასაკი
გერმანია	ასაკი, სქესი
ისრაელი	ასაკი
იტალია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა
ნიდერლანდები	ასაკი, სქესი, სოციალური/ინვალიდობის სტატუსი, ურბანიზაცია
ახალი ზელანდია	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალური სტატუსი
ნორვეგია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა, მარტოხელა მოხუცი, ქორწინების სტატუსი
შვეცია	ასაკი, მარტოხელა, დასაქმების სტატუსი, საცხოვრებელი პირობები, დიაგნოსტიკური ინფორმაცია.
შვეიცარია	ასაკი, სქესი, რეგიონი
ბრაზილია	ადგილმდებარეობა, შემოსავლის დონე
აშშ	ასაკი, სქესი, ინვალიდობა/ სოციალური სტატუსი, დიაგნოსტიკური ინფორმაცია

წყარო: Nigel Rice, Peter Smith, Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey, The University of York, Cenre for Health Economics, 1999. GV. 22-23

ცნობილი ფაქტია, რომ ბავშვები, მოხუცები, ან რეპროდუქციულ ასაკში მყოფი ქალები სამედიცინო დახმარებას უფრო

მეტჯერ მოითხოვენ, ვიდრე მოსახლეობის სხვა ჯგუფები, შესაბამისად მიზანშეწონილია მათზე შედარებით მაღალი სულადობრივი ანაზღაურების დადგენა.

დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში ღარიბ უბნებში განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებების დასაფინანსებლად გამოიყენება კაპიტაციური ანაზღაურების რთული სახე. ამ სამედიცინო დაწესებულებში მომუშავე პერსონალისთვის შედარებით მაღალი ხელფასია დადგენილი. ცხადია, ანაზღაურების ასეთი ფორმა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის უფრო აქტიურ მუშაობას მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებთან.

დიდ ბრიტანეთში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ორგანიზაციას უწევენ პჯდ რეგიონული ასოციაციები, რომელთაც პირველადი ჯანდაცვის ტრასტებს (Primary Care Trusts) უწოდებენ. აღნიშნული ჯგუფების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდიის გამოყენებით, რეგიონული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მეშვეობით. ექიმთა შემოსავლების 60% სულადობრივი მეთოდით ფინანსდება. თითო სულზე გამოყოფილი თანხა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, სქესზე, ხოლო ქვეყნის ზოგიერთ რეგიონში თითოეულ პაციენტზე დამატებითი სახსრებია გამოყოფილი. ასე მაგალითად, 1997 წელს 65 წლამდე ასაკის პაციენტებზე დადგენილი იყო 16,05 ფუნტი სტერლინგი, 65-დან 74 წლამდე ასაკის პაციენტებზე -21,2 ფუნტი სტერლინგი, 75 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებზე – 41 ფუნტი სტერლინგი. სოციალურად ღარიბ რაიონებში პაციენტზე გამოყოფილი დამატებითი თანხა შეადგენდა 6,45 ფუნტ სტრელინგს, მძიმე რაიონებში – 8,4 ფუნტ სტერლინგს, ხოლო უკიდურესად უმძიმეს რაიონებში 11,2 ფუნტი სტერლინგს. სულადობრივი ანაზღაურების ანალოგიურ, რთულ ფორმას იყენებენ ამერიკის შეერთებულ შტატებშიც (ჯანდაცვის მხარდამჭერი ორგანიზაცია – HMO).

ნიდერლანდებში სამედიცინო დახმარების პირველი დონის დასაფინანსებლად სადაზღვევო კომპანიები ცენტრალური ფონდიდან ღებულობენ რისკზე გათვლილ სულადობრივ ნორმატივს, რომელიც წარმოადგენს ერთ სულზე გათვლილ მოსალოდნელ დანახარჯებს იმ რისკის ჯგუფის ჩარჩოებში, რომელსაც ეკუთვნის დაზღვეული, გამოკლებული ფიქსირებული თანხა. ფიქსირებული თანხა წარმოადგენს ერთიდაიგივეს ყველა დაზღვეულისათვის და

შეადგენს თითო სულზე მოსალოდნელი საშუალო სავალდებულო სამედიცინო დანახარჯების დაახლოებით 10%-ს. დეფიციტი ივსება მინიმალური ფიქსირებული შენატანით, რომელსაც დაზღვეული უშუალოდ მის მიერ ამორჩეულ სადაზღვევო კომპანიაში იხდის.

ნიდერლანდებში 1993-1994 წლებში რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივის გამოსათვლელი ფორმულა დაფუძნებული იყო მხოლოდ ასაკზე და სქესზე. 1995 წელს რისკის ამ ორ მაჩვენებელს დაემატა „რეგიონი" და „შრომისუნარიანობა". მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ რისკის ყველაზე პერსპექტიულ მაჩვენებელს წარმოადგენს აგრეთვე დიაგნოსტიკური ინფორმაცია, რომელიც გვიჩვენებს წინათ გაწეულ სამედიცინო დახმარებას, ინვალიდობის დონეს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ქრონიკულ ავადმყოფობას.

1995 წელს ნიდერლანდების მთავრობამ შემოიღო ნაწილობრივი სულადობრივი ნორმატივი, რომლის მიხედვით სადაზღვევო ფონდები იღებენ პასუხისმგებლობას ფაქტიური და მოსალოდნელი დანახარჯებს შორის სხვაობის მხოლოდ 3%-ზე. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდებიდან ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი (კაპიტაციური) მეთოდით. სულადობრივი ანაზღაურების ზომა დგინდება სადაზღვევო ფონდების ასოციაციებისა და ექიმთა ასოციაციების ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე.

რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი დამზღვევებისათვის წარმოადგენს რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულს. ძირითად ტექნიკურ პრობლემას წარმოადგენს მის გასაანგარიშებლად ფორმულის სრულყოფა. მკვლევარების აზრით, რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი უნდა ითვალისწინებდეს დემოგრაფიულ მონაცემებს (ასაკი და სქესი), ეთნიკურ ფაქტორს, შრომისუნარიანობა/ინვალიდობის სტატუსს, გეოგრაფიულ მდებარეობას, (ურბანიზაცია, მოსახლეობის სიმჭიდროვე, ადგილის სიშორე, მაღალმთიანი რეგიონები,) დაავადებიანობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები, სოციალური ფაქტორები (შემოსავლის დონე, განათლება, უმუშევრობა...)

დადებითი მხარეებია:

კონკურენციის ზრდა. სულადობრივი დაფინანსების მეთოდის გამოყენებებისას ექიმი ცდილოს მაღალი ანაზღაურების მიღების

მიზნით გაზარდოს მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა. აღნიშნული განაპირობებს ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, რაც თავის მხრივ სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით ჩატარების სტიმულს იძლევა. ამ გარემოებას ხელს უწყობს დაზღვეულის უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი.

ხარჯების ზრდის შეკავება. დაფინანსება სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე არაა დამოკიდებული. სამედიცინო დაწესებულებას და პერსონალს არ გააჩნია დაუსაბუთებელი, პაციენტისათვის არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების გაწევის სტიმული, რაც მკვეთრად ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. მეთოდის გამოყენებისას დანახარჯები ადვილად პროგნოზირებადია.

ანგარიშსწორების სიმარტივე. სულადობრივი ანაზღაურებისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სიმარტივე. იგი არ მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშის დამუშავებას. შესაბამისად ნაკლებია საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები. სულადობრივი ანაზღაურება ნაკლებად მოითხოვს ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემების გამოყენებას. მკვეთრად მცირდება დიდი რაოდენობით საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის საჭიროება.

პრევენციული ღონისძიებების გააქტიურება. ექიმი დაინტერესებულია დროულად და ხარისხიანად განახორციელოს დაავადებათა პროფილაქტიკა; ვინაიდან მწვავე კონკურენტულ ბრძოლაში იგი ცდილოს დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ყველა წარმოჩენილი პრობლემა. რაც თავისთავდ უფრო გაადვილებულია ნაკლებად დასნებოვნებულ კონტიგენტში.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი. ექიმი დაინტერესებულია მასთან რეგისტრირებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობით. იგი ცდილობს ხანგრძლივი კონტაქტი იქონიოს ერთიდაიგივე პაციენტთან, უკეთესად გაერკვეს დაავადების მიმდინარეობაში, რათა უზრუნველყოს სათანადო სამედიცინო დახმარების გაწევა. ასევე დაზღვეული პირი დაინტერესებულია ისარგებლოს ერთი ექიმის მომსახურეობით და ურთიერთობა დაამყაროს იმ დაწესებულებასთან, სადაც მისი ავადმყოფობის ისტორია ინახება. მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ.

ექიმის, როგორც „მეკარიბჭის“ როლის გაძლიერება. ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ხანგრძლივი კონტაქტის გამო, პაციენტი ცდილობს მხოლოდ მისი რჩევის შემდეგ მიმართოს სპეციალისტს. ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა დანია, ირლანდია, იტალია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი, ფინეთი, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, სპეციალისტთან კონსულტაციის მისაღებად აუცილებელია ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვა.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, როგორც „მეკარიბჭე“, პაციენტისთვის შესაბამისი მომსახურების უზრუნველყოფასა და მკურნალობის კოორდინაციაზეა პასუხისმგებელი. იგი უზრუნველყოფს პირველი დონის სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია ან სამკურნალოდ სპეციალისტთან გაგზავნა მხოლოდ მისი მიმართვის საფუზველზე ხდება. მისი ამოცანებია:

- მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება პაციენტის სრული გამოკვლევის შემდეგ;
- კონტროლი ყველა აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე;
- კონტროლი არასავალდებულო სამკურნალო პროცედურებისა და მათთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებაზე.

უარყოფითი მხარეებია:

სამედიცინო დახმარების ხარისხი. რადგან ყველა რეგისტრირებულ პაციენტზე ექიმს გარანტირებული ფიქსირებული ანაზღაურება ეძლევა, მას უჩნდება უარყოფითი სტიმული, ხარჯების შემცირების მიზნით თავიდან მოიშოროს პაციენტი, გააგზავნოს სპეციალისთან, ან სტაციონარში სამკურნალოდ, შეამციროს პაციენტთან კონსულტაციის დრო, ჩასატარებელი გამოკველევების მოცულობა. აღნიშნული ნეგატიური სტიმული უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფაზე[1].

აღნიშნული პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს პაციენტისათვის სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლების მინიჭება. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტებს არ ჩაუტარებენ სათანადო ხარისხის სამედიცინო დახმარებას პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს სხვა სამედიცინო დაწესებულება.

1 Langenbrunner JC and Wiley MM (2002). “Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries,” Chapter 8 in McKee, M. and Healy, J., eds., Hospitals in a Changing Europe (Buckingham, UK: Open University Press, 2002).

ცხრილი 2:

სულადობრივი ანაზღაურების დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები	**უარყოფითი მხარეები**
ექიმი დაინტერესებულია პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებით, რადგანაც რაც უფრო ნაკლებად ავადმყოფობენ მათი პაციენტები, მით მეტი საშუალებები დარჩებათ, ამგვარად იზრდება პროფილაქტიკის, ავადობის ადრეული გამოვლენის ინტერესი	შესაძლებელია წარმოიშვას მომსახურების მოცულობის დაუსაბუთებელი შემცირების მცდელობა (ჰოსპიტალიზაციაზე უარი, კონსულტაციები და ა.შ.)
ექიმი დაინტერესებულია მომსახურების ყველა ეტაპზე რაციონალურად დახარჯოს ფინანსური საშუალებები	ამბულატორიული მომსახურების სტრუქტურის ღრმა ანალიზისათვის არ არის საკმარისი ეკონომიკური ინფორმაცია, საჭიროა დამატებითი სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება
ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები წინდაწინაა შეზღუდული, ხოლო საერთო ხარჯების კონტროლი ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ	მცირდება ექიმების აქტიურობა (დაფინანსება წინდაწინაა დადგენილი)
ამბულატორიულ მომსახურებაზე სადაზღვევო ორგანიზაციების ხარჯები მინიმალურია	

ამასთან, დამფინანსებელსაც აქვს უფლება სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხით გაწევის, ან განსაზღვრული სტანდარტის დარღვევის შემთხვევაში დაწესებულებასთან გაწყვიტოს ხელშეკრულება და მისთვის სასურველ სხვა დაწესებულებასთან გააფორმოს კონტრაქტი.

შესაძლებებელია აგრეთვე სულადობრივი ანაზღაურებისა და შესრულებული სამუშაოს მეთოდების კომბინირებული გამოყენება, რომელიც გულისხმობს მომსახურების პრიორიტეტულ სახეებზე (მაგ; პრევენციული ღონისძიებები) სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებას. ასე, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში, ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ანაზღაურება გარდა სულადობრივი მეთოდისა, ხორციელდება ფიქსირებული ხელფასის, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების და მიზნობრივი (იმუნიზაციის მაღალი დონის მისაღწევად) ანაზღაურების მეთოდებით. ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდები გამოიყენება ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: დანია, დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია, საბერძნეთი.

კონკურენციის ხელშემშლელი ფაქტორები. კონკურენციის ეფექტურად განხორციელებას ხელს უშლის ორი ფაქტორი: ერთი

მხრივ, პაციენტები ექიმს აფასებენ არა სამედიცინო დახმარების ხარისხის მიხედვით, არამედ ისეთი მარტივი კრიტერიუმებით, როგორიცაა: ექიმთან რიგების არსებობა ან ავადმყოფობის ფურცლის შედარებით იოლად გამოწერა. იგი დაკავშირებულია სამედიცინო ბაზარზე არსებულ ინფორმაციის სიმეტრიასთან, სადაც ექიმი გვევლინება აგენტის როლში, ხოლო პაციენტს დამოუკიდებლად არ შეუძლია გადაწყვიტოს თუ რა სახის სამედიცინო დახმარება სჭირდება და როგორ მიიღოს იგი.

მეორე მხრივ, თუ მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში ექიმებს შორის კონკურენცია მაღალია, ნაკლებად დასახლებულ სოფლის პირობებში იგი შედარებით დაბალია. სოფლად შესაძლებელია მხოლოდ ერთი ექიმი იყოს დასაქმებული, რაც ამცირებს კონკურენციას და შესაბამისად თავისუფალი არჩევანის პრინციპის განხორციელებას. აღნიშნული პრობლემა კიდევ უფრო ძლიერდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მსხვილ ჯგუფად გაერთიანების შემთხვევაში, რომელიც გარკვეულწილად ეფექტურ მონოპოლიურ კარტელს წარმაოდგენს და შესაბამისად ამცირებს პაციენტის მხრიდან არჩევანის შესაძლებლობას. ამ პრობლემის მოსაგვარებლად გამოიყენება მონიტორინგის ისეთი მექანიზმები, როგორიცაა: ექიმთა სამედიცინო აუდიტი, ლიცენზირება და აკრედიტაცია.

მაღალი რისკის პაციენტების თავიდან მოშორება. სულადობრივი ანაზრაურების ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოდგენს ის გარემოება, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ცდილობენ თავიდან მოიშორონ და მათთან არ დააზღვიონ მაღალი რისკის პაციენტები (მოხუცები, ქრონიკული ავადმყოფები...)

აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს სულადობრივი ანაზღაურების რთული ფორმის დანერგვა, რომელიც სამუშაოს გაზრდილი მოცულობისა და შესაბამისად მაღალი ხარჯების საკომპენსაციოდ ითვალისწინებს ისეთ რისკ ფაქტორებს, როგორიცაა: პაციენტის სქესი, ასაკი, სოციალური სტატუსი...

პრობლემის გადაწყვეტის სხვა გზას წარმოადგენს მაღალი რისკის პაციენტების გარკვეული დროით ექიმებში გადანაწილების სქემა. ექიმები შეთანხმდებიან, გარკვეული დროით ერთმანეთში გადაინაწილონ მარალი რისკის პაციენტები. მაგალითად, მაღალი რისკის პაციენტების პაციენტების ერთი ნაწილი ნახევარი წლით ერთ ექიმთანაა დარეგისტრირებული, შემდგომ ეტაპზე სხვა ექიმთან და ა. შ.

რისკის დაბალი პროგნოზირება. სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას რისკის პროგნოზირება დაბალია, რადგან დაზღვეულთა გარკვეულმა ნაწილმა შეიძლება საერთოდ არ ისარგებლოს მომსახურებით მოცემულ პერიოდში, მავე დროს, მაღალი რისკის პაციენტებს შესაძლებელია დროის იმავე პერიოდში რამდენჯერმე დასჭირდეთ ძვირადღირებული სამედიცინო დახმარება.

ზემოაღნიშნული უარყოფითი მხარეების აღმოსაფხვრელად შემდეგ მეთოდებს მიმართავენ:

- პაციენტების მიერ სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულების თავისუფალი არჩევანი:
- პაციენტთა მომსახურების სპეციალური სამსახური, სადაც მათ შეეძლებათ მიმართონ სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე კონტროლი;
- სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვაზე და სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე დაუსაბუთებელი უარის თქმის შემთხვევაში საჯარიმო სანქციების დაწესება.

მიზნობრივი ანაზღაურება

მიზნობრივი დაფინანსების (Target payment) მეთოდი გამოიყენება სამედიცინო დახმარების გარკვეული, სპეციფიკური სახეების (მაგ., იმუნიზაცია, პროფილაქტიკური შემოწმების ჩატარება და ა. შ.) დასაფინანსებლად. მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის დაფინანსების დამატებით მეთოდს.

მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდი უმთავრესად გამოიყენება დიდი მოცულობის სამედიცინო მომსახურების (მაგ., პროფილაქტიკური აცრების) ჩატარებისას. ექიმს სტიმული ეძლევა რაც შეიძლება მეტ პაციენტს ჩაუტაროს პროფილაქტიკური აცრები, რადგან მიზნობრივი დაფინანსების შემთხვევაში უფრო მეტ ანაზღაურებას მიიღებს.

მიზნობრივი მეთოდით ანაზღაურება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ზოგიერთი დაავადების სკრინინგისათვის (მაგ., საშვილოსნოს ყელის ან მკერდის ჯირკვლის კიბო).

დიდ ბრიტანეთში მიზნობრივი ანაზღაურების მეთოდის შემოღებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელება. ინფექციური დაავადებების საპროფილა-

ქტიკოდ მიზნობრივ ანაზღაურება გამოიყენებოდა მოსახლეობის 95 %-ის ვაქცინაციის ჩატარებისას.

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების თითოეული ერთეულის (შესრულებული პროცედურების, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობის) მიხედვით დაფინანსებას.

დადებითი მხარეებია:

ექიმი დაინტერესებულია პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რადგან ექიმი ცდილობს რაც შეიძლება მიმზიდველი გახდეს მის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარება. პაციენტს ფართო საშუალება ეძლევა აირჩიოს ექიმი, სტაციონარში მკურნალობისას მოითხოვოს დამატებითი მომსახურება (ცალკე პალატაში განთავსება, ტელევიზორი, ტელეფონი...).

ამგვარად, ექიმს სტიმული აქვს პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით და ხარისხით გაუწიოს სამედიცინო დახმარება. იმ ქვეყნებში, სადაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდია გავრცელებული, ექიმთან მიმართვიანობის მაღალი დონე შეინიშნება. ასე მაგალითად, შვეიცარიაში ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით ექიმთან მიმართვიანობა შეადგენს – 11-ს, გერმანიაში – 12,8-ს, საფრანგეთში – 6,3-ს.

უარყოფითი მხარეებია:

ხარჯების ზრდა. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი მნიშვნელოვნად ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს. იგი უმთავრესად გამოწვეულია სამედიცინო პერსონალის ფინანსური სტიმულით, შემოსავლების მომატების მიზნით გაზარდოს მომსახურების მოცულობა. ექიმები არ არიან დაინტერესებული ეფექტურად გამოიყენონ ფინანსური რესურსები.

აღნიშნულის გამო, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი ექიმებისათვის ყველაზე უფრო სასურველ მეთოდს წარმოადგენს. ამ მდგომარეობას ხელს უწყობს სამედიცინო ბაზარზე არსებული ინფორმაციის ასიმეტრია. პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობის გამო ექიმი განსაზღვრავს სამედიცინო დახ-

მარების მოთხოვნილებას. ამასთან საყურადღებოა, რომ ექიმის მხრიდან მორალური საფრთხე უფრო მეტად სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას შეინიშნება.

ექსპერტთა აზრით, იმ ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული მეთოდია გავრცელებული მნიშვნელოვნად მაღალია როგორც დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ასევე გამოწერილი მედიკამენტების რაოდენობა.

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც გამოიყენება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, წელიწადში საშუალოდ 11 %-ით იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები[1]. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, შედარებულ იქნა 18 შერჩეული პედიატრი, რომელთა ანაზღაურება ხორციელდებოდა ან შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, ან ფიქსირებული ხელფასით. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ ექიმებს რომელთა ანაზღაურება ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, აღენიშნებოდათ 22 %-ით მეტი ვიზიტების რაოდენობა, ვიდრე ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების შემთხვევაში.

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის საწყის ეტაპზე ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ასანაზღაურებლად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის დანერგვამ ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვანი ზრდა გამოიწვია. მეთოდის დანერგვისას არ იქნა გამოყენებული სამედიცინო დახმარების მოცულობის ზრდის შემაკავებელი ისეთი მექანიზმები, რაც დასავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებშია გავრცელებული.

ექსპერტთა აზრით, იმ ქვეყნებში, სადაც ქირურგების ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ხორციელდება, ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა ორჯერ აღემატება იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც ქირურგები ფიქსირებულ ხელფასს ღებულობენ. მკვლევარების ერთმანეთს შეადარეს კანადაში და დიდ ბრიტანეთში ქირურგიული სამედიცინო დახმარებაზე გაწეული ხარჯები. დიდ ბრიტანეთთან შედარებით ქირურგიულ ოპერაციათა მაღალი სიხშირე კანადაში და აშშ-ში განპირობებული იყო არამარტო დაავადებათა გავრცელების სხვადასხვაობით

1 Gerdtham, U.G., Søgaard, J., et al., 1992. A pooled cross section analysis of the health care expenditures of the OECD countries. In P. Zweifel & H. E. Frech, eds. Health Economics Worldwide. Boston: Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, The Netherlands, pp. 287-310.

აღნიშნულ ქვეყნებში, ან განსხვავებული სამედიცინო ტექნოლოგიების არსებობისა და გამოყენების გამო, არამედ კანადაში და აშშ-ში თითოეულ შემთხვევაზე დაფუძნებული ანაზღაურების მეთოდის არსებობით.

ექიმებმა პაციენტებს შეიძლება გაუწიონ არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას ექიმებს შეიძლება გაუჩნდეთ ნეგატიური სტიმული, მოახდინონ დადგენილი პრეისკურანტის გარკვეული მანიპულირება. სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთი სახე მათთვის უფრო შემოსავლიანი ხდება. ასე მაგალითად, ბრაზილიაში, სადაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდია გავრცელებული, მკვეთრად გაიზარდა საკეისრო კვეთების რაოდენობა.

მოთხოვნილების პროვიცირების ერთ-ერთ გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენს ექიმის მიერ პაციენტისათვის დაუსაბუთებლად განმეორებითი ვიზიტის დანიშვნა. გერმანია ექიმთან მიმართვიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება. გერმანელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი კვირაში საშუალოდ 220 ვიზიტს ახორციელებს (მათგან 35 ბინაზეა). დღეში ექიმი საშუალოდ 44 პაციენტს ნახულობს (37 ოფისში და 7 ბინაზე), წლიურად კი ერთ პაციენტზე 10-12 კონსულტაცია ტარდება. იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ყოველი პაციენტის ვიზიტი ექიმის შემოსავალს საშუალოდ 50-70 მარკით ზრდის. ამის გამო, გერმანიაში სადაზღვევო კომპანიების მიერ ყოველწლიურად 5-7 მილიარდი მარკა იხარჯება უსაფუძვლოდ. აქვე აღსანიშნავია, პროფესიული ასოციაციების როლი, რომლებიც აქტიურ წინააღმდეგობას უწევენ ექიმის შრომის ანაზღაურების წესის შეცვლას.

ექიმს არ აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმული, პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება. აღნიშნული მეთოდის გამოყენებისას უფრო მეტი ყურადღება ექცევა პაციენტის მკურნალობას ვიდრე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებას. იგი გამოწვეულია ექიმის მცირე ეკონომიკური სტიმულით, ჰყავდეს ჯანმრთელი პაციენტი, რადგან მისი ყოველი ვიზიტი და სადიაგნოსტიკო სამკურნალო ღონისძიება ექიმს დამატებითი შემოსავლის მიღების საშუალებას აძლევს.

არ არის ეკონომიკური კავშირი სამედიცინო მომსახურების სხვა ეტაპებთან. მცირდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მაკოორდინირე-

ბელი, როგორც „მეკარიბჭის“ ფუნქცია. იგი ნაკლებადაა დაინტერესებული რაციონალურად აირჩიოს მკურნალობის შემდგომი ეტაპები და ამ ეტაპებზე მეთვალყურეობა გაუწიოს პაციენტს, შეაფასოს სხვა ექიმების მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

ანგარიშსწორების სირთულე. აღნიშნული მეთოდისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სირთულე. იგი მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშსწორების დამუშავებას. შესაბამისად იზრდება საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები. მეთოდის დანერგვა მოითხოვს ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემების გამოყენებას, ცენტრალიზებულ მონაცემთა ბაზის ჩამოყალიბებას, რაც აუცილებელია გათვლების საწარმოებლად. მკვეთრად იზრდება დიდი რაოდენობით საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის საჭიროება.

მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მაღალია ადმინისტრაციული ხარჯები, ვინაიდან იგი ძვირადღირებული ეკონომიკური კონტროლის (მიწერების გამოვლენა, საავადმყოფოში მიმართვის ადექვატურობის შესწავლა და ა. შ.) სისტემის შექმნას მოითხოვს.

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურება წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის საერთო და არა კონკრეტული სამუშაოების შესრულებისათვის ფიქსირებულ დაფინანსებას დროის შეთანხმებული პერიოდის განმავლობაში. ფიქსირებული ანაზღაურებისას ექიმის შემოსავალი დამოკიდებული არ არის გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე. ხელფასის ზომას ადგენს დამფინანსებელი მხარე, ზოგ ქვეყნებში იგი შეთანხმებულია პროფკავშირებთან, ექიმთა ასოციაციებთან. ხელფასის ზომა შეიძლება დამოკიდებული იყოს პერსონალის ასაკზე, სპეციალობასა და გამოცდილებაზე, ან არ ითვალისწინებდეს აღნიშნულ კრიტერიუმებს (საერთოეროვნული თანრიგობრივი ხელფასი).

სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულება იდება სრული ან არასრული დროით. არასრული დროით დადებული ხელშეკრულება ექიმს საშუალებას აძლევს დამატებით სხვა სამუშაოები ჩაატაროს (მაგ., კერძო კონსულტაციები). ხელშეკრულება შეიძლება განახლდეს პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს მრავალმხრივი შეფასების საფუძველზე. ხელშეკრულებაში ზო-

გჯერ ითვალისწინებენ პერსონალის დამატებითი ანაზღაურების სახით წახალისებას (მაგალითად, ვაქცინაციის მაღალი მოცვის მიღწევისას). შესაძლებელია პერსონალის სტიმულირება დამატებითი შვებულებისა და სატრანსპორტო შეღავათების სახით, ან დამატებითი წახალისება ისეთი სამუშაოების ჩატარებისათვის, როგორიცაა: სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა, სამეცნიერო კონფერენციებზე მონაწილეობა საზღვარგარეთ.

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მრავალი ქვეყნის როგორც საავადმყოფოს, ასევე ამბულატორიულ დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალის შრომის ასანაზღაურებლად (ფინეთი, შვეცია, პორტუგალია, საბერძნეთი, ესპანეთი, თურქეთი, ისრაელი, აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები).

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო პერსონალის შემოსავლებს შორის მცირე განსხვავება აღინიშნებოდა, რაც მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ნაკლებ შესაძლებლობას იძლეოდა. ამასთან, საბჭოთა სისტემა ფართოდ იყენებდა ზოგიერთი სახის წამახალისებელ საშუალებებს: მედლები, ბინით უზრუნველყოფა, სასწავლო ტურები საზღვარგარეთ. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ასეთი წამახალისებელი საშუალებები გაუქმდა და მცირე ხელფასის საკომპენსაციოდ ექიმები ეწევიან არაოფიციალურ, კერძო პრაქტიკას.

აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს შრომის ანაზღაურების არსებული წესი, არც კანონმდებლობა და არც მოსახლეობის თვითშეგნება არ იძლევა სათანადო კონტროლის დაწესების საშუალებას. აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არალეგალური შემოსავლების მიღებას. ექსპერტთა შეფასებით, იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ხელფასი დაბალია, არალეგალური ანაზღაურება გაცილებით აღემატება კანონით დადგენილ ანაზღაურებას. არსებული სიტუაცია გამოხატულ გავლენას ახდენს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისადმი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის პრინციპის განხორციელებაზე.

აღნიშნულის გამო, მნიშვნელობა ენიჭება პერსონალის ანაზღაურების დონეს. თუ ექიმს შეუძლია არალეგალური შემოსავლების ხარჯზე გააორმაგოს ხელშეკრულებით განსაზღვრული

ხელფასი, მაშინ გარკვეული მიზნის მისაღწევად (მაგ., ვაქცინაციის მაღალი მოცვის მიღწევა) გამოყოფილი მცირე ოფიციალური დამატებითი ანაზღაურება მისთვის აღარ იქნება მიმზიდველი. ასე მაგალითად, ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პერიოდში, ექიმებისათვის ზოგადი პრაქტიკის ექიმი-ფონდის მესაკუთრედ გახდომის ყველაზე დამაჯერებელ მოტივს წარმოადგენდა არა სულადობრივი დაფინანსება, არამედ დამატებითი წახალისების მნიშვნელოვნად გაზრდა. აღსანიშნავია, რომ დიდ ბრიტანეთში, პერსონალის მუშაობის სტიმულირების მიზნით, იყენებენ დამატებით წამახალისებელ ანაზღაურებას, რომელიც მერყეობს 790 ფუნტი სტერლინგიდან 20 550 ფუნტ სტერლინგამდე წელიწადში.

ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდის ეფექტურობის გაზრდის თვალსაზრისით, ზოგიერთ ქვეყნებში შემოღებულია დაფინანსების რამდენიმე მეთოდის კომბინაცია. მაგალითად, ნორვეგიაში ექიმის შემოსავლების 35 %-ს ფიქსირებული ხელფასი შეადგენს, ხოლო დანარჩენი 65 %-ის ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ხორციელდება.

დადებითი მხარეები:

- ჯანდაცვის სისტემის ადვილი დაგეგმარება და სტაბილურობა, რადგანაც სამედიცინო დახმარების ხარჯები წინასწარ განსაზღვრულია;
- ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების გამო, ექიმი არ არის დაინტერესებული არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების განხორციელებით;
- დაბალია ადმინისტრაციული და საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები;
- ადვილია სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მუშაობის მონიტორინგი;
- ხელს უწყობს პერსონალის გადანაწილებას ცენტრისაგან მოშორებულ რეგიონებში, რაიონებში, ან სოფლებში;
- იზრდება სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

უარყოფითი მხარეები:

- ექიმებს შორის კონკურენციის დაბალი დონე;
- დაბალია სამედიცინო დახმარების ხარისხი, რადგან ექიმის

ანაზღაურება მცირედაა დამოკიდებული მის კვალიფიციურობაზე;

- ექიმი ნაკლებადაა დაინტერესებული იმუშაოს მაქსიმალური დატვირთვით. იგი თავიდან იშორებს მძიმე ავადმყოფებს და საავადმყოფოში ან სხვა განყოფილებებში აგზავნის სამკურნალოდ, რაც მნიშვნელოვნად აძვირებს სამედიცინო დახმარების ღირებულებას;
- მეთოდი სტიმულს აძლევს სამედიცინო დაწესებულებას ბიუროკრატიული აპარატის ზრდას, ფორმალიზმს, მოუქნელობას და ამით აიძულებს დამფინანსებელს გაზარდოს საბიუჯეტო ხარჯები;
- თუ ანაზღაურების ზომა დაბალია, ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არალეგალური შემოსავლების მიღებას.

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ესტონეთის გამოცდილება

ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად რეფორმების შედეგად შემუშავებულ იქნა ოჯახის ექიმზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოდელი. ოჯახის ექიმს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან აქვს დადებული ხელშეკრულება, ოჯახის ექიმი ჯანდაცვის სისტემაში მეკარიბჭეს ჭარმოადგენს, სპეციალისტებთან კონსულტაცია მხოლოდ მისი მიმართვის შემდეგაა შესაძლებელი. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში (ოფთალმოლოგთან, დერმატო-ვენეროლოგთან, გინეკოლოგთან, ფსიქიატრთან, ფთიზიატრთან, სტომატოლოგთან და ტრავმის დროს ქირურგთან ვიზიტები) იგი არ ატარებს სავალდებულო ხასიათს. ოჯახის ექიმებმა რომ არ გაართულონ პაციენტის სპეციალისტებთან მიმართვიანობის პროცესი, საავადმყოფოს სალარო ცალკე აფინანსებს სპეციალისტებთან ვიზიტებს.

დადგინდა ერთ ოჯახის ექიმთან რეგისტრაციისათვის საჭირო მოსახლეობის რაოდენობა. იგი შეადგენდა 1500 – 2300 მოსახლეს ერთ ოჯახის ექიმთან, გამონაკლისს წარმოადგენდნენ შორეული რაიონები და მცირე კუნძულები. გამოთვლილ იქნა, რომ ქვეყნის მასტაბით პირველადი სამედიცინო მომსახურებისათვის საკმარისი იყო 808 ოჯახის ექიმი.

ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხორციელდება შერეული მეთოდით, რომელიც მოიცავს დაფინანსების შემდეგ მეთოდებს:

- ყოველთვიური სულადობრივი ანაზღაურება თითოეული დარეგისტრირებული პირისათვის, რომელიც ფარავს მომსახურების უმრავლეს სახეს;
- შესრულებელი სამუშაოს მიხედვით ანაზრაურება;
- ფიქსირებული ყოველთვიური დაფინანსება ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის (მოწყობილობები);
- ყოველთვიური დანამატები (ოჯახის ექიმის განათლების დონის ამაღლებისათვის საჭირო ხარჯები, გეოგრაფიულად მოშორებულ რაიონებში მომუშავე ოჯახის ექიმებისათვის დამატებითი ანაზღაურება).

ცხრილი 3

ოჯახის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურება ესტონეთში

დაფინანსების მეთოდი		2001 EUR	2002 EUR	2003 EUR
ყოველთვიური სულადობრივი ანაზღაურება თითოეული დარეგისტრირებული პირისათვის	0-2 wl	1,33	1,53	1,76
	2-70 წლ	1,06	1,22	1,35
	70 წელს ზევით	1,2	1,37	1,57
სერვისების მიხედვით (მაქსიმუმ სულადობრივი ანაზღაურების %		18 %	18,4 %	18,4 %
ფიქსირებული ყოველთვიური თანხა ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის (მოწყობილობები)		319,6	338,1	338,1
ყოველთვიური დანამატები	სამედიცინო დაწესებულებიდან 20-40 კმ-ის მოშორებით	44,7	44,7	44,7
	სამედიცინო დაწესებულებიდან 40 კმ-ზე მეტი მოშორებით	89,5	89,5	89,5
	ოჯახის ექიმის განათლების დონის ამაღლებისათვის საჭირო ხარჯები	63,9	63,9	63,9

1998 წლამდე სულადობრივი ანაზღაურების მარტივი ფორმა იყო გავრცელებული, ანუ იგი ერთნაირი იყო მთელი ქვეყნის მასშტაბით, 1998 წლიდან შემოღებულ იქნა რთული ფორმა, რომელიც ითვალისწინებდა დაფინანსების დიფერენცირებას ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (0-დან 2 წლამდე; 2-70 წლამ-

დე; 70 წელს ზევით). დამატებითი მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით, რომელიც ლიმიტირებულია და შეადგენს მაქსიმალური სულადობრივი ანაზღაურების 18,4 %-ს. ოჯახის ექიმების კავშირისა და სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების შეთანხმებით წინდაწინაა დადგენილი დამატებითი მომსახურების ჩამონათვალი (პრეისკურანტი). გარდა ამისა ექიმებს ეძლევათ ყოველთვიური დანამატი სამედიცინო დაწესებულებიდან გეოგრაფიულად მოშორებულ ადგილებში მუშაობისათვის, განათლების დონის ამაღლებისათვის, მუშაობის წარმოებისათვის საჭირო ფიქსირებული თანხა. ამგვარად, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი, რადგან დამატებითი მომსახურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ფინანსდება. ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, ხანდაზმული ასაკის პირთა მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების რისკი კომპენსირებულია სულადობრივი დაფინანსების რთული ფორმის დაწესებით, რომელიც დიფერენცირებულია ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, წახალისებულია სოფლად მუშაობა.

სპეციალიზებულ ამბულატორიულ მომსახურებას უწევენ პოლიკლინიკები და სამედიცინო ცენტრები, საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილებები და დამოუკიდებელი ექიმი-სპეციალისტები. დამოუკიდებელ ექიმი-სპეციალისტებს ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან და ანაზღაურებას ღებულობენ სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით. ხელფასის საერთო დონე ლიმიტირებულია ხელშეკრულებით.

საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ერთ-ერთ ყველაზე დიდ პრობლემაა ხარჯების მართვა. ყოველ წელს შეინიშნება სახელმწიფოს მიერ პროგრამით დაგეგმილზე მეტი თანხების ხარჯვა. გადახარჯვის უმთავრესი მიზეზია ექიმების და სამედიცინო დაწესებულებების უარყოფითი მოტივაცია შემოსავლების მაქსიმალურად მიღების მიზნით გაზარდონ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა (მაგ., პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის გასამართლებლად დაამძიმონ შემთხვევის სირთულე, საჭიროზე მეტ ხანს დააყოვნონ პაციენტი საავადმყოფოში, დაუნიშნონ ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები). აღნიშნული ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით გაწევის პოტენციურ პირობებს, რაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს[1].

ამ მხრივ, საინტერესოა, რას გულისხმობს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი, რა მექანიზმები გააჩნია მას ხარჯების შესაკავებლად, როგორია მსოფლიო გამოცდილება და რამდენად შესაძლებელია მისი დანერგვა საქართველოში?

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდის დროს დამფინანსებლის (სახელმწიფო, ან სადაზღვევო კომპანია) მიერ წინასწარ დგინდება საავადმყოფოს ასანაზღაურებელი ხარჯების საერთო მოცულობა. შესაბამისად, იგი პროსპექტული დაფინანსების მეთოდია.

გლობალური ბიუჯეტის სამედიცინო დაწესებულებისათვის შემუშავების ორი მიდგომა არსებობს: ინფრასტრუქტურის მიხედვით და ისტორიული მონაცემების მიხედვით.

ინფრასტრუქტურის მიხედვით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტი ფართოდ გამოიყენებოდა საბჭოთა კავშირში. ამ შემთხვევაში ბიუჯეტის ფორმირება ხორციელდება მუხლობრივი ხარჯების მიხედვით (ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება). იგი დამოკიდებული იყო საავადმყოფოს სიმძლავრეზე, პერსონალის რაოდენობაზე და საწოლთა ფონდზე.

დაფინანსების ასეთი მეთოდის უარყოფითი მხარეა რესურსების

1 თ. ვერულავა. არის თუ არა სამედიცინო ბაზარი ჩვეულებრივი ბაზარი? პროექტი „სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020 – სამოქალაქო საზოგადოების ჩართულობის გაძლიერება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი. 19.02.2016

მართვისა და დაგეგმარების მოუქნელობა. დანახარჯის თითოეული მუხლის მკაცრად განსაზღვრის გამო, საავადმყოფოს არ ჰქონდა უფლება ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების სახეებს შორის მოეხდინა რესურსების გადანაწილება. ამავე დროს, ერთმანეთისაგან არ იყო გამოყოფილი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი (სამედიცინო დაწესებულება) და დამფინანსებელი, ისინი ერთმანეთთან იყვნენ ინტეგრირებული. დაფინანსების გაზრდის მიზნით სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებული იყო გაეზარდა პერსონალის რაოდენობა და საწოლების რაოდენობა, რაც ამცირებდა სამედიცინო დახმარების ხარისხს. იმის გათვალისწინებით, რომ საბჭოთა კავშირში სამედიცინო ორგანიზაციების დაფინანსების საკითხებს ძირითადად საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტრო წყვეტდა, მთავარი ექიმები ჩადიოდნენ მოსკოვში, არაფორმალურ ურთიერთობებს ამყარებდნენ შესაბამის პირებთან და არაიშვიათად სათანადო ძღვენის (კონიაკები, ღვინო...) მირთმევის გზით ცდილობდნენ გაეზარდათ საავადმყოფოს სიმძლავრე.

ისტორიული მონაცემების მიხედვით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტი დამოკიდებულია წინა წლებში სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობაზე.

- ყოველი ფინანსური წლის ბოლოს დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო ორგანიზაციას შორის ხდება მომავალი წლის ბიუჯეტის შესახებ შეთანხმება. ხელშეკრულების დადების შემდეგ დანფინანსებელი მხარე ატარებს საავადმყოფოს მონიტორინგს, ახდენს მის მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების შეფასებას.
- გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის დადებითი მხარეებია:
- საავადმყოფოსთან ანგარიშსწორების სიმარტივე. ადვილია საქმის წარმოება, მხოლოდ ფინანსური წლის დასაწყისი წარმოადგენს სირთულეს, რადგან სწორედ ამ პერიოდში მიმდინარეობს გლობალური ბიუჯეტის დადგენა;
- რადგან დამფინანსებელი სამედიცინო ორგანიზაციას ანაზღაურებს წინდაწინ ან ფინანსური წლის დასაწყისში ან ყოველკვარტალურად, მნიშვნელოვნად მცირდება დაწესებულების მიერ შესრულებულ სამუშაოსა და დამფინანსებლის ანაზღაურებას შორის დაყოვნების ხანგრძლივობა;
- დამფინანსებელს დანახარჯებზე კონტროლის ძლიერი

ბერკეტები გააჩნია, რაც ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს, ზრდის რესურსების დაზოგვის სტიმულს;

- სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ხარჯები პროგნოზირებადია, შეზღუდული დაფინანსების გამო საავადმყოფო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის გაზრდით არ არის დაინტერესებული;
- იზრდება როგორც დამზღვევის ასევე სამედიცინო დაწესებულების ეკონომიკური აქტიურობა. ორივე მხარე, სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და ტარიფების შეთანხმების პროცესში, ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლიანობის ანალიზის ჩატარებისას, შესასრულებელი სამუშაოს სტრუქტურას ისეთი სახით გეგმავენ, რომ უზრუნველყონ ძვრადღირებული რესურსების ეფექტური გამოყენება;
- გლობალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესში ჩართულია სამედიცინო პერსონალი. ისინი მონაწილეობენ შესასრულებელი სამუშაოს სტრუქტურისა და მოცულობის დაგეგმარებაში. აღნიშნული ზრდის სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის დონეს დაგეგმილი სამუშაოების ჩატარებისას. მათ მიერ კლინიკური ხასიათის გადაწყვეტილებების მიღებისას უმრავლეს შემთხვევაში გათვალისწინებული იქნება სამედიცინო დახმარების ხარჯები;
- გლობალური ბიუჯეტი ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურულ ცვლილებებს;
- სამედიცინო დაწესებულების მმართველობითი დამოუკიდებლობა და ეკონომიკური მოტივაცია ხელს უწყობს მკურნალობის დაბალხარჯვიანი მეთოდების დანერგვას, პაციენტთა ნაკადის რეგულირებას.
- იქმნება სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და მისი ღირებულების ბალანსირების შესაძლებლობა. თუ გამიზნულია მოცულობის გაზრდა, მაშინ შესაბამისად შემცირდება თითოეული დახმარების ღირებულება და პირიქით, მოცულობის შემცირება შესაძლებლობას იძლევა გაიზარდოს ჰოსპიტალიზაციის თითოეული შემთხვევის ღირებულება;
- მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს პაციენტის კმაყოფილების დონის ამაღლებას, რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების პირობებში

სამედიცინო დაწესებულება ფინანსდება ავანსის სახით (წინასწარ), რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს მედიკამენტებით და სხვა აუცილებელი სამედიცინო მოხმარების საგნებით სამედიცინო დაწესებულების დროულ უზრუნველყოფას.

გლობალური ბიუჯეტის დადგენა რამოდენიმე ეტაპებისაგან შედგება.

გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლისათვის ***პირველ ეტაპზე ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულების სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი.*** ამისათვის ძირითადად სამედიცინო დაწესებულების მიერ წინა წელს (ან უკანასკნელი ორი-სამი წლის) შესრულებული სამუშაოს სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი კეთდება. მონაცემების შესწავლა ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულების თითოეული განყოფილების დონეზე. ძირითადად შემდეგი სახის სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი კეთდება: არსებულ საწოლთა რაოდენობა, გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობა, ნამკურნალევ ავადმყოფთა რაოდენობა, მკურნალობის ხანგრძლივობა, საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი.

სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ ტარდება მისი ანალიზი. კერძოდ განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა შემდეგ გარემოებებს: დაავადებათა სტრუქტურის შესწავლა სიმძიმის ხარისხის მიხედვით, ყველაზე ხშირად გამოყენებული ნოზოლოგიები, დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, სტაციონარული მკურნალობის გახანგრძლივებული შემთხვევები, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, რომლებიც სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხით გაწევითაა განპირობებული.

გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლისათვის ***მეორე ეტაპზე ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური მაჩვენებლების ანალიზი*** თითოეული განყოფილების დონეზე. ძირითადად შემდეგი სახის ფინანსური მონაცემების ანალიზი კეთდება: სამედიცინო დაწესებულების შემოსავალი, სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეული დანახარჯი, შემოსავლებსა და ფაქტიურ დანახარჯებს შორის სხვაობის, აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებისათვის დადგენილ გლობალურ ბიუჯეტსა და ფაქიურად გაწეულ დანახარჯებს შორის სხვაობის მიზეზების დადგენა.

საავადმყოფოს ოპტიმალური მოცულობის დასადგენად ხდება ჰოსპიტალიზაციის თითოეული შემთხვევის შესწავლა. ამ მიზნით,

ხდება ამბულატორიული ექიმის მიერ სტაციონარული მიმართვების განხილვა, რომელშიც ყურადღება ექცევა ისეთი ნოზოლოგიების გამოვლენას, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელია ჩატარებულიყო ამბულატორიულ პირობებში. ასევე ხდება სტაციონარში ოჯახის ექიმის უმომართვოდ, ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით მოხვედრილ პაციენტთა შესწავლა. ამ მონაცემებით გამოვლინდება ამბულატორიულ დონეზე არსებული სუსტი მხარეები, ჩნდება დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის შემცირების შესაძლებლობა, აგრეთვე ისეთი საორგანიზაციო-ეკონომიკური ცვლილებების გატარების საჭიროება, რომელიც სტიმულს მისცემს სტაციონარული მკურნალობის სანაცვლოდ, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დონეზე გაიზარდოს ექიმთან მიმართვიანობა.

ასეთ საორგანიზაციო-ეკონომიკურ ცვლილებას განეკუთვნება დაწესებულების დაინტერესება გადავიდეს სამედიცინო დახმარების მრავალდონიან (მრავალეტაპიან) სისტემაზე, დღის სტაციონარებისა და ამბულატორიული განყოფილებების შექმნის გზით. სამედიცინო ორგანიზაციას ეფექტურობის გაზრდის მიზნით მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში შეუძლია სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მოცულობის შემცირება.

როდესაც დამფინანსებლის მხრიდან არსებობს საავადმყოფოს ეფექტურობის გაზრდის სტიმულირების სურვილი, ჩნდება დღის სტაციონარების და ამბულატორიული განყოფილებების შექმნის მოტივაცია. ასეთი სტიმულის არსებობისას, საავადმყოფო ცდილობს დაავადებათა შედარებით მსუბუქი ფორმების მკურნალობა ამბულატორიულ ან დღის სტაციონარებში ჩააატაროს.

დამფინანსებელმა მხარემ ხელი უნდა შეუწყოს საავადმყოფოს მიერ რესურსების ეკონომიურად გამოყენების მოტივაციას. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია, მთავარი აქცენტის გაკეთება არა დამფინანსებლის მხრიდან ხარჯების უსაფუძვლო შემცირებაზე, არამედ ეფექტურობის გაზრდაზე. არასწორად დადგენილი, ხელოვნურად შემცირებული ლიმიტირების შემთხვევაში საავადმყოფოს არ ექნება ბიუჯეტის ეფექტურად გამოყენების ეკონომიკური სტიმული. დამფინანსებელმა მიზანშეწონილია აანალიზაროს სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მთლიანი ღირებულება (და არა შემცირებული ტარიფები), მიუხედავად სამედიცინო დახმარების გაწევის დონისა (მაგ., დღის სტაციონარი). სამედიცინო დაწესებულებას

უნდა მიენიჭოს უფლება, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების შემცირებით მიღებული ეკონომია გამოიყენოს როგორც დღის სტაციონარების, ან ამბულატორიული დახმარებისათვის, ასევე დაავადებათა უფრო რთული შემთხვევების დასაფინანსებლად (ამით იზრდება მედიკამენტების უფრო სრულყოფილად გამოყენების შესაძლებლობა, შესაბამისად, მატულობს იმ სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, რომელიც მძიმე ავადმყოფების მკურნალობითაა დაკავებული). მიზანშეწონილია აგრეთვე, დამფინანსებელმა დღის სტაციონარის ტარიფები შეამციროს მხოლოდ გარკვეული წლების შემდგომ, როდესაც გლობალური ბიუჯეტის დანერგვა სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრის მნიშვნელოვან ცვლილებებს გამოიწვევს. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის შემცირებით მიღებული ეკონომიის საავადმყოფოსათვის თავისი ნებით გამოყენების უფლების მინიჭება.

რადგან გლობალური ბიუჯეტი ფიქსირებულია და იგი შესრულებულ სამუშაოზე არ არის დამოკიდებული, სამედიცინო დაწესებულებას შეიძლება გაუჩნდეს უარყოფითი სტიმული, შეამციროს დაავადების სამკურნალოდ საჭირო სამედიცინო პროცედურების რაოდენობა, უმკურნალოს მხოლოდ საშუალო სიმძიმის პაციენტებს და თავიდან მოიშოროს დაავადებათა მძიმე შემთხვევები, ან ხარჯების შეკავების და შესაბამისად მოგების მაქსიმიზაციის მიზნით, მინიმალური ხარჯებით ჩაატაროს სამედიცინო მომსახურება. ზემოაღნიშნულის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდება სამედიცინო დახმარების ხარისხი. ამის აღმოსაფხვრელად, გლობალური ბიუჯეტის დადგენისას, მხარეებს შორის ხელშეკრულების დადებისას ითვალისწინებენ სამედიცინო დახმარების ხარისხის მაჩვენებლებს (საწოლთა საშუალო დატვირთვა, საწოლთა ბრუნვის კოეფიციენტი, სტაციონარში საშუალო დაყოვნების ხანგრძლივობა).

ჯანდაცვის სერვისების მოცულობის ზუსტად პროგნოზირება შეუძლებელია. ამიტომ საავადმყოფოს ფაქტიურმა ხარჯებმა შესაძლოა გადააჭარბოს წინასწარ დადგენილ გლობალურ ბიუჯეტს, ან პირიქით, ნაკლები შეადგინოს. ასეთ შემთხვევებში, ხელშეკრულებაში მკაფიოდ უნდა იქნეს დადგენილი, ვინ იღებს პასუხისმგებლობას ბიუჯეტური თანხების გადაჭარბების, ან არასრული ხარჯვის შემთხვევაში. ამ დროს ადგენენ ე. წ. „რისკის დერეფანს“, ანუ ფაქტიური მოცულობის გეგმიურიდან შესაძლო გადახრას. მაგალითად,

როდესაც დაგეგმილია 100 შემთხვევის ანაზღაურება და „რისკის დერეფანი“ 5 %-ს შეადგენს, 105 და 95 შემთხვევა დაფინანსდება როგორც 100 შემთხვევა. 106 შემთხვევა ანაზღაურდება შედარებით დაბალი ფასით, ხოლო 94 შემთხვევის დროს საავადმყოფო არ მიიღებს ერთი შემთხვევის დაფინანსებას. ურთიერთმოლაპარაკების საფუძველზე დგინდება ბიუჯეტს ზევით დაფინანსების ზღვარი. მაგალითად, გერმანიაში დაგეგმილზე ნაკლებით შესრულების შემთხვევაში საავადმყოფო მაინც ღებულობს დაფინანსებას, მხოლოდ ტარიფის 25 %-ით ნაკლებს. მისი გადაჭარბებისას კი მისი ღირებულების მხოლოდ 75 % ანაზღაურდება.

საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გასათვლელად იყენებენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების მეთოდს. ამ დროს თითოეული დაავადებების (დიაგნოზით მსგავსი) ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე დგინდება თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის ღირებულება. დაავადებათა ტარიფები შესაძლებელია იყოს ყველა საავადმყოფოსათვის ერთიანი (უნიფიცირებული) ან სხვადასხვა დონის საავადმყოფოებისათვის დადგინდეს სხვადასხვა (ინდივიდუალური) ტარიფები.

ინდივიდუალური ტარიფების შემთხვევაში დამფინანსებელს აქვს სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის უფრო მეტი შესაძლებლობა. ინდივიდუალური და ერთიანი ტარიფების დადგენისას მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის გათვალისწინება. საკონკურსო შერჩევის პარამეტრებს უნდა წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ხარისხი.

კონკურენციის არარსებობის პირობებში ინდივიდუალური ტარიფები ეკონომიკური არაეფექტურობით ხასიათდება, რადგან დამფინანსებელი იძულებულია სამედიცინო დახმარება დააფინანსოს სამედიცინო დაწესებულების მიერ ინდივიდუალურად დადგენილი ტარიფების მიხედვით. ამასთან მხედველობაშია მისაღები, რომ სამედიცინო დახმარების მაღალი თვითღირებულება შეიძლება განპირობებული იყოს სამედიცინო პერსონალის სიჭარბით, შენობა-ნაგებობების და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მოწყობილობების არაეფექტური გამოყენებით. აქედან გამომდინარე, ინდივიდუალური ტარიფები უფრო მიზანშეწონილია სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის არსებობის შემთხვევაში განისაზღვროს. კონკურენციის არარსებობის დროს კი ერთიანი,

უნიფიცირებული ტარიფები უნდა იქნეს შემოღებული.

დამფინანსებელი კონკურსის საფუძველზე სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ახდენს იმ საავადმყოფოების შერჩევას, რომლებიც დადგენილი ბიუჯეტის ფარგლებში გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფენ სათანადო ხარისხით.

გლობალურ ბიუჯეტს ხარჯების შეკავების თვალსაზრისით ბევრი დადებითი მხარე გააჩნია. კერძოდ, რადგან ბიუჯეტი წინასწარ განსაზღვრული და ლიმიტირებულია, ადვილია ხარჯების პროგნოზირებადობა. გარდა ამისა, დამფინანსებელს საავადმყოფოს დანახარჯებზე კონტროლის ძლიერი ბერკეტები გააჩნია. თავის მხრივ, შეზღუდული დაფინანსების გამო, საავადმყოფო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის გაზრდით არ არის დაინტერესებული. შესაბამისად, მნიშვნელოვნად მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები და იზრდება რესურსების დაზოგვის სტიმული.

გლობალური ბიუჯეტი დადებითად მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულების ეკონომიკურ აქტიურობაზე. მისი ფორმირების პროცესში ჩართულია სამედიცინო პერსონალი, რომელიც მონაწილეობს დამფინანსებელ მხარესთან სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და ტარიფების შეთანხმების პროცესში, მასთან ერთად განიხილავს ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლიანობის ანალიზს, გეგმავს შესასრულებელი სამუშაოს სტრუქტურას ისეთი სახით, რომ უზრუნველყოს ძვრადღირებული რესურსების ეფექტური გამოყენება. პერსონალის ჩართულობა და ეკონომიკური მოტივაცია ზრდის მათ პასუხისმგებლობის დონეს, ხელს უწყობს მკურნალობის დაბალხარჯვიანი მეთოდების დანერგვას.

გლობალური ბიუჯეტის დროს მარტივია საავადმყოფოსთან ანგარიშსწორება, საქმის წარმოება, რაც ამცირებს საავადმყოფოს მიერ წარდგენილ სამუშაოსა და დამფინანსებლის ანაზღაურებას შორის დაყოვნების ხანგრძლივობას.

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების პირობებში სამედიცინო დაწესებულება ფინანსდება ავანსის სახით (წინასწარ), რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს მედიკამენტებით და სხვა აუცილებელი სამედიცინო მოხმარების საგნებით სამედიცინო დაწესებულების დროულ უზრუნველყოფას. აღნიშნული კი დადებითად აისახება პაციენტის კმაყოფილების დონის ამაღლებაზე[1].

1 თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერ-

როდესაც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების განხორციელებაში მონაწილეობენ სადაზღვევო კომპანიები, ისინი უნდა შეთანხმდნენ საავადმყოფოს დაფინანსების საკუთარ წილზე, რომელიც მათთან დაზღვეული პაციენტების პროპორციულად განისაზღვრება. კალენდარული პერიოდის დასრულების შემდგომ წარმოებს თითოეული დამფინანსებლის მიერ გადახდილი თანხის გაანგარიშება.

შეიძლება ითქვას, რომ საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი საუკეთესო მექანიზმია. საქართველოში მისი დასანერგად გათვალისწინებულ უნდა იქნას მსოფლიოში ამ მხრივ არსებული გამოცდილება და თავად ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები.

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მსოფლიო გამოცდილება

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, ანუ დამფინანსებელი მხარე საავადმყოფოსთან წინდაწინ არ ათანხმებდა ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასს. აღნიშნული კატასტროფულად ზრდიდა ჰოსპიტალურ ხარჯებს. ხარჯების შეკავების მიზნით, ევროპის ბევრ ქვეყნებში 1980-იანი წლებიდან ფართოდ დაიწყეს გლობალური ბიუჯეტით საავადმყოფოების დაფინანსების მეთოდის დანერგვა (გერმანია, საფრანგეთი, ბელგია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი, ირლანდია, ესპანეთი).

ნიდერლანდებში ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება შემოღებულ იქნა 1983 წლის იანვარში. 1984 წელს იგი გავრცელდა სტაციონარული ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებისათვის და შინმოვლის სახლებისათვის. საავადმყოფოები და სადაზღვევო ფონდები შეთანხმდებიან მომავალი წლისათვის მოსალოდნელ დანახარჯებზე და განსაზღვრავენ დაწესებულების მთლიან ბიუჯეტს. საავადმყოფოსათვის გლობალური ბიუჯეტის დადგენაში მონაწილეობს ჯანდაცვის სამხარეო სამსახური, რომელიც ძირითადად ჯანდაცვის სამინისტროს რეკომენდაციებს ეყრდნობა.

გერმანიაში 1992 წლამდე მოქმედებდა „ფაქტიური ხარჯების

სრული გადახდის პრინციპი“, რომლის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანია ვალდებული იყო სრულად აენაზღაურებინა საავადმყოფოს მიერ გაწეული ფაქტიური ხარჯები. ფაქტიური ხარჯების ანაზღაურება ხორციელდებოდა საწოლ/დღის ღირებულების მიხედვით, რომელსაც ფედერალური მხარე თითოეული საავადმყოფოსათვის ინდივიდუალურად ადგენდა.

1993 წლიდან ხარჯების შეკავების მიზნით, ყოველი საავადმყოფოსათვის დადგინდა გლობალური ბიუჯეტი. საავადმყოფოები ფინანსდებოდა საწოლ-დღის ტარიფის ორეტაპიანი სისტემით: პირველი კომპონენტი – თითოეული საავადმყოფოსათვის დადგენილი იყო ძირითადი დღიური განაკვეთი არასამედიცინო ხასიათის ხარჯების დასაფარავად, ხოლო თითოეული განყოფილებისათვის საკუთარი დღიური განაკვეთი სამედიცინო ხასიათის ხარჯების (მედიკამენტები, პროცედურები, მკურნალობა) დასაფარავად.

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდის შემოღებამ მკვეთრად გაზარდა საავადმყოფოებში ამბულატორიული მომსახურების გაწევის შესაძლებლობა. 2004 წლიდან გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლის უმთავრეს მექანიზმად განისაზღვრა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდი.

გერმანიაში საავადმყოფოების დაფინანსების ორი წყარო არსებობს: საავადმყოფოებისთვის განკუთვნილ კაპიტალურ ხარჯებს (საავადმყოფოს მშენებლობა, მოწყობილობა დანადგარების შეცვლა) იხდიან ფედერალური მხარეები, ხოლო მიმდინარე ხარჯებს – კერძო, არაკომერციული სადაზღვევო კომპანიები (ე.წ. საავადმყოფოების სალაროები). იმისათვის, რომ საავადმყოფოებმა მიიღონ კაპიტალური ხარჯების დაფინანსება, ისინი უნდა იყვნენ რეგისტრირებული გერმანიის ფედერალური მხარის ე. წ. საავადმყოფოთა რეგისტრში. საჭირო საავადმყოფოების რაოდენობას და საწოლთა ფონდს ადგენს სამხრივი კომისია, სადაც შედიან ფედერალური მხარის მთავრობის, საავადმყოფოების და სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენლები. სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან ხელშეკრულება გააფორმონ საავადმყოფოთა რეგისტრში მყოფ საავადმყოფოებთან. საავადმყოფო რომელიც არ შედის საავადმყოფოთა რეგისტრში შეიძლება დაფინანსდეს სადაზღვევო კომპანიების მიერ, მაგრამ ამისათვის საჭიროა სხვა სადაზღვევო კომპანიების და ფედერალური მხარის მთავრობის

თანხმობა. ამასთან, ასეთი საავადმყოფო არ ფინანსდება ფედერალური მხარის მიერ. სადაზღვევო კომპანია კაპიტალური ხარჯების დაფინანსებას ახდენს მხოლოდ უკიდურესად გამონაკლის შემთხვევაში. ფედერალურ მხარეებს განსხვავებული მიდგომა აქვთ საავადმყოფოთა რეგისტრის შემუშავებაში, საწოლთა ფონდის დაგეგმვასა და ინვესტიციების განხორციელებაში.

სადაზღვევო კომპანიები ანაზღაურებენ მიმდინარე ხარჯებს, მათ შორის სამედიცინო დანიშნულების საგნების, პერსონალის ხელფასების, აგრეთვე ახალი მოწყობილობა-დანადგარების შეძენის (მოწყობილობა-დანადგარების ექსპლუატაციის საშუალო ხანგრძლივობა სამი წელია) და საექსპლუატაციო ხარჯებს. საავადმყოფოს მიმდინარე ხარჯების დასაფარად საჭიროა ფედერალური მხარის სადაზღვევო კომპანიების (საავადმყოფოს სალაროების) ასოციაციების ან მათი წარმომადგენლების თანხმობა. საავადმყოფოებს შეუძლიათ პაციენტებს სტანდარტზედა მომსახურებისათვის (VIP პალატა) გარკვეული თანხა გადაახდევინონ.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსება

საავადმყოფოს სერვისებზე ხარჯების ზრდა პრობლემაა როგორც საქართველოში, ასევე მთელ მსოფლიოში. ჯანდაცვის ეკონომისტებს ხარჯების შეკავების ერთ-ერთ მექანიზმად მიაჩნიათ საავადმყოფოს დაფინანსების ხარჯ-ეფექტური მეთოდის დანერგვა.

აღიარებული ფაქტია, რომ საავადმყოფოს ხარჯები განსაკუთრებით იზრდება მაშინ როდესაც დამფინანსებელსა (მაგ., ჯანდაცვის სამინისტრო, ან სადაზღვევო კომპანია) და მიმწოდებელს (საავადმყოფო, ამბულატორია) შორის წინდაწინ არ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, ფასი. ასეთ შემთხვევაში უფრო მოსალოდნელია სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის მხრიდან უარყოფითი სტიმულების განვითარება. იგი განპირობებულია სამედიცინო ბაზარზე პაციენტის არასაკმარისი ინფორმირებულობით. პაცენტმა არ იცის რა სამედიცინო მომსახურებას და რა მოცულობით საჭიროებს. იგი მთლიანად, ან ნაწილობრივ დამოკიდებული ხდება ექიმზე. შესაბამისად, ექიმი გვევლინება არამარტო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელიც. ექიმებს, გარდა მკურნალობის ჩატარებისა, გააჩნიათ ეკონომიკური ინტერესები. ისინი შემოსავლების მაქსიმალურად მიღების მიზნით ცდილობენ გაზარდონ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა (მაგალითად, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის გასამართლებლად დაამძიმონ შემთხვევის სირთულე, საჭიროზე მეტ ხანს დააყოვნოს პაციენტი საავადმყოფოში, დაუნიშნოს ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები). აღნიშნული ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით განევის პოტენციურ პირობებს, რაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს.

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, ანუ დამფინანსებელი მხარე საავადმყოფოსთან წინდაწინ არ ათანხმებდა ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასს. აღნიშნული კატასტროფულად ზრდიდა ჰოსპიტალურ ხარჯებს. ამას თან ერთვოდა ღრმა ეკონომიკური კრიზისი და ჯანდაცვის სფეროში არსებული მზარდი ინფლაცია. 1970-იანი წლების ბოლოს აშშ-ის ყველაზე დიდი სახელმწიფო პროგრამა „მედიქეა“ (ასაკოვან ადამიანთა სამედიცინო მომსახუ-

რების პროგრამა) დადგა გარდაუვალი გაკოტრების წინაშე. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 1983 წელს რეიგანის ადმინისტრაციამ შემოიღო იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ შეთავაზებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი.

იელის უნივერსიტეტში გაანალიზებულ იქნა რამოდენიმე შტატის 170 საავადმყოფოს 700 000 დაავადების ისტორია. დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანებულ იქნა ერთ ნოზოლოგიურ ჯგუფში. განისაზღვრა თითოეული ჯგუფის აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა და ღირებულება. თითოეული დაავადებების (დიაგნოზით მსგავსი) ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი.

ახალი მეთოდი გულისხმობდა საავადმყოფოს დაფინანსების რადიკალურ რეფორმირებას. საავადმყოფოს მიერ პაციენტზე გაწეული მკურნალობის ნებისმიერი, ფაქტიური ხარჯის ანაზღაურების ნაცვლად, ახალი მოდელით საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდებოდა პაციენტების დიაგნოზებზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი და განფასებული სამკურნალო სტანდარტების მიხედვით.

დიაგნოზით მსგავსი დაავადებების განფასებისას გათვალისწინებული იყო ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (რეგიონი, ქალაქი, რაიონი, სოფელი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, საუნივერსიტეტო კლინიკა, რეგიონული და ქალაქის საავადმყოფოები), პერსონალის კვალიფიკაცია. თითოეული საავადმყოფოსათვის განისაზღვრა სტანდარტის ღირებულების საშუალო მაჩვენებლიდან გადახრის დონე, რაც სამედიცინო დაწესებულების სპეციფიკურობის (სამედიცინო დახმარების დონე, ხასიათი) მახასიათებელია.

სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, დამატებითი დაფინანსება განისაზღვრა:

- კლინიკური საავადმყოფოებისათვის, სადაც ძვირადღირებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდები გამოიყენება;

- ზოგიერთი რაიონების საავადმყოფოებისათვის, რომლებიც სახელმწიფოს მხრიდან გარკვეულ მხარდაჭერას საჭიროებენ;
- ისეთი საავადმყოფოებისათვის, სადაც მკურნალობენ ძვირადღირებულ კატეგორიის პაციენტები (მაგ., მოხუცები).

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების მიხედვით შეიქმნა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (International Classi cation of Diseases – ICD). ნოზოლოგიური სტანდარტების ღირებულება ყოველწლიურად იცვლება. მისი კორექცია ყოველწლიურად ხორციელდება "განახლების ინდექსის" მიხედვით, რომელიც ითვალისწინებს მომავალი წლის მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებულ ისეთ ხარჯებს, როგორიცაა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალის ხელფასის ზრდა. ინდექსს ადგენს ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სამინისტრო.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, გაიზარდა ქირურგიული დაავადებების შედარებით მსუბუქი ფორმების საავადმყოფოში მკურნალობის ნაცვლად ამბულატორიაში მკურნალობის შესაძლებლობა.

გამოიკვეთა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეები. კერძოდ, რადგან დაფინანსება ხორციელდება ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ფასების მიხედვით, ხარჯები პროგნოზირებადია, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ხარჯების შემცირებას. გარდა ამისა, რადგან ნოზოლოგიური სტანდარტების ტარიფები წინდაწინაა დადგენილი, მარტივდება საავადმყოფოს მიერ წარმოდგენილი მოთხოვნების დამუშავება (ანგარიშსწორების სიმარტივე).

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეა საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება. რადგან სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად, მას არ აქვს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია. ასე მაგალითად, თუ მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, საავადმყოფო არ არის დაინტერესებული პაციენტის სტა-

ციონარში დადგენილზე მეტი ხნით დაყოვნებით, რადგან ზედმეტ დღეებზე მას არავინ გადაუხდის. შესაბამისად, დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წამგებიანია.

დაფინანსების ახალი მეთოდის დადებითი მხარეა მკურნალობის ინტენსიფიკაციის ზრდა. განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა: მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, ხოლო პაციენტს მკურნალობისათვის დასჭირდა 5 დღე. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებას ანაზღაურება ეძლევა სტანდარტით დადგენილი 7 დღის და არა ფაქტიურად გატარებული 5 დღის მიხედვით, იგი 2 დღის ეკონომიის ხარჯზე ღებულობს მოგებას. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დაწესებულება არ არის დაინტერესებული პაციენტი სტანდარტით განსაზღვრული ვადის დასრულებამდე დააყოვნოს სტაციონარში, რაც მკურნალობის ინტენსიფიკაციის გაზრდას და შესაბამისად ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირებას უწყობს ხელს. ამგვარად, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი, საავადმყოფოების ეფექტური საქმიანობისა და მკურნალობის ვადების შემცირების შედეგად, საშუალებას იძლევა შემცირდეს არაეფექტურად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი ფართოდ დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში: შვეციაში (1985), ფინეთში (1987), პორტუგალიაში (1989), კანადაში (1990), დიდ ბრიტანეთში (1992), ავსტრალიაში (1993), იტალიაში (1995), გერმანიაში (1995), საფრანგეთში (1997), ნიდერლანდებში (2003), იაპონიაში (2003). ევროპის ბევრ ქვეყნებში მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი გამოიყენება საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გათვლისათვის.

როგორც მთავრობის წარმომადგენლები აცხადებენ. საქართველოშიც დაგეგმილია მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის შემოღება. იგი გამოყენებულ იქნება როგორც საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გათვლის საშუალება. აღნიშნული პრაქტიკა ფართოდ არის გავრცელებული ევროპის ქვეყნებში.

ექპერტებმა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი აღიარეს როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინოვაცია, რევოლუციური ცვლილება.

ყველაზე უფრო დიდი გარდატეხა მდგომარეობდა იმაში, რომ დაფინანსების ახალმა სისტემამ სრულიად შეცვალა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს (საავადმყოფოები და ექიმები) და დამფინანსებლებს შორის საუკუნეების მანძილზე არსებული პოლიტიკური და ეკონომიკური ძალაუფლების ბალანსი. ჰოსპიტალური ინდუსტრიის საუკუნოვანი ძალაუფლება დაბალანსდა სახელმწიფოს რეგულირების მექანიზმებთან, რაც დადებითად აისახა ხარჯების შეკავებაზე.

სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიღების უნარია. სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობის ორი სახე არსებობს: ფინანსური და არაფინანსური.

ფინანსურ ხელმისაწვდომობას განეკუთვნება გადახდისუნარიანობა. ***არაფინანსურ ხელმისაწვდომობას*** განეკუთვნება: სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა; კულტურული და ენობრივი ხელმისაწვდომობა; შესაბამისი სამედიცინო მომსახურეობის დროულად მიღება მათთვის, ვისაც იგი ესაჭიროება.

სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობის ჩამოთვლილ სახეებს შორის ყველაზე ხშირად გამოყოფენ ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. ყოველი მთავრობის უმთავრეს ამოცანას ეფექტიან სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა წარმოადგენს.

სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა იყოფა სამ ქვეკომპონენტად, რომელთა შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები[1]:

1. სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა:

- სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა (ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების ბენეფიციარები, ინდივიდუალური ან დამქირავებლის მიერ დაზღვეული პირები) პროცენტული წილი მთლიან მოსახლეობაში;
- მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელიც ფინანსური მიზეზების გამო უარს ამბობს საბაზისო სამედიცინო ინტერვენციებზე მაშინ, როდესაც არსებობს ამის საჭიროება;
- ერთ სულ მოსახლეზე კერძო ჯანდაცვითი დანახარჯების ოდენობა მომსახურების ტიპის მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა:

- მოსახლეობის პროცენტული წილი, რომელსაც ჩვეულებრივი სამგზავრო საშუალებებით შეუძლია სამედიცინო

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა;
- დაწესებულებათა წილი, სადაც ექიმი იმყოფება სულ მცირე 5 დღე კვირაში.

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა:

- მოსახლეობის მიერ მედიკამენტებზე გადახდილი თანხების პროცენტული წილი მათ ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში;
- კონსულტაციების პროცენტული წილი, როდესაც მოხდა მედიკამენტების დანიშვნა, მაგრამ ისინი არ იქნა შეძენილი სიძვირის გამო;
- მედიკამენტების საშუალო ფასნამატის მარჟა.

სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა. ფინანსური და არაფინანსური ბარიერების გამო ხშირად ადამიანები საჭიროების შემთხვევაში ვერ ღებულობენ სათანადო სამედიცინო მომსახურებას. სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური და არაფინანსური ბარიერების არსებობა უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამ ბარიერების მინიმუმამდე დაყვანა ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა.

ჯანდაცვაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა

წინასწარი გადახდის სქემებით მოსახლეობის მოცვა

ჯანდაცვაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს წინასწარი გადახდის სქემებით (ჯანმრთელობის დაზღვევა, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები) მოსახლეობის მოცვა. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და დაზღვევა, როგორც სოციალური, ასევე ნებაყოფლობითი, განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე მოულოდნელი, კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის საშუალება.

1995 წელს ჯანდაცვის სისტემაში დაწყებული რეფორმების შედეგად ჯანდაცვის ახალი ეკონომიკური მოდელი ეფუძნებოდა პროგრამულ მართვას, რამაც შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ანუ ბაზისური პაკეტის განსაზღვრა. ბაზისური პაკეტის ადმინისტრირებას ახორციელებდნენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დაზღვევის

სახელმწიფო კომპანია და ჯანდაცვის მუნიციპალური ფონდები. შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს (იმუნიზაცია). სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ახორციელებდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებს: უმწეოთა, სამეანო, ბავშვთა, ინფექციური, ონკოლოგიური, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული, სოფლის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების და სხვა ჯანდაცვის პროგრამებს. ჯანდაცვის მუნიციპალური ფონდები ახორციელებდნენ სამედიცინო მომსახურების ისეთ სახეების დაფინანსებას, როგორიცაა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება.

სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ, ყოველწლიურად იზრდებოდა და მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა. რიგი პროგრამები (ინფექციური, ონკოლოგიური, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული დახმარების, სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების და სხვა პროგრამები) ქვეყნის ყველა მოქალაქეზე ვრცელდებოდა, ნაწილი პროგრამებისა (უმწეოთა, სამეანო და ბავშვთა დახმარების) კი – მოქალაქეთა გარკვეულ ჯგუფებზე. 1999 წლისათვის სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 700 ათასამდე პირი. მოსახლეობოს დანარჩენ ნაწილზე ვრცელდებოდა ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამები, რომლებიც მოიცავდა გადაუდებელ დახმარებას, 1-დან 14 წლის ბავშვთა და მოზარდთა სამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამები უფრო ახლოს იდგა უნივერსალურ მოცვასთან (80%-ზე მეტი მოსახლეობა)[1].

2006 წელს საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა კონცეფცია, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო იღებდა სოციალურად ყველაზე დაუცველი ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობას. მომდევნო წლებში მას დაემატა სახელმწიფო მოხელეთა ცალკეული კატეგორიების (მაგ. მასწავლებლები, სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები, სამხედრო პირები) სადაზღვევო მოცვა. 2012 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელ-

1 Development of State Health Insurance System in Georgia, Temur Kalandadze, Ioseb Bregvadze, Revaz Takaishvili, Ann Archvadze, Nino Moroshkina, Croatian Medical Journal. http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234065.htm

მწიფო პროგრამებში ჩაერთო 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვები, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალები და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცები (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები[1]. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის 4.1% იყო მოცული, 2008 წელს იგი 17%-მდე გაიზარდა, ხოლო 2012 წლისთვის 37.9%-ს მიაღწია. თუ ამას დავუმატებთ კერძო და კორპორატიული დაზღვევით მოცულ პირებს (362 663 პირი), მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8%).

მიუხედავად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოებისა, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრებით მისვლას.

2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა[2]. პროგრამის ფარგლებში 6-დან 60 წლამდე ასაკის ყველა იმ ადამიანს, რომელსაც მანამდე არანაირი სამედიცინო დაზღვევა არ ჰქონდა, მინიმალური სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების – გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული და გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობის საშუალება მიეცა; საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე გახდა 2 300 000 ბენეფიციარი; 2013 წლის პირველი ივლისიდან კი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაემატა უფასო პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი დახმარების პროგრამებს გეგმიური სერვისებიც[3].

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

3 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი

2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა. პროგრამით სარგებლობა შეუძლია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ დარეგისტრირებული ნებისმიერი ასაკის მოქალაქეს, რომლის სარეიტინგო ქულა 100 000-ს არ აღემატება და აქვს შემდეგი ტიპის დაავადებები: გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვის, დიაბეტი (ტიპი 2), ფარისებრი ჯირკვლის ქრონიკული დაავადებები[1]. პროგრამა ხელს შეუწყობს სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

ამგვარად, 2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა.

ჯანდაცვითი სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეფასდეს იმის მიხედვით, თუ რამდენჯერადად იყენებს მოსახლეობა სამედიცინო სერვისებს. ამისათვის შეისწავლიან ექიმთან ვიზიტების სიხშირის მონაცემებს, საავადმყოფოში გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობას და გაწეული პრევენციული ღონისძიებების რაოდენობას. გარდა ამისა, ხელმისაწვდომობის შეიძლება შევაფასოთ საჭიროებისას სამედიცინო მომსახურებით მიღების შესაძლებლობით.

სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა. გადახდისუუნარობის გამო ხშირად ადამიანები საჭიროების შემთხვევაში ვერ ღებულობენ სათანადო სამედიცინო მომსახურებას. სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ბარიე-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-177/ო, 8 აგვისტო 2017 წელი (სშჯსდს, 2017). „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის“ ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ.

რების არსებობა უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამ ბარიერების მინიმუმამდე დაყვანა ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა.

სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები ფინანსურად კატასტროფული ხდება როდესაც იგი საფრთხეს უქმნის ოჯახს შეინარჩუნოს ჩვეულებრივი ცხოვრების დონე[1] და აღემატება მის გადამხდელუნარიანობას. ოჯახის შემოსავლების მიხედვით განისაზღვრება ის ბარიერი, რომლითაც მის მიერ ჯიბიდან დანახარჯები განაპირობებს ფინანსურად კატასტროფულ ხარჯებს. მაგალითად, ხარჯები ფინანსურად კატასტროფული შეიძლება ჩაითვალოს, როდესაც ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდის ხარჯები აღემატება ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 15%-ს[2]. სხვა კვლევების მიხედვით, ჯანდაცვის ხარჯები „კატასტროფულად" მიიჩნევა, თუ იგი შინამეურნეობის ხარჯების 10 პროცენტზე მეტს ან შინამეურნეობის არასასურსათო ხარჯების 25 პროცენტზე მეტს შეადგენს[3]. ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შესაფასებლად სხვადასხვა მკვლევარები სხვადასხვა ზღვარს იყენებენ, რომელიც მერყეობს ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 5%-დან 20%-მდე[4].

აშშ-ში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, დაზღვეულებთან შედარებით დაუზღვეველ პირებს ნაკლებად აქვთ სამედიცინო მომსახურებით რეგულარულად სარგებლობის შესაძლებლობა და შესაბამისად, ისინი ვერ ღებულობენ სათანადო სამედიცინო მომსახურებას[5]. აშშ-ში 2002 წელს დაუზღვეველი მოსახლეობის 30%-მა განაცხადა, რომ ვერ შეძლო ადექვატური სამედიცინო მომსახურების მიღება მაღალი ღირებულების გამო, ხოლო 28%-მა განაცხადა, რომ მათ არ ქონდათ აუცილებელი მედიკამენტების შეძენის საშუალება[6].

---

1 Berki SE. (1986). A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. Health Affairs. 5(4):138-145.

2 Wyszewianski L. (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. Inquiry. 23(4):382-394.

3 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.

4 Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar Rivera AM, Musgrove P, Evans T. (2007). Protecting household from catastrophic health spending. Health Affairs. 26(4):972-83.

5 American College of Physicians, 2000. American Society of internal Medicine. No health insurance? It is enough to make you sick. 2000.

6 Lasser KE et al. Access to care, health status, and health disparities in the United States and

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით 2010 წელს საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, დაავადების მწვავე შემთხვევების (გამოკითხვის წინა 30 დღის განმავლობაში) დროს გამოკითხულთა დაახლოებით 16% ვერ იტარებდა სამედიცინო კონსულტაციას მათი სიძვირის გამო, ხოლო იმ ადამიანთა წილი, რომელთაც ესაჭიროებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ არ იყვნენ ჰოსპიტალიზებული ფინანსური მიზეზებით, შეადგენდა 2.6%-ს (შედარებისათვის, 2007 წელს ჩატარებული კვლევით იგი შეადგენდა 3.9%-ს)[1]. კვლევის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავება. მოსახლეობის უღარიბესი ნაწილი 4-ჯერ მეტად ამბობდა უარს უმდიდრეს ნაწილთან შედარებით სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე ფინანსური ბარიერების გამო[2].

2014 წლის 8 მაისს ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოაქვეყნა საყოველთაო დაზღვევის ერთი წლის შედეგების შეფასება: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანზიაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წელს თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება და ანალიზი. ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა. გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალზიაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა[3].

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის

Canada. Am J Public Health. 2006;96: 1300.

1 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010

2 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010

3 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება ბენეფიციარებისა და მომსახურების მომწოდებლების ჭრილში. საბოლოო ანგარიში. აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგანტო „ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა“ აპრილი 2014

2017 წლის კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა[1]. 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა.

გადაუდებელი ნევროლოგიური დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობა

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ითვალისწინებს ისეთი მდგომარეობების დაფინანსებას, როდესაც დაუყოვნებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის გარეშე, მოსალოდნელია ორგანოს ან/და კიდურის დაკარგვა ან პაციენტის გარდაცვალება რამდენიმე საათში. გათვალისწინებულია გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული დახმარების გაწევა. პროგრამა ასევე მოიცავს ინტენსიურ თერაპიასა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვას. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე შეადგენს 15 000 ლარს. 100 %-ით ანაზღაუდება ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა და 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად. 70%-ით ანაზღაურდება ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა[2].

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულია 24 გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადება, რომელთა სტაციონარული მომსახურება 100%-ით ანაზღაურდება; იგი მოიცავს ისეთ ნეიროქირურგიულ დაავადებებს, როგორიცაა: სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, იტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა, ჰიდროცეფალია, თავის ტვინის ტრავმული დაავადებები.

საქართველოში ბოლო წლებში აღინიშნება სისხლის მიმოქცევის დაავადებების ზრდის ტენდენცია, რომელთა შორის მნიშვნელოვანი წილი უკავია ჰიპერტენზიულ, გულის იშემიურ და ცერებროვასკუ-

1 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.

2 საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. 2013 წლის 21 თებერვალი.

ლურ დაავადებებს[1]. ცერებროვასკულური დაავადებები სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების სტრუქტურაში რიგით მე-3 ადგილს, ხოლო სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს შორის მე-2 ადგილს იკავებს[2]. ცერებროვასკულარულ დაავადებებს შორის მეტი წილი უკავია თავის ტვინის ინფარქტს (38 %). ცერებროვასკულარული დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი შეადგენს 163.6-ს ხოლო ლეტალობის მაჩვენებელი – 18.1[3].

ცხრილი 1

ცერებროვასკულური ავადმყოფობები, სტაციონარული მომსახურება, 2012 წ.

	სულ	მ.შ. ბავშვები	ლეტალობა (%)
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	7440	11	18.1
სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა	517	0	23.4
სხვა ინტრცერბრული და ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევები	1467	9	28.3
თავის ტვინის	2830	0	17.7
პრეცერებრული და ცერებრული არტერიების ოკლუზია და სტენოზი,რომელთა შედეგად არ ვითარდება თავის ტვინის ინფარქტი	249	1	12.0
სხვა ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	470	0	3.0

წყარო: სტატისტიკური ცნობარი 2012. არაგადამდები დაავადებების ტენდენციების ანალიზი 2013 წ

გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობის საკითხის გამოსაკვლევად ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის მიერ 2014 წელს ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა თბილისის საუნივერსიტეტო კლინიკა „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრში“[4,5].

1 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2 სტატისტიკური ცნობარი 2012. არაგადამდები დაავადებების ტენდენციების ანალიზი 2011 წ.

3 სტატისტიკური ცნობარი 2012. არაგადამდები დაავადებების ტენდენციების ანალიზი 2011 წ.

4 Tengiz Verulava, Maka Gabuldani. Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). Gazi Medical Journal, 2015; 26 (2): 42-45.

5 თენგიზ ვერულავა, მაკა გაბულდანი. (2015). გადაუდებელი დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობა საქართველოში. ეკონომიკა და ბიზნესი. 8 (1), 75-87.

კვლევის შედეგად გაირკვა, რომ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ჩამონათვალი შეზღუდულია და არ ფარავს ისეთ ნოზოლოგიებს, როგორიცაა: არტერიო ვენოზური მალფორმაციები თავისა და ზურგის ტვინში, თავისა და ზურგის ტვინის სიმსივნეები, დისკოგენური რადიკულიტები მიელოპათიასთან ერთად, ხერხემლის მალების პათოლოგიური მოტეხილობები. ასევე პროგრამა არ მოიცავს თავის ტვინის იფარქტს, პერიფერიული ნერვების ტრავმულ დაზიანებების ქირურგიულ მკურნალობას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელებთან ჩატარებული ჩაღრმავებითი ინტერვიუს შედეგად გაირკვა, რომ ადრე არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ფინანსდებოდა ყველა გადაუდებელი მდგომარეობა და დღევანდელი მდგომარეობისგან განხვავებით ნოზოლოგიების ჩამონათვალი არ იყო მკაცრად განსაზღვრული. შესაბამისად, წინათ პაციენტი ფინანსურად დაცული იყო ნებისმიერი გადაუდებელი მდგომარეობის შემთხვევაში.

კვლევის ფარგლებში სტაციონარში ნამკურნალევ პაციენტთა დაავადებათა (ნოზოლოგიების) ჩამონათვალი საკმაოდ მრავალფეროვანია: სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა, ტვინის ტრავმული შეშუპება, თავის ტვინის ინფარქტი განვითარებული ცერებრული არტერიების დაუზუსტებელი ოკლუზიის ან სტენოზის გამო, წელის მალის მოტეხილობა, ჰიდროცეფალიის სხვა ფორმები, თავის სხვა ნაწილების ღია ჭრილობა, იდაყვის ნერვის დაზიანება, ანევრიზმის სხვა ფორმები, ჰემორაგიული ინსულტი, ექსტრადურული და სუბდურული აბსცესი დაუზუსტებელი, ეპიდურული სისხლჩაქცევა, წელის და სხვა მალთაშუა დისკების დაზიანება რადიკულოპათიასთან ერთად, თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნე დაუზუსტებელი, ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა ნათხემში, თავის და ზურგის ტვინის გარსების სიმსივნე, საფეთქლის წილის ავთვისებიანი სიმსივნე, თავის ტვინის შერყევა, ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა.

კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების სამკურნალოდ რესპოდენტებზე საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით ანაზღაურებული თანხა შეადგენდა მკურნალობის მთლიანი ღირებულების 81 %-ს,

ცხრილი 2

ცერებროვასკულური დაავადებით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა განაწილება ასაკის მიხედვით (2014 წლის მაისი, ივნისი, ივლისი)

	ასაკი							
	45 წლამდე	%	45 - 65	%	65 წელი და მეტი	%	სულ	%
ჰემორაგიული ინ-სულტი	4	7.1	26	46.4	26	46.4	56	28
ცერებრული არ-ტერიების ოკლუზია, სტენოზი	1	2.7	16	43.2	20	54.1	37	18.5
თავის ტვინის სიმ-სივნე	11	33.3	15	45.5	7	21.2	33	16.5
თავის ტვინის სისხლ-ძარღვების ანევრიზმა	7	20.0	18	51.4	10	28.6	35	17.5
თავის სხვა ნაწილების ღია ჭრილობა	6	31.6	8	42.1	5	26.3	19	9.5
სხვა	4	20.0	9	45.0	7	35.0	20	10
სულ	33	16.5	92	46.0	75	37.5	200	100

დანარჩენ 19% წარმოადგენდა ნებაყოფლობითი დაზღვევით ან თავად პაციენტის მიერ გადახდილ თანხას. რესპოდენტთა 45 %-ს მოუწია მკურნალობის ღირებულების გარკვეულ ნაწილზე თანხის ჯიბიდან გადახდა. მათ შორის, რესპოდენტთა 9 %-ის მიერ პირდა-პირ გადახდილი თანხა შეადგენდა $1500-ზე მეტს, 10 %-ის მიერ პირდაპირ გადახდილი თანხა მერყეობდა $1000-დან $1500-მდე, 12 %-ის – $500-დან $1000-მდე, 14 %-ის – $50-დან $500-მდე. რესპოდენტთა 13 %-ს არ დაუფინანსდა გადაუდებელი ნეიროქი-რურგიული მკურნალობისათვის საჭირო მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევები (მაგ., კომპიუტერული და მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია). პაციენტთა 12 % დაზღვეული იყო ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით, შესაბამისად, მათი სამედიცინო მომსახუ-რების ხარჯები დაფინანსდა კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ.

კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტი (15 000 ლარი)

პაციენტთა 9 %-ის მკურნალობისთვისათვის არ აღმოჩნდა საკმარისი. გამოკითხულთა 36-%-ს მოუწია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ღირებულების 30%-ის თანაგადახდა.

ამრიგად, საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობა. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ მოსახლეობა უზრუნველყოფილია ბაზისური სამედიცინო მომსახურების პაკეტით, სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსდება გადაუდებელი ნეიროქირურგიული ოპერაციების გარკვეული სახეები, ასევე არ ფინანსდება გადაუდებელ ნეიროქირურგიული მკურნალობისათვის საჭირო მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევები (მაგ., კომპიუტერული და მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია). საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გადაუდებელი ნეიროქირურგიული მკურნალობისათვის განსაზღვრული ლიმიტი (15 000 ლარი – 8570 $) არ არის საკმარისი. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს მოუწია მკურნალობის ღირებულების მნიშვნელოვანი ნაწილის გადახდა (ზოგ შემთხვევაში იგი $2000-ს აღემატებოდა), რაც უარყოფითად ზემოქმედებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე.

მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, მიზანშეწონილია, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში გადაუდებელი ნეიროქირურგიული ნოზოლოგიების ჩამონათვალის გაფართოება, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში ისეთი მაღალტექნოლოგიური კვლევების დაფინანსება, როგორიც არის კომპიუტერული და მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია. მნიშვნელოვანია გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ჩართვა ისეთი ფინანსური ლიმიტით, რომ თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტის კატასტროფული დანახარჯები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ინსტრუმენტები სახელმწიფოს აკისრებს ვალდებულებებს ფსიქიკური აშლილობებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების მიმართ[1]. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონმა ხელი შეუწყო პაციენტთა უფლებათა დაცვის მაღალი სტანდარტების

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, თბ., 2015.

დანერგვას, შემუშავდა რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისთვის; გაცნობიერებულ იქნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დეინსტიტუციონალიზაციის აუცილებლობა; დღის წესრიგში დადგა ბალანსირებული და დიფერენცირებული სამსახურების შექმნა პირველადი დახმარების რგოლში, საზოგადოებრივ, თემზე დაფუძნებულ ცენტრებში, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში[1].

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2013 წელს 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა შეადგენს 1536-ს, ხოლო დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 3020 ახალი შემთხვევა (67.3 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე)[2].

ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური ინფორმაცია ზუსტად ვერ ასახავს რეალურ მდგომარეობას და ეს რიცხვი შესაძლოა დარეგისტრირებულ დაავადებულთა რაოდენობაზე გაცილებით დიდი იყოს, რაც განპირობებულია ქვეყანაში დაავადებათა აღრიცხვიანობის არასრულყოფილი სისტემის არსებობით, ასევე სოციალური სტიგმით. პაციენტები და მათი ახლობლები დაწესებულებაში მოხვედრას გაურბიან და ხშირად მიმართავენ თვითმკურნალობას ან მიმართავენ არა ფსიქიატრებს, არამედ თერაპევტებს, ნევროპათოლოგებსა და ფსიქოლოგებს, რომლებიც ნაკლებად კვალიფიცირებულნი არიან აღნიშნული დაავადებების დიაგნოსტირებაში და რიგ შემთხვევაში დროულად არ გზავნიან პაციენტს ფსიქიატრთან. თავის მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ხშირად ვერ უზრუნველყოფს მათ საჭიროებებს, რის გამოც, სამედიცინო სამსახურებისადმი მიმართვიანობის მაჩვენებელი ძალიან დაბალია. აღნიშნულ მდგომარეობას ხელს უწყობს 1995 წელს მიღებული კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, რომლის თანახმად პაციენტებს მიეცათ არჩევანის თავისუფლება და უფლება აქვთ უარი განაცხადონ აღრიცხვაზე[3].

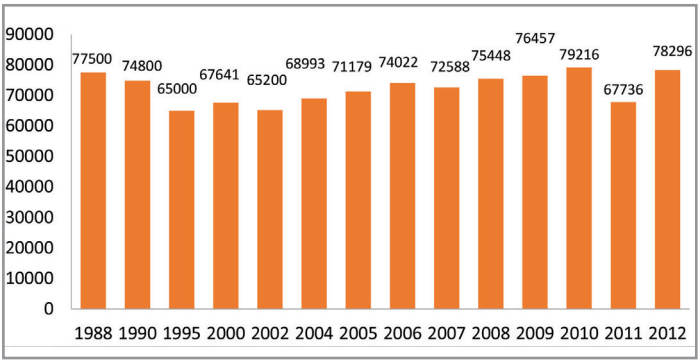
1 მახაშვილი ნ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების საჭიროებები: ადამიანის უფლებების პერსპექტივიდან. ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“. 2010.

2 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2013.

3 სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და

დიაგრამა 1

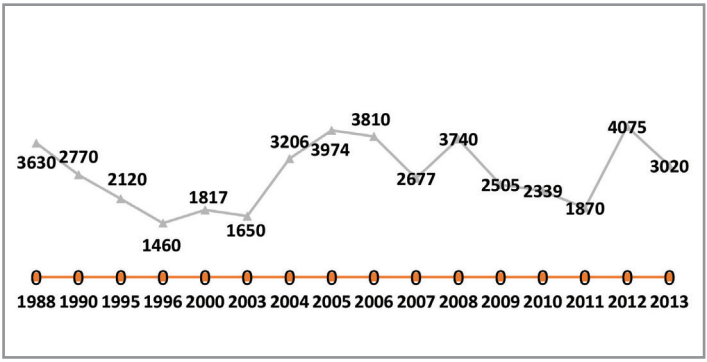
ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება, წლის ბოლოს რეგისტრირებული შემთხვევები



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2013.

დიაგრამა 2.

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების ახალი შემთხვევების დინამიკა. საქართველო – 1988-2013 წწ.



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

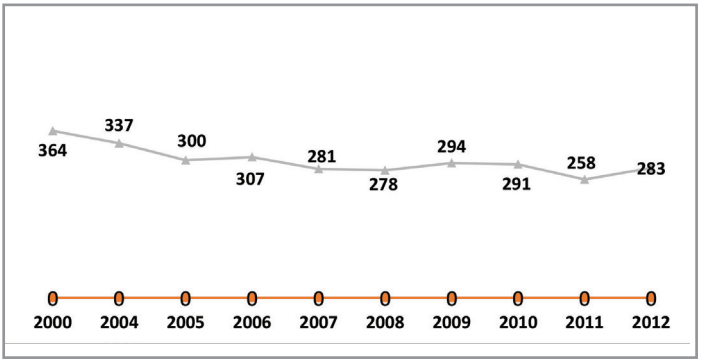
სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბ., 2010.

ეროვნული ცენტრი. თბ., 2013.

ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემა და მიწოდებული სერვისები არსებითად არის დამოკიდებული ქსელში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობასა და კვალიფიკაციაზე. საქართველოში ბოლო ათწლეულში ფსიქიატრების რაოდენობა 30 %-ით შემცირდა[1]. კვლევები ადასტურებს, რომ დარგში აღინიშნება პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის და გამოყენების არასაკმარისი დონე; პროფესიული კადრების კორპუსი წარმოდგენილია ძირითადად ექიმ-ფსიქიატრების, ფსიქოლოგების და მედდების მიერ და პრაქტიკულად არ არსებობენ სოციალური მუშაკები, ოკუპაციური თერაპევტები, ფსიქოთერაპევტები, თემის მუშაკები, ოჯახის ექიმები[2].

დიაგრამა 2.

ფსიქიატრების რაოდენობა საქართველოში. 2000-2012 წწ. [3]



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2013.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების მდგომარეობა წლე-

1 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2013.

2 სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბ., 2010.

ბის განმავლობაში ხასიათდებოდა მომსახურების დაბალი ხარისხით, ამორტიზებული დაწესებულებების სიჭარბით, არაეფექტური ინ-ფრასტრუქტურით, პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების უკიდურესად მწირი მოცულობით. უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს ჰოსპიტალგა-რე სერვისების ნაკლები განვითარება, რის გამოც პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო გაწერი-ლი პაციენტების დიდი ნაწილი მალევე ბრუნდება სტაციონარში და ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს.

2000-2011 წლებში ფსიქიატრიული პროფილის საწოლთა ფონდი 1199-დან 1408-მდე, ანუ 17.4 %-ით გაიზარდა. 2007 წლის მონა-ცემით, ფსიქიატრიული 1,235 საწოლი საშუალოდ დატვირთული იყო წელიწადში 327 დღე[1]. დაბალია ფსიქიატრიული პროფილის საწოლთა ფონდით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი. საქართველოში, სადაც თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომ-სახურება არაა განვითარებული, მოსახლეობასთან საწოლების თანა-ფარდობა საკმაოდ დაბალია ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით.

2010 წელს შემუშავდა ჰოსპიტალური სექტორის რესტრუქტუ-რირების ახალი ეროვნული პროგრამა: „100 ახალი საავადმყოფო“, რომელიც ითვალისწინებდა:

- ინტეგრირებული სამსახურების საჭიროებას და ძველი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების დახურვას;
- მწვავე ფსიქიატრიული მკურნალობის განყოფილებების გახსნას მრავალპროფილიან კლინიკებში;
- რამდენიმე გრძელვადიანი მოვლის სახლის (თავშესაფარი) შექმნას.

2011 წლის ზაფხულიდან დაიგეგმა ძირეული რეფორმის პირ-ველი ეტაპი, რომელიც ითვალისწინებდა ქ. თბილისში ახალი სამსახურების ამოქმედებას. სტაციონარული მომსახურება დაიყო ორი ტიპის სერვისად:

1. მოკლევადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგო-მარეობების კუპირებას;

---

1 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2012. დაავადებათა კონ-ტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2013.

2. გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს, საჭიროების შემთხვევაში მოკლევადიანი სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელებას ან იმ პაციენტთა მკურნალობას, რომელთა სტაციონარგარეშე დახმარება ვერ ხერხდება ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევების გამო.

რეფორმა ითვალისწინებდა ზოგადი პროფილის კლინიკებში ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნას, კერძოდ, მწვავე სამკურნალო განყოფილებების ჩამოყალიბებას, ასევე ქალთა და მამაკაცთა განყოფილების გაერთიანებას (განყოფილებების შერეული ხასიათი), რაც სრულიად ახალ კონცეფციას წარმოადგენდა ტრადიციული ფსიქიატრიისთვის და აქამდე საქართველოში არ არსებობდა. ქრონიკული პაციენტებისთვის უნდა ჩამოყალიბებულიყო ფსიქიკური ცენტრები. 3 მრავალპროფილურ კლინიკაში 2011 წელს გაიხსნა მოზრდილთა და ბავშვთა განყოფილებები (სულ 40 საწოლი), ასევე სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი მწვავე და ქრონიკული პაციენტებისათვის, რომელშიც გაერთიანდა რამდენიმე ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი; გაიხსნა კრიზისული ინტერვენციის დღის ცენტრი რამდენიმე დღის საწოლით და მობილური გუნდით.

რეფორმის სამუშაო ჯგუფის მიერ შეთავაზებული იყო ე.წ. დაცული საცხოვრისის ტიპის სერვისის (Protected Living Environment) შექმნა რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრსა და სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში. იგი ითვალისწინებდა უსახლკაროებთან ერთად იმ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებას, რომელთაც შეზღუდული სოციალური უნარ-ჩვევების გამო, არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად ცხოვრება, ან სახლში აღარ იღებენ ოჯახის წევრები. ამის გამო, ისინი, ფაქტიობრივად თავიანთ ცხოვრებას ატარებენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებსა და გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებებში. ფსიქიკური ცენტრების რეაბილიტაცია მთელი საქართველოს მასშტაბით განხორციელდა. სარემონტო სამუშაოები ჩატარდა და გაიხსნა ქ. ქუთაისის და ქ. ბათუმის (ხელვაჩაურის) გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებები, რომლებიც თავდაპირველად ჩაფიქრებული იყო, როგორც საცხოვრისები. თუმცა, ამ ეტაპზე საცხოვრისის ტიპის სერვისების შემოღება ვერ განხორციელდა და მისი განვითარება მომავლისთვის გადაიდო.

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებში სახელმწიფოს დანახარჯების წილი. ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების ზრდის პარარელურად იზრდება სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯები როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული ფსიქიატრიული მომსახურებისათვის. 2006-2015 წლებში აღნიშნული მაჩვენებელი პრაქტიკულად 3.2-ჯერ გაიზარდა. ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე გაწეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და მხოლოდ 2,15 %-ს შეადგენს; შედარებისათვის, განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8-12%-ია[1].

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ითვალისწინებს ხანგრძლივად მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობების კონსულტაციას, მკურნალობას, მედიკამენტებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევები ფინანსდება 840 ლარის ფარგლებში, ხოლო ქრონიკული პაციენტებისათვის ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევები – თვეში 450 ლარიანი ვაუჩერით. ამბულატორიებში ერთ პაციენტზე დახარჯული თანხა თვეში (წამლის, პერსონალის, კომუნალური ხარჯი) საშუალოდ, 10-15 ლარია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება სრულად, გარდა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურებისა. ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურების ქვეკომპონენტით განსაზღვრული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის 70 %-ით, გარდა ალკოჰოლური ინტოქსიკაციისა, რომელიც ანაზღაურდება სრულად[2].

1 Mental Health Atlas. WHO-Geneva. 2005.

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, თბ., 2015.

ცხრილი1:

ფსიქიატრიულ სერვისებზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში. 2006-2015 წწ

კომპონენტი	ღონისძიება	2006	2009	2010	2011	2012	2015
ამბულატორიული მომსახურება	ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება		2,579.3	2,597.232	2,833.6	2,855	2,865.3
	ფსიქო სოციალური რეაბილიტაცია		70.100	70.100	70.100	70.100	70.1
	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა				145 500	151.0	151.0
	ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია				236.100		662.3
	თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება						96.8
	სულ	1,200.000	2,649.4	2,667.3	3,285.3	3,076.1	29633.2
სტაციონარული მომსახურება	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება		6,933.780	6,933.8	7,170.20	8,072	10.778.7
	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება		100.688	151.032	125.5		
	ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობების მქონე პაციენტთა ურგენტული სტაციონარული მომსახურებაა		45.0	45.0	45.0	45.0	
	ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება		48.000	144.000	144.000	147.0	
	ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება (2015 წლის 1 ივლისამდე)						481.2
	ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი						540.0
	სულ	3 750 000	7,127.5	7,273.8	7,484.70		
სულ ბიუჯეტი		4 950 000	9,794.8	9,941.144	10,770.000	11,860	15,645.4

სოციალური მომსახურების სააგენტო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, თბ., 2015

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობის საკითხის გამოსაკვლევად ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის მიერ 2015 წელს ჩატარდა კვლევა[1],[2]. კვლევის შედეგების მიხედვით, წლიდან წლამდე იზრდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა რიცხვი, შესაბამისად, მათთვის საჭირო დაფინანსება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრულ დაფინანსებას არ შეესაბამება. დაფინანსების სიმწირის გამო, ნაკლებად გამოიყენება ძვირადღირებული და ახალი თაობის მედიკამენტები. პაციენტს ეძლევა დაბალფასიანი. ძველი თაობის მედიკამენტები, ისიც არა მთელი თვის, არამედ მხოლოდ 15 დღის სამყოფი. შედეგად, პაციენტი იძულებულია თავად იყიდოს დარჩენილი დღეების სამყოფი მედიკამენტები. აღნიშნული უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის შედეგებზე. არასრულფასოვანი მკურნალობა ზრდის დაავადების გამწვავების სიხშირეს.

ექსპერტთა აზრით, დაფინანსების წესი არახელსაყრელია როგორც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისათვის, ასევე ბენეფიციართათვის. კლინიკაში მოხვედრილი მწვავე ფსიქიკური მდგომარეობის მქონე ადამიანის სამკურნალოდ სახელმწიფოსგან გამყოფილი თანხის (840 ლარის ვაუჩერი ერთჯერადად) ამოწურვის შემდეგ სამედიცინო დაწესებულება იძულებულია თავად გაიღოს ხარჯები. ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება ცდილობს თავიდან მოიშოროს პაციენტი, ან მკურნალობისთვის განსაზღვრული თანხის ამოეწურვის შემდეგ პაციენტი გადაიყვანოს მოკლევადიანიდან გრძელვადიან მკურნალობაზე და ამით პაციენტს მკურნალობის გაგრძელების საშუალება მისცეს. არის შემთხვევები, როდესაც რიგი კლინიკა, იმის გამო, რომ მკურნალობის ხარჯები მათი ასანაზღაურებელი არ გახდეს, პაციენტს მწვავე ან არასტაბილიზებულ ფსიქოზურ მდგომარეობაშიც კი წერენ. ასევე დაბალია ამბულატორიულ პირობებში ერთ პაციენტზე გამოყოფილი თანხა,

1 Tengiz Verulava, Nino Sibashvili. Accessibility to Psychiatric Services in Georgia. African Journal of Psychiatry (South Africa), 2015; 18 (3): 1-5.

2 ვერულავა, თ., სიბაშვილი, ნ. (2015). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში. ეკონომიკა და ბიზნესი. 8 (3), 75-87.

რაც დღეში საშუალოდ 10-15 ლარს შეადგენს (მასში შედის ყველანაირი ხარჯი: კვება, კომუნალური გადასახადები, პერსონალის ხელფასი, ტანსაცმლის, ჰიგიენური საშუალებების ხარჯები და ა.შ.). მწირი დაფინანსება, ფაქტობრივად შეუძლებელს ხდის რეაბილიტაციის კურსის გავლას. ცხადია, ასეთ ვითარებაში სრული მომსახურების ჩატარება შეუძლებელია და პაციენტები ძვირადღირებულ სარებილიტაციო ჩარევას ვერ ღებულობენ. სამედიცინო დაწესებულება იძულებულია პაციენტებს მხოლოდ რეაბილიტაციის მცირე კურსი ჩაუტარონ.

არაიშვიათად, სამედიცინო დაწესებულება იძულებულია თავად გასწიოს დამატებითი ხარჯები ისეთი დაავადებების სამკურნალოდ, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამით. პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიატრიული პაციენტების სომატური და სტომატოლოგიური დაავადებების მკურნალობა, მაშინ როდესაც პაციენტს უფლება აქვს, მიიღოს არაფსიქიატრიული პროფილის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

ექსპერტთა აზრით, ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად რჩება რეჰოსპიტალიზაციის საკითხიც. როდესაც სტაციონარიდან გაწერილი პაციენტი 7 დღის განმავლობაში ისევ ბრუნდება, შემთხვევა ითვლება რეჰოსპიტალიზაციად და შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულება არ ფინანსდება. ამ მხრივ, მდგომარეობას ართულებს ის გარემოება, რომ ფსიქიატრიულ დაავადებათა მკურნალობის წინასწარი შედეგების შეფასება შეუძლებელია, ხოლო საავადმყოფოდან გაწერილი პაციენტის ქმედებების გაკონტროლება სიძნელეს წარმოადგენს, შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულება ვერც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე აგებს პასუხს. დაფინანსების შეჩერების გამო საავადმყოფო იძულებულია უარი განაცხადოს ახლადგაწერილი პაციენტის რეჰოსპიტალიზაციაზე. ასეთ შემთხვევებში, ხშირად საავადმყოფო ვერ ღალატობს ეთიკურ პრინციპებს, უარს ვერ ეუბნება პაციენტს მიღებაზე. შედეგად, გაწერილ პაციენტს უგრძელდება მკურნალობა, თუმცა, დაფინანსების გარეშე.

ექსპერტთა აზრით, ერთ-ერთ მწვავე პრობლემას წარმოადგენს ურგენტული შემთხვევების დროს სამედიცინო მომსახურების გაწევისას არსებული სირთულეები. დაფინანსების ამჟამინდელი სისტემა დაფუძნებულია ბენეფიციარების დაყოფაზე მწვავე

და ქრონიკულ პაციენტებად, რაც ფსიქიატრიის სფეროში არც თუ ისე მარტივია და დაწესებულების გამართულ ფუნქციონირებას არაერთ პრობლემას უქმნის. ხშირად დაავადების გამწვავებამდე არ ტარდება მკურნალობა, რაც ხშირ შემთხვევაში სირთულეს უქმნის როგორც პაციენტებს ასევე სავადმყოფოს, რადგან მკურნალობის ხარჯების გაღება თავად ფსიქიატრიულ დაწესებულებას უწევს. ამასთან, პაციენტის სტატუსის მინიჭების დროს რთულია გაკონტროლდეს ესა თუ ის პაციენტი, რომელ კატეგორიას მიაკუთვნება – მწვავეს, თუ ქრონიკულს.

პრობლემურ საკითხად დასახელდა, აგრეთვე, მასალების შესასყიდად გამოცხადებული ტენდერები. ექსპერტის განცხადებით, საავადმყოფო ვალდებულია წინასწარ შეადგინოს გეგმა, თუ რის შესყიდვას აპირებს წლის განმავლობაში და ყოველივე ეს წარუდგინოს შესყიდვების ეროვნულ სააგენტოს. ფაქტობრივად შეუძლებელია წინასწარ განისაზღვროს იმ მედიკამენტების მოცულობა, რომელიც შეიძლება კლინიკას დაჭირდეს ერთი წლის განმავლობაში. ამასთან, ტენდერებით შესყიდული მედიკამენტების ხარისხი ერთობ დაბალია, რადგან ტენდერებში იმარჯვებს კომპანია, რომელიც კლინიკას მედიკამენტებს ყველაზე იაფად სთავაზობს. შედეგად, ხშირია შედარებით იაფი მედიკამენტების მიწოდება, რომელსაც ნაკლები თერაპიული ეფექტი აქვს.

არსებული დაფინანსება ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯებს. ასევე, დაფინანსების სიმცირიდან გამომდინარე, საკმაოდ დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, რაც ვერ უზრუნველყოფს კვალიფიციური პერსონალის მოზიდვას და შენარჩუნებას. ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია ექთნების ნაკლებობა, რის გამოც პაციენტს სათანადო ყურადღება ვერ ექცევა. აქვე, აღსანიშნავია, რომ პროფესიულ განვითარებას არ აქვს უწყვეტი, სისტემური ხასიათი. ამ მხრივ შედარებით ნაკლებად ტარდება სათანადო ტრენინგები, თეორიული და პრაქტიკული კლინიკური უნარჩვევების გაუმჯობესების მიზნით. ყოველივე აღნიშნული მკვეთრად უარყოფითად აისახება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

ექსპერტების აზრით, დაფინანსების ვაუჩერული სისტემა საჭიროებს დახვეწას, რათა გახდეს რეალურ საჭიროებებზე მორგებული. მათი გაანგარიშებით, გლობალური ბიუჯეტის ფარ-

გლებში ოპტიმალურ დაფინანსებად შეიძლება განისაზღვროს ერთ პაციენტზე 20-25 ლარი დღეში, ხოლო კომუნალური ხარჯებისათვის, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეკეთებისათვის, ინფრასტრუქტურის განვითარებისთვის და მშენებლობისთვის დამატებითი თანხები უნდა გამოიყოს.

დადებითად უნდა შეფასდეს ის ფაქტი, რომ სავადმყოფოებში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პირთა პირობები საგრძნობლად გაუმჯობესდა წინა წლებთან შედარებით. აქვე აღსანიშნავია, რომ პაციენტების ნაწილი არ საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას, მაგრამ ისინი წლების მანძილზე რჩებიან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. ამის მიზეზია ის გარემოება, რომ პაციენტებს არ გააჩნიათ პირადი საცხოვრებელი. არის შემთხვევები, როცა ნათესავი უარს აცხადებს პაციენტის სახლში წაყვანაზე. ამ მხრივ, არ არსებობს ქრონიკულ პაციენტთა ჰოსპიტალგარე სამედიცინო მომსახურება.

ხშირად ირღვევა პაციენტის უფლებები, კერძოდ, მათი ქონებრივი უფლებები. პაციენტის მეურვე, ნათესავი ნებართვის გარეშე განკარგავს მის ქონებას და მოიხმარს პირადი მიზნებისათვის, ამიტომ პაციენტთა გარკვეული ნაწილი გამოჯანმრთელების შემდეგ იძულებულია იცხოვროს საავადმყოფოში, მაშინ როდესაც შეეძლო დაბრუნებოდა საკუთარ სახლს. ამ ადამიანების მიმართ საზოგადოებაში გამჯდარი უარყოფითი სტერეოტიპების ერთ-ერთი გამოვლინებაა სასამართლოს წინასწარი განწყობა დაიცვას ჯანმრთელი მოსარჩელის მხარე, ვიდრე პაციენტის მხარე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეებმა ხაზი გაუსვეს თბილისთან შედარებით რეგიონში სამედიცინო მომსახურების დაბალ დონეს. მათი აზრით, რეგიონში არ ხდება პაციენტთა რეგულარული შემოწმება კვალიფიციური ექიმების მიერ. არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტზე მედიკამენტის გაცემა ხდება ექთნის მიერ, ფსიქიატრთან კონსულტაციის გარეშე. ამის მიზეზია ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისის შემადგენელ სხვადასხვა კომპონენტებს (პირველადი ჯანდაცვა, ფსიქიატრიული ამბულატორია, სტაციონარი და ფსიქო სოციალური სერვისები) შორის კოორდინაციისა და თანამშრომლობის დაბალი დონე, რის გამოც, პაციენტი სპეციალისტთან ვერ ხვდება.

კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტს ან მის ახლობლებს არ აქვს

დადგენილი დიაგნოზის, დაავადების სიმპტომების, მკურნალობის კურსის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაცია. ამიტომ, ისინი მკურნალობის პროცესში ნაკლებად ან საერთოდ ვერ ღებულობენ მონაწილეობას. ასევე, ექიმი ნაკლებად არის დაინტერესებული მკურნალობის შედეგების მონიტორინგით. შედეგად, პაციენტი იძულებულია მკურნალობა თბილისში გააგრძელოს, რაც დამატებით დროს და ხარჯებს მოითხოვს. ამასთან, პაციენტის თბილისში ტრანსპორტირება ხშირად ართულებს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

მიუხედავად იმისა, რომ წლიდან წლამდე იზრდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა რიცხვი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული დაფინანსების ოდენობა არ მატულობს. დაფინანსების სიმწირის გამო პაციენტს თავად უწევს თანხების გაღება გარკვეულ სერვისებზე (მაგ., მედიკამენტები), რაც უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის შედეგებზე. არაიშვიათად სამედიცინო დაწესებულება იძულებული ხდება თავად გაიღოს პაციენტის მკურნალობის ხარჯები.

აქტუალურ პრობლემად რჩება რეჰოსპიტალიზაციის საკითხი. სახელმწიფო პროგრამით ფინანსდება მხოლოდ გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევები, რაც სირთულეს უქმნის როგორც პაციენტებს, ასევე სავადმყოფოს. არსებული დაფინანსება ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურეობისათვის საჭირო ხარჯებს. საკმაოდ დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. პაციენტების ნაწილი არ საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას, მაგრამ რადგან მათ არ გააჩნიათ პირადი საცხოვრებელი, წლების მანძილზე რჩებიან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. არ არსებობს ქრონიკულ პაციენტთა ჰოსპიტალგარეთა სამედიცინო მომსახურება. ირღვევა პაციენტის უფლებები (მა.შ. ქონებრივი უფლებები). სასამართლოც ცდილობს დაიცვას ჯანმრთელი მოსარჩელის მხარე, ვიდრე პაციენტის მხარე. თბილისსა და რეგიონებს შორის სამედიცინო მომსახურების დონე არათანაბარია. კერძოდ, რეგიონებში თბილისთან შედარებით, დაბალია ექიმთა კვალიფიკაციის დონე. დაბალია პაციენტების ან მისი ახლობლების ინფორმირებულობა მკურნალობის კურსის შესახებ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისათვის მიზანშეწონილია:

- დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმების შემუშავება;
- დარგის უზრუნველყოფა მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტებით და მათი სათანადო დონეზე ანაზღაურება;
- თემზე დაფუძნებული სამსახურების, როგორიცაა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების, თავშესაფრების და სხვა სახის სერვისების განვითარების ხელშეწყობა ქვეყნის მაშტაბით;
- არაფსიქიატრიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯების გაზრდა შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში;
- საზოგადოების მხრიდან პაციენტების მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა და სტიგმის შემცირება;
- დაინტერესებულ პირებთან კონსულტაციების საფუძველზე დაფინანსების ისეთი სისტემა შექმნა, რომელიც პაციენტებისა და პერსონალის საჭიროებებზე იქნება მორგებული.

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა ხარისხიან სამკურნალწამლო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი მედიკამენტებზე მოდის[1]. სხვადასხვა ადგილობრივი თუ საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ საქართველოში პაციენტები მედიკამენტებზე საშუალოდ ორჯერ მეტს ხარჯავენ, ვიდრე ევროპაში.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების სტრუქტურაში მედიკამენტების წილი 2007-2010 წლების პერიოდში 49%-დან 55%-მდე გაიზარდა[2]. საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მიხედვით, 2007-2011 წლების პერიოდში სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში 40%-დან 48%-მდე გაიზარდა[3], რაც ერთ-ერთი მაღალი მაჩვენებელია მსოფლიოში. შედარე-

1 Verulava T, Maglakelidze T. (2018). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences.;11(2): 143-150.

2 საერთაშორისო ფონდი „კურაციო". „მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილებები", 2009-2011.

3 საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. 2007-2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ბისათვის, ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯი დაახლოებით 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს[1]. აღნიშნული მძიმე ტვირთად აწევს მოსახლეობას.

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით[2], ზოგიერთი შინამეურნეობის სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები კატასტროფულად მაღალია. აღნიშნულმა ხარჯებმა მთლიანი ხარჯის 10 პროცენტზე მეტი შეადგინა შინამეურნეობების მთლიანი რაოდენობის 34.2%-ისთვის – რაც 2015 წლის მაჩვენებელს (29.8%) აღემატება. გარდა ამისა, შინამეურნეობების 26.4%-ისთვის, ჯანდაცვის ხარჯებმა არასასურსათო ხარჯის 25%-ზე მეტი შეადგინა, რაც 2015 წლის მონაცემს (25.1%) აღემატება. აღნიშნული ზრდის ერთ-ერთ მიზეზად მედიკამენტების ღირებულება სახელდება. შინამეურნეობების დაახლოებით 27.8%-მა (2015 წ. – 26.4%) აღნიშნა, რომ მედიკამენტების შეძენა მათთვის უმთავრესი პრობლემა იყო. მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების საშუალო მაჩვენებელი საგრძნობლად გაიზარდა ხარჯების სხვადასხვა კვინტილში.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯების უმთავრეს მიზეზებს წარმოადგენენ მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნის პრაქტიკა, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება, რეცეპტურის არასაკმარისი გამოყენება, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ფინანსური ლიმიტი, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგი[3].

მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნის პრაქტიკა

მედიკამენტებზე მაღალ დანახარჯებს განაპირობებს მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნა. მკურნალობის დანიშვნისას ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ ძირადღირებული ორიგინალი ბრენდებით მკურნალობას და შედარებით ნაკლებად იყენებენ დაბალფასიან გენერიკული დასახელების მედიკამენტებს. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხე-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

2 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.

3 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013. გვ.62

დვით, მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულ ექიმთა უმეტესობის (56%) აზრით მედიკამენტების შერჩევისას მედიკამენტის ფასი ძალიან მნიშვნელოვანია, მათ მიერ 57.4%-ში ინიშნება ორიგინალი ბრენდი, ბრენდ-გენერიკი – 24.3%-ში, ხოლო 18.3%-ში გენერიული მედიკამენტი[1]. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ იმავე კვლევის მიხედვით, ექიმების აზრით, ბრენდის ექვივალენტი გენერიული მედიკამენტი არის მაღალი ხარისხის (55 %) ან საშუალო ხარისხის (38%), უსაფრთხო (71 %), მისივე ბრენდთან შედარებით არის კლინიკურად შედარებით ეფექტური (36%) ან თანაბრად ეფექტური (35%)[2].

გენერიული დასახელების მედიკამენტების დანიშვნის დაბალ დონეზე გავლენას ახდენს ის გარემოებაც, რომ დაბალია ასეთი სახის მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გენერიული დასახელების მედიკამენტები ნაკლებადაა წარმოდგენილი საცალო აფთიაქებში, შედეგად, გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე მომხმარებლის ხელმისაწვდომობა დაბალია[3].

2009 წლის სექტემბერში მთავრობამ განახორციელა „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონის ლიბერალიზაცია, რომლის შედეგად შესაძლებელი გახდა პარალელური იმპორტი და გამარტივდა იმ ფარმაცევტული პროდუქტის რეგისტრაცია, რომელიც წარმოებულია და/ან დარეგისტრირებულია ევროკავშირისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის ქვეყნებში, აშშ-ში, კანადაში, იაპონიასა და სხვა ქვეყნებში. საქართველოს ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის დაშვება ხორციელდება სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმით ან სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით. მოიხსნა ფარმაცევტული პრეპარატების ბაზარზე შესვლის ბარიერები, ბაზარი გახდა თავისუფალი და კონკურენტუნარიანი ადგილობრივი და უცხოური ფარმაცევტული ინდუსტრიისთვის. იმ ფარმაცევტულ პროდუქციაზე, რომელიც უკვე რეგისტრირებულია საქართველოს ბაზარზე და შემოდის განსხვავებული

1 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

2 იქვე. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014.

3 გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2009-2011 წლებში. 2012 წ.

მარკირებით, მოქმედებს მხოლოდ შეტყობინების რეჟიმი[1].

საერთაშორისო ფონდი „კურაციომ“ შეისწავლა მთავრობის მიერ განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილებების შედეგები. შესწავლილ იქნა 52 ორიგინალ ბრენდ და მათ ექვივალენტ დაბალ ფასიან გენერიული დასახელების მედიკამენტზე ხელმისაწვდომობა, ფასები და ფასნამატის მარჟები[2]. კვლევის შედეგებით, 2011 წელს 2009 წელთან შედარებით ფასნამატის კლება დაფიქსირდა როგორც ბრენდ ასევე გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე[3]. 2011 წელს ფასნამატის საგრძნობი კლება შეიმჩნეოდა განსაკუთრებით ორიგინალ ბრენდ მედიკამენტებზე (ფასნამატი 56%-ით შემცირდა), მაშინ როდესაც გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე ფასნამატის შემცირება მხოლოდ 18.3%-ით მოხდა ანალოგიურ პერიოდში; 2011 წელს 2009 წელთან შედარებით ორიგინალ ბრენდ მედიკამენტებზე ყველაზე დიდი ფასნამატის კლება დაფიქსირდა პსპ/ავერსი/ჯიპისის აფთიაქთა ქსელში, სადაც თუ 2009 წელს ორიგინალ ბრენდებზე საშუალო ფასნამატი 90.7%-ს შეადგენდა 2011 წელს ფასნამატის მოცულობამ მხოლოდ 17.1% შეადგინა[4]. ამავე პერიოდში ამავე ქსელებში გენერიულ მედიკამენტებზე ფასნამატი მხოლოდ 88.5%-დან 81.4%-მდე შემცირდა, მაშინ როდესაც სხვა ქსელებში გენერიულ მედიკამენტებზე ფასნამატი მხოლოდ 55.7%-ს შეადგენს[5]. კვლევა ადასტურებს, რომ კონკურენცია გაცილებით მაღალია ორიგინალ ბრენდებზე, რაც ფასის კლებას იწვევს და შედარებით ნაკლებია გენერიულ მედიკამენტებზე; შესაბამისად ფასნამატის მოცულობები ბრენდებზე მნიშვნელოვნად მცირდება და გენერიკებზე კი არა; მიუხედავად დაფიქსირებული ფასნამატის შემცირებისა, საქართველოში მედიკამენტების ფასნამატი მაინც უფრო მაღალი რჩება ევროპის ქვეყნებთან შედარებით[6].

---

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ.64

2 გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2009-2011 წლებში. 2012 წ.

3 იქვე. გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. 2012 წ.

4 იქვე. გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. 2012 წ.

5 იქვე. გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. 2012 წ.

6 იქვე. გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. 2012 წ.

მედიკამენტების რაციონალურად დანიშვნის პრაქტიკაზე მსჯელობისას მნიშვნელოვანია თუ რამდენს შეადგენს ექიმის მიერ ერთდროულად დანიშნულ მედიკამენტთა საშუალო რაოდენობა. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, ექიმები უმეტეს შემთხვევაში (51%) ნიშნავენ 3 და მეტ მედიკამენტს, შედარებით ნაკლებად 1 (25%) და 2 (24%) მედიკამენტს[1].

მოსახლეობის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო და ფარმაცევტული სფეროების სუსტი რეგულირება. კვლევის მიხედვით, მედიკამენტების დანიშვნისას ექიმთა მხოლოდ 59% იყენებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინას, ხოლო 11% ეყრდნობა ფარმაცევტულ წარმომადგენლებს[2]. თუმცა, სადაზღვევო ასოცოაციის მიერ 2014 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ექიმები მედიკამენტის დანიშვნისას უმეტესად ითვალისწინებენ მტკიცებულებებით გამყარებულ კლინიკურ ეფექტურობას (76%), კლინიკურ გაიდლაინებს (69%), საკუთარ გამოცდილებას (52%), ხოლო ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლის რჩევას მხოლოდ 1 %[3].

სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების 2010 წლის კვლევის მიხედვით, უღარიბეს კვინტილში მოსახლეობის პროცენტული წილი, ვისაც დაენიშნა მედიკამენტები და ვერ მოახერხა მათი შეძენა, ორჯერ და მეტად აღემატება უმდიდრეს კვინტილში ასეთი პირების პროცენტულ რაოდენობას[4].

1 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2011. დანიშნულებების პრაქტიკა საქართველოში

2 იქვე. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2011.

3 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013)

4 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010

ცხრილი 3:

მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები

მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები	თბილისი	რეგიონები	სულ
მტკიცებულებებით გამყარებულ კლინიკურ ეფექ-ტურობას	80%	74%	76%
კლინიკურ გაიდლაინებს	69%	74%	73%
საკუთარ გამოცდილებას	52%	48%	49%
მკურნალობის ხარჯეფექტურობას	23%	19%	20%
მედიკამენტის ფასს	15%	13%	14%
მედიკამენტის მწარმოებელს (ქვეყნას)	24%	18%	19%
ადგილობრივ ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტის გაყიდვაში არსებობას	15%	9%	10%
პაციენტის მოთხოვნას/სურვილს/ძველ გამოცდილე-ბას	3%	6%	5%
სხვა	1%	3%	3%
მედიკამენტს, რომელსაც ხშირად იყენებენ ჩემი კოლეგები	2%	3%	3%
ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლის რჩევას	1%	4%	3%
მედიაში ყველაზე მეტად რეკლამირებულ მედიკა-მენტს	1%	0%	0%

წყარო: საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მ.

იმავე კვლევის მიხედვით, მკურნალობისთვის მედიკამენტების შერჩევისას ექიმების 34% ყველაზე მეტად ეყრდნობა ფარმაცევტული კომპანიების მიერ მოწოდებულ საინფორმაციო მასალებს[1].

ცხრილი 4:

მკურნალობისათვის მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები

მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები	%
ეროვნულ კლინიკურ გაიდლაინები/პროტოკოლები	64%
საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინები/პროტოკოლები	52%
სამედიცინო სახელმძღვანელოები	44%
ფარმაცევტული კომპანიების მიერ მოწოდებული საინფორმაციო მასალები	34%
სამედიცინო კონგრესის/კონფერენციების მიერ გამოქვეყნებული ინფორმაცია	33%
სამედიცინო ჟურნალგაზეთებში გამოქვეყნებული სტატიები	22%
სხვა	10%

წყარო: საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მ.

1 იქვე. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014.

ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის

ხანდაზმულებს უფრო ხშირად აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, მათ შორის ქრონიკული დაავადებები, რომლებიც იწვევენ შესაძლებლობების შეზღუდვას და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას[1]. დაბერების შედეგად სუსტდება იმუნური სისტემა, ქვეითდება ორგანიზმის თვითაღდგენის უნარი და იზრდება სხვადასხვა დაავადებების განვითარების საფრთხე. ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის რიცხოვნობის ზრდასთან ერთად იზრდება მათ ჯანდაცვაზე და ხანგრძლივ ზრუნვაზე გასაწევი ხარჯები[2]. ხანდაზმულებში მედიკამენტების მოხმარების ზრდა იწვევს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას[3],[4],[5].

საპენსიო ასაკის პირები სარგებლობენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სრული მომსახურებით[6]. პროგრამით გათვალისწინებულია როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული გეგმიური და გადაუდებელი სერვისები.

2015 წლის კეთილდღეობის მონიტორინგის კვლევის[7] თანახმად, პენსიონერთა ორი მესამედისთვის (65 პროცენტი) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სამედიცინო ხარჯების დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს. დარჩენილი ერთი მესამედისთვის, სამედიცინო ხარჯები ძირითად შინამეურნეობის ბიუჯეტიდან ან მეგობრებისა და ნათესავებისაგან მიღებული დახმარებით იფარება. ექიმთან უკანასკ-

1 McDonald MV, Peterson LE, Dugan L. (2008). Finding success in medication management. Home Health Care Management and Practice. 20(2):135-140.

2 Verulava T, Grdzelishvili A, Magaldadze M, Makharashvili A, Chibukhaia G, Jorbenadze R, Dangadze. B. (2018a). Social problems of Alzheimer's patients and their family members. Home Health Care Management & Practice.

3 Morgan SG, Agnew JD, Barer ML. (2004). Seniors' prescription drug cost inflation and cost containment: evidence from British Columbia. Health Policy. 68(3):299–307.

4 Thomas CP, Ritter G, Wallack SS. (2001). Growth in prescription drug spending among insured elders. Health Aff. 20(5):265–277.

5 Alpert PT. (2015). Issues Surrounding Polypharmacy. Home Health Care Management and Practice. 27(4):256-258.

6 Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. (2017). Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News. 262 (1): 116-120.

7 UNICEF (2016). The Welfare Monitoring Survey 2015. Summary. Tbilisi, UNICEF.

ნელი ვიზიტის დროს სამედიცინო კონსულტაციებზე ხანდაზმულების მიერ გაღებული თანხა (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიერ დაფარული ხარჯების მიღმა) საშუალოდ 25 ლარს შეადგენს.

საპენსიო ასაკის ბენეფიციარებში თავიანთი ასაკის ხშირია ავადობა და განეკუთვნებიან ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს[1]. ბევრ ქვეყნებში მოსახლეობის ამ ნაწილის სამედიცინო მომსახურებას, მათ შორის მედიკამენტებით უზრუნველყოფას სახელმწიფო ფარავს. იმის გათვალისწინებთ, რომ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი უმეტესად საპენსიო ასაკისაა, ადვილი წარმოსადგენია ჯანდაცვის სერვისებზე და განსაკუთრებით მედიკამენტებზე მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები[2],[3].

„ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის“ მიერ 2018 წელს ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა[4], რომელიც მიზნად ისახავდა საპენსიო ასაკის მოსახლეობის მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასებას. გამოკითხულთა უმრავლესობის შინამეურნეობის თვიური შემოსავალი 500-1000 ლარის ფარგლებში მერყეობდა (287 პირი, 41%). იმის გათვალისწინებით, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობისათვის (76%) შემოსავლის მთავარი წყარო პენსიაა, პერსონალური შემოსავალი შეადგენდა 200 ლარზე ნაკლებს, ხოლო საშუალო შემოსავალი – 220 ლარს.

მედიკამენტების მომხმარებელია 60-75 წლის პენსიონერთა 78% და 75 წელზე მეტი ასაკის 92%. რესპოდენტთა 20% (140) ერთდროულად იყენებს ხუთზე მეტ მედიკამენტს, ხოლო 34% (238) – სამიდან ხუთ მედიკამენტს. საშუალოდ თითოეული პირის მიერ გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა შეადგენდა 3.1 (SD = 2.3) (ცხრილი 2). ხანდაზმულები ყველაზე ხშირად იყენებენ გულსისხლძარღვთა სისტემის სამკურნალო საშუალებებს (66%).

1 Verulava T. (2018). Pension System in South Caucasus: Challenges and Reform Options. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences.;12 (1):168-174.

2 Verulava T, Sibashvili N. (2015). Accessebility to Psychiatric Services in Georgia. African Journal of Psychiatry (South Africa).;18 (3):1-5.

3 Verulava T, Gabuldani M. (2015). Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). Gazi Medical Journal. 26(2): 42-45.

4 ვერულავა, თენგიზ. (2019). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ეკონომისტი.

კითხვაზე, ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში რა ქმედებებს განახორციელებენ, რესპოდენტთა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ ისინი მედიკამენტებს შეიძენენ აფთიაქში რეცეპტის გარეშე (57%), ასევე მაღალია იმ რესპოდენტთა წილი ვინც ეწევა თვითმკურნალობას (37%). თუმცა, ექიმთან კონსულტაცია აღნიშნა რესპოდენტთა საკმაოდ მნიშვნელოვანმა ნაწილმა (46%).

რესპოდენტთა მეტი წილი (39%) თვეში ხარჯავს 51-75 ლარის მედიკამენტს. მედიკამენტებზე საშუალო ხარჯი შეადგენს 72 ± 13, რაც პენსიონერის პერსონალური შემოსავლის 33%-ია. რესპოდენტთა 27% ჯიბიდან არაფერს იხდიან მედიკამენტებზე, რადგან ისინი ჩართულნი არიან სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამაში. რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები ისევ მაღალია. პენსიონერთა 29% თვეში ჯიბიდან იხდის 51-75 ლარს, ხოლო 16% - 76-100 ლარს. მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს 56 ± 11, რაც პენსიონერის პერსონალური შემოსავლის 25%-ია.

გამოკითხულთა დიდმა ნაწილმა ოჯახში არსებულ მთავარ პრობლემად დაბალი პენსია (28%) დაასახელა, შემდეგ მოდის მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები (26%). რესპოდენტთა თითქმის მესამედი (31%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკითხულთა 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. პენსიონერთა 54% შეძლო დანიშნული მედიკამენტის სრულად შეძენა.

შესწავლილ იქნა პენსიონერთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. რესპოდენტთა პასუხებმა გვაჩვენა, რომ ამ მხრივ ხანდაზმულთა ინფორმირებულობის დონე დაბალია. გამოკითხულ პენსიონერთა უმეტესობამ (64%) არაფერი იცოდა იმის თაობაზე, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერებს. აღნიშნულის შესახებ რესპოდენტთა მხოლოდ 36%-ს ჰქონდა ინფორმაცია.

კვლევის შედეგებით გამოკითხულთა შორის ქვრივების სიჭარბე აჩვენებს ოჯახური კავშირების და ურთიერთობების ცვლილებებს ხანდაზმულობის ასაკში.კერძოდ, ამ ასაკში ხდება პარტნიორული ურთიერთობების შეწყვეტა ერთ-ერთი მეუღლის გარდაცვალების გამო.

ცხრილი 1.

საპენსიო ასაკის მოსახლეობის მიერ მედიკამენტების გამოყენება და ხარჯები

მახასიათებლები	რესპოდენტთა რაოდენობა (n=700)	%
მედიკამენტების გამოყენება ასაკის მიხედვით		
60-75	445 (ნ=571)	78
≥75	119 (ნ=129)	92
არ იყენებს	136 (ნ=700)	19
ერთდროულად გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა		
1-2 მედიკამენტი		
3-5 მედიკამენტი	322	46
≥ 5	238	34
მედიკამენტების საშუალო რაოდენობა გამოყენებული თითო პირის მიერ	140 3.1 ± 2.3	20
ფარმაკოლოგიური ჯგუფები, რომლებსაც ყველაზე ხშირად იყენებენ *		
გულსისხლძარღვთა სისტემა	462	66
ანალგეზიური/ანთებისსაწინააღმდეგო	217	31
ვიტამინები	168	24
ცენტრალური ნევრული სისტემის	182	26
ჰიპოგლიკემიური	126	18
სხვა	287	41
ქმედებები ჯანმრთელობის პრობლემების შემთხვევაში*		
ექიმთან კონსულტაცია	322	46
მედიკამენტების მიღება საოჯახო აფთიაქიდან	189	27
მედიკამენტების ყიდვა აფთიაქში რეცეპტის გარეშე	399	57
სხვა ადამიანების მოსაზრების გაზიარება	77	11
თვითმკურნალობა	259	37
მედიკამენტებზე დანახარჯები თვეში		
50 ლარზე ნაკლები	196	28
51-75 ლარი	273	39
76-100 ლარი	140	20
100 ლარზე მეტი	92	13
საშუალო დანახარჯი	72 ± 13	
მედიკამენტებზე ჯიბიდან დანახარჯები		
0 ლარი	189	27
50 ლარზე ნაკლები	133	19
51-75 ლარი	203	29
76-100 ლარი	112	16
100 ლარზე მეტი	63	9
საშუალო ხარჯი	56 ± 11	

ცხრილი 2.

საპენსიო ასაკის მოსახლეობის მიერ მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა

	n	%
ოჯახის მთავარი პრობლემა		
მედიკამენტზე ხარჯები საკმაოდ მაღალია		26
უმუშევრობა		16
დაბალი პენსია		28
საკვების ყიდვა		23
კომუნალური გადასახადები		5
არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები		2
ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა		
სრულად ვერ შევიძინე,	217	31
საერთოდ ვერ შევიძინე.	105	15
სრულად შევიძინე	378	54
ხანდაზმულთა ინფორმირებულობა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ		
მაქვს ინფორმაცია		
არ მსმენია პროგრამის შესახებ	252	36
	448	64

შედეგად, ხანდაზმულები მოკლებული არიან მეუღლეების პრაქტიკულ და ემოციურ თანადგომას. მეუღლის გარდაცვალება ასევე ნიშნავს ორიდან ერთი პენსიის დაკარგვას, რაც შინამეურნეობის დონეზე აღარ იძლევა მასშტაბის ეკონომიის მიღწევის საშუალებას. შედეგად, დაქვრივება აუარესებს ფინანსურ მდგომარეობას. ხანდაზმულები სოციალური იზოლაციისა და ეკონომიკური სიდუხჭირის საფრთხის წინაშე დგანან.

ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ხანდაზმულთათვის მედიკამენტები ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მედიკამენტების მომხმარებელ ხანდაზმულთა რაოდენობა 78-92%-ის ფარგლებში მერყეობს, რაც

მცირედ აღემატება საერთაშორისო კვლევებში დაფიქსირებულ მაჩვენებელს[1].

კვლევით დადგინდა პოლიფარმაცია, ანუ პაციენტი იღებს იმაზე მეტ წამლებს, ვიდრე კლინიკურად ნაჩვენებია ავადმყოფის მდგომარეობისათვის. რესპოდენტთა 54% ერთდროულად იყენებს სამზე მეტ მედიკამენტს (20% - ხუთზე მეტს, ხოლო 34% – 3-5-ს).

რესპოდენტთა უმრავლესობა (57%) ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში ექიმის ნაცვლად მიმართავს აფთიაქს, სადაც ყიდულობს მედიკამენტებს რეცეპტის გარეშე. სხვა კვლევებით რეცეპტის გარეშე მედიკამენტების ყიდვა შეადგენს 37%-ს[2]. ასევე, მაღალია იმ რესპოდენტთა წილი ვინც ეწევა თვითმკურნალობას. აღნიშნული აჩვენებს ხანდაზმულთა არარაციონალურ არჩევანს საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემის დროს. ამ მხრივ, აფთიაქი და თვითმკურნალობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების არაფორმალურ ქსელში. მიუხედავად ამისა, რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის მედიკამენტების მიღების მთავარი წყარო ექიმია (46%).

რესპოდენტთა შინამეურნეობის საშუალო თვიური შემოსავალი 500-1000 ლარის ფარგლებში მერყეობს (41%), რაც საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ დადგენილი ერთ შინამეურნეობაზე საშუალო თვიურ შემოსავალს (1110.7 ლარი) ჩამორჩება. პენსიონერები საშუალოდ საკუთარი შემოსავლის 33%-ს ხარჯავენ მედიკამენტებზე. მიუხედავად ამისა, კვლევა აჩვენებს, რომ ხანდაზმულთა უმრავლესობა (54%) ახერხებს შეიძინოს მათთვის საჭირო მედიკამენტები. თუმცა, რესპოდენტები ოჯახის უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას (26%). რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თანხა 50 ლარს აღემატება, ხოლო საშუალო თვიური დანახარჯი საკუთარი პერსონალური შემოსავლის 25%-ია. რესპოდენტთა თითქმის მესამედი (31%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკი-

1 Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. (2001). Analysis Group of The MRCCFA Study. The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Self-reported medication use for older people in England and Wales. J Clin Pharm Ther. 26(2):129-140.

2 Coelho, Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. (2004). Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. Rev Saude Publica. 38(4):557-564.

თხულთა 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. ჩატარებული კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა ისევ პრობლემად რჩება პენსიონერთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის.

თუმცა, სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა შედარებით გაუმჯობესდა. 2014 წელს ჩატარებულ კვლევასთან[1] შედარებით, გამოვლინდა, რომ თუ დღეისათვის რესპოდენტთა დიდი ნაწილისათვის მთავარი პრობლემაა დაბალი პენსია (28%), ხოლო შემდეგ – მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები (26%), 2014 წელს ჩატარებული კვლევის დროს მთავარ პრობლემად დასახელდა მედიკამენტების შეძენა (36%). იმ პენსიონერთა რაოდენობა, რომლებმაც სიძვირის გამო სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი 38%-დან 31%-მდე შემცირდა. ხოლო იმ პენსიონერთა რაოდენობა, რომლებმაც საერთოდ ვერ შეძლეს მისი შეძენა 32.4%-დან 15%-მდე შემცირდა. შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ 2017 წელს ამოქმედებულმა სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ გარკვეულწილად შეამსუბუქა ხანდაზმულების, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა.

დაბალია დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. ხანდაზმულთა უმეტესობამ არ იცის, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერებს.

2017 წლის ივლისიდან ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შემოღებამ დადებითი როლი ითამაშა სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. მიუხედავად ამისა, მედიკამენტებზე დანახარჯები მძიმე ტვირთად აწვება იმ ხანდაზმულთა შემოსავლებს, რომლებიც რომლებიც არ არიან რეგისტრირებულნი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში. კვლევამ აჩვენა, რომ მედიკამენტებზე საშუალო დანახარჯები ხანდაზმულთა საპენსიო შემოსავლების საკმაო ნაწილს შეადგენს.

1 Verulava T. (2014). Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country). HealthMED. 8(9):1078-1082.

სასურველი იქნებოდა, პროგრამას მოეცვა არამარტო სოციალურად დაუცველები, არამედ საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფები, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის სამკურნალო მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები, არაიშვიათად შესაძლოა კატასტროფული და შესაბამისად მათი გაღატაკების მიზეზი აღმოჩნდეს.

ჯანდაცვის არაფინანსური ხელმისაწვდომობა

ჯანდაცვის არაფინანსური ბარიერები მოიცავს საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურეობაზე ფიზიკურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. ასევე, პაციენტებს და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ენის, განათლების, კულტურული განსხვავებების შედეგად, აგრეთვე გენდერული და რასის ფაქტორების გამო წვდომის უუნარობას[1].

ფიზიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გულისხმობს მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლის შესაძლებლობას. სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა სახელმწიფოს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს.

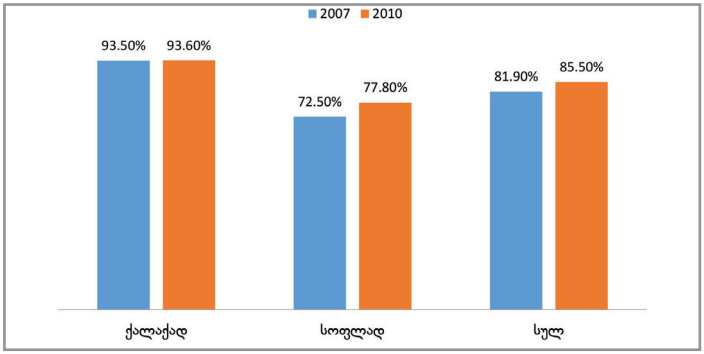
2007 და 2010 წლებში საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, პაციენტთა დახლოებით 80-85%-ს შეუძლიათ მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა. ხოლო, სოფლად, პაციენტთა 78%-ს შეუძლიათ მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა. ასევე, ბოლო სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარების ადგილამდე მისვლის მედიანური დრო შეადგენდა 30 წუთს ყველა რაიონში[2].

სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის მიხედვით, სოფლის მოსახლეობისთვის ექიმთა ხელმისაწვდომობა ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. სოფლად ამბულატორიული დაწესებულებების წილი, სადაც რესპოდენტთა გადმოცემით ექიმი იმყოფება 5 ან მეტი დღე კვირაში,

1 King TE, Wheeler MB. Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients. New York, NY:McGraw-Hill;2007

2 saqarTvelos Sromis, janmrTelobisa da socialuri dacvis saministro. jandacvis sistemis efeqturobis Sefasebis angariSi. Tbilisi. 2013.

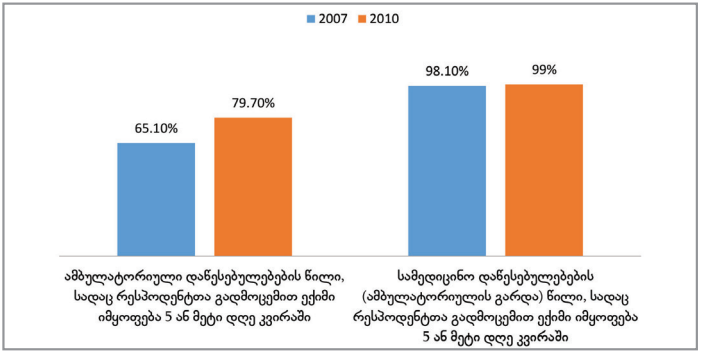
ნახატი 1: მგზავრობის წილი, რომელთაც ჩვეული საშუალებებით შეუძლიათ იმ სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა, სადაც ისინი ჩვეულებრივ ხვდებიან ექიმს



წყარო: სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევა

2007-2010 წლების პერიოდში გაიზარდა 65.1%-დან 79.7%-მდე; ასევე საკმაოდ მაღალია ექიმთა ხელმისაწვდომობა სხვა სამედიცინო დაწესებულებების მიმართაც[1].

ნახატი 2: სამედიცინო დაწესებულებების წილი, სადაც ექიმი იმყოფება 5 ან მეტი დღე კვირაში



წყარო: სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაც-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

ვის დანახარჯების კვლევა.

საბაზისო სერვისებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად გამოიყენება სამედიცინო მომსახურეობის გაწევის ადგილზე ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარების შესაძლებლობა. 2007 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, როგორც ქალაქად, ისე სოფლად მცხოვრები პაციენტების 80%-ზე მეტს შეეძლო ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარება იმავე დაწესებულებაში, რომელსაც მიმართა ბოლო კონსულტაციისათვის. აღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ მოსახლეობისათვის საბაზისო სამედიცინო სერვისები ფიზიკურად და გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომია[1],[2].

1 შინამეურნეობათა გამოკითხვის შედეგები ჯანდაცვითი სერვისების მოხმარებისა და ჯანდაცვითი ხარჯების შესახებ. საბოლოო ანგარიში. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი. თბილისი, საქართველო, სშჯსდ სამინისტრო, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტი, ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფი, გაერთიანებული სამეფო, საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. 2007.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013

ადამიანური რესურსები ჯანდაცვის სექტორში

სამედიცინო პერსონალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ადამიანურ რესურსებს წარმოადგენენ „ადამიანების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებში მონაწილე ყველა ადამიანები“[1]. ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებულია 150-ზე მეტი სპეციალობის ადამიანი. ჯანდაცვის სისტემის ადამიანური რესურსები მოიცავს ექიმებს, ექთნებს, ანუ მათ, ვინც უშუალოდ მონაწილეობენ პაციენტის მკურნალობაში, ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალს, ანუ მათ, ვინც ხელს უწყობენ სისტემის გამართულ მუშაობას, თუმცა პირდაპირ არ ახდენენ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას და მომიჯნავე სპეციალობის მქონე პერსონალს, რომელიც, აგრეთვე, შესაძლოა მონაწილეობდეს დამოუკიდებლად ან სამედიცინო პერსონალთან ერთად სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გაბხორციელებაში (ფსიქოლოგები, სოციოლოგები, ფარმაცევტები და სხვ.)[2].

სამედიცინო კადრების – ექიმების, ექთნების, ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალის მოვალეობაა არსებული რესურსებით ჯანმრთელობის საუკეთესო შედეგების მიღწევა[3]. საკადრო რესურსები წარმოადგენს მნიშვნელოვან ინვესტიციას ჯანდაცვის სისტემაში. ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობა, საბოლოო ჯამში დამოკიდებულია სამედიცინო კადრების ცოდნაზე, უნარებზე და მოტივაციაზე.

ადამიანური რესურსების განვითარებაში სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებული პრობლემები შეინიშნება, თუმცა, შეიძლება გამოიყოს შემდეგი საერთო პრობლემები:

- სამედიცინო პროფესიების დისბალანსი: ექიმების სიჭარბე, მედდებისა და ჯანდაცვის სხვა მუშაკების დეფიციტი;
- სპეციალისტების სიჭარბე, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების დეფიციტი;

1 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

2 გერზმავა, ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი 2008.

3 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

- სოფლად სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი განაწილება;
- არასაკმარისი დაფინანსება, არასახარბიელო სამუშაო პირობები, დაბალი ანაზღაურება;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების არასაკმარისი რაოდენობა და განათლების დაბალი დონე;
- ჯანდაცვის მუშაკთა ლიცენზირების პრობლემები;
- არაადექვატური განათლების სტანდარტებით გამოწვეული ადამიანური რესურსების ხარისხის არასრულფასოვნება[1].
- ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები:
- სამედიცინო პერსონალის (ექიმები და ექთნები) გეოგრაფიული განაწილება;
- ექთანთა და ექიმთა რაოდენობის თანაფარდობა;
- ადამიანური რესურსების სტრუქტურა;
- მიმართვების შეფარდება ერთ სრული დატვირთვით მომუშავე ექიმის ექვივალენტურ რაოდენობასთან ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ დონეზე;
- სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი[2].

ამ ინდიკატორების მეშვეობით შესაძლებელია შეფასდეს, თუ რამდენად შესაფერისია ჯანდაცვის სისტემის საკადრო რესურსების შემადგენლობა ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების მიწოდებისა და მოსახლეობის ადეკვატური მოცვის უზრუნველყოფისათვის[3].

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2006 წლის მოწოდების თანახმად, „სათანადო კვალიფიკაციის კადრების მომზადება და მათი საჭირო ადგილას გამოყენება შესაბამისი დავალებების შესასრულებლად ჯანდაცვის საკადრო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია“[4]. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ

1 ტულჩინსკი თ. ვარავიკოვა ე. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა“. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012.

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

3 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

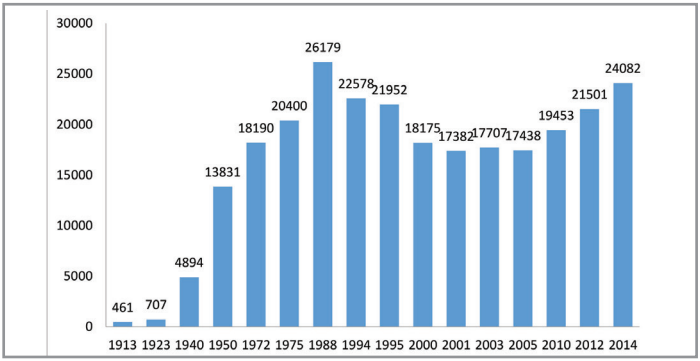
4 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

განსაზღვრა საერთაშორისო მინიმალური სტანდარტი მოსახლეობის სამედიცინო კადრებით მოცვისათვის: მინიმუმ 2.3 ჯანდაცვის მუშაკი 1000 მოსახლეზე (WHO, 2006). შედარებისათვის, 2012 წლის მონაცემებით, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 7.9-ს შეადგენდა[1].

ექიმებით უზრუნველყოფა

საბჭოთა პერიოდში ექიმთა უზრუნველყოფის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო მსოფლიოში, რაც ხარისხის ნაცვლად ჯანდაცვის სისტემის ექსტენსიური გზით განვითარებაზე მიუთითებდა. დამოუკიდებლობის პერიოდში მთავრობამ აღიარა სამედიცინო პერსონალის სიჭარბე. მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, სამედიცინო კადრების შემცირების პრობლემა საბაზრო მექანიზმებისთვის მიენდოთ[2].

ნახატი 1: ექიმების რაოდენობა, 1913-2012 წ.



წყარო: შედგენილია ავტორის მიერ სხვადასხვა წყაროებზე დაყრდნობით

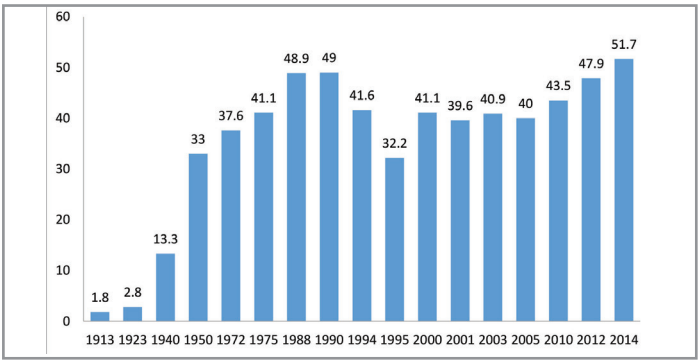
მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მრავალი ღონისძიება გატარდა სამედიცინო პერსონალის შესამცირებლად, მათი რაოდენობა მაინც მაღალია. 1990 წელს საქართველოში 1000 მოსახლეზე მოდიოდა 5.2 ექიმი, მაშინ როცა ყოფილ საბჭოთა კავშირში ეს მაჩვენებელი 3.9-ს,

1 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ.28

2 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

ევროგაერთიანებაში 3.1-ს შეადგენდა, ხოლო ცენტრალური და აღ-მოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში – 2.4-ს[1]. 1991-1995 წლების პერიო-დში ექიმთა რაოდენობა მკვეთრად შემცირდა და 1000 მოსახლეზე 32,2 შეადგინა. თუმცა შემდგომ პერიოდში ისევ შეინიშნება ზრდის ტენდენცია. ექსპერტთა აზრით იგი დაკავშირებული იყო ქვეყანაში კერძო უმაღლესი სასწავლებლების გახსნით, რომლის შედეგად წელიწადში დაახლოებით 3000 ექიმი იღებდა დიპლომს, როცა საჭი-როება არ აღემატებოდა 300-ს[2]. ამდენად, 1995 წლიდან მკვეთრად გაიზარდა საკადრო რესურსების შედინება ჯანდაცვის ბაზარზე.

ნახატი 2: ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10 000 მო-სახლეზე, 1913-2012 წ.



წყარო: შედგენილია ავტორის მიერ სხვადასხვა წყაროებზე დაყრდნობით

90-იანი წლების მეორე ნახევარში სახელმწიფომ შემოიღო რე-გულირების მექანიზმები (ექიმების სერტიფიცირებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა, სპეციალისტების გრძელ-ვადიანი მზადება რეზიდენტურაში), თუმცა, ამით მდგომარეობა არ გამოსწორებულა და 2014 წლისათვის ექიმთა უზრუნველყო-ფის მაჩვენებელი ისევ დაუბრუნდა 1990 წლამდე არსებულს და 1000 მოსახლეზე 5.2 ექიმი შეადგინა[3]. ექიმებით უზრუნველყოფის

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

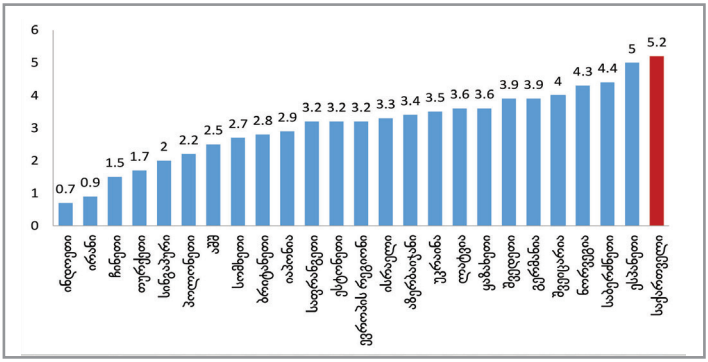
2 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.

3 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს შრომის, ჯანმრთ-

მაჩვენებლის მიხედვით, საქართველო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის ისევ პირველ ადგილს იკავებს და საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის[1;2].

2016 წლის მონაცემებით საქართველოში დასაქმებულ ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 24,082-ს. 2017 წლის მონაცემებით სერტიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 36,959-ს, სტომატოლოგიური სპეციალობების გარეშე 27,851-ს[3]. ექიმთა ზუსტი რაოდენობის განსაზღვრა პრობლემას წარმოადგენს, რადგან დასაქმებულ ექიმთა რაოდენობა შეიძლება მოიცავდეს იმ ექიმთა დუბლირებულ რაოდენობას, რომლებიც ერთზე მეტ სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობენ და ამასთან, სერტიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა არ ასახავს იმ ექიმებს, რომლებიც ეწევა პრაქტიკულ საქმიანობას[4].

ნახატი 3: ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე სხვადასხვა ქვეყნებში, 2014 წ.



წყარო: World Health Organization. Global Health Observatory data repository. 2015

ელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.

1 იქვე. ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012.

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

3 სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრი

4 ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 18

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით ექიმების სიჭარბით გამოირჩევა, ქვეყანაში კვლავ არსებობს დეფიციტური მიმართულებები, სადაც სათანადო კადრი თითქმის არ არის, ან თუ არის მეტად არასაკმარისი რაოდენობით. 2014 წელს საქართველოს მთავრობის N624 დადგენილებით ჩამოყალიბდა დეფიციტური და პრიორიტეტული მიმართულებები მაღალმთიანი და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებისთვის (თავისუფალი 40 ადგილით), სადაც ჯანდაცვის სამინისტრომ მაძიებლებს ფინანსური მხარდაჭერა შესთავაზა, თუმცა მაძიებლების მხრიდან დაბალი დაინტერესების გამო გამოყოფილი დაფინანსების ათვისება ვერ მოხდა[1].

ექთნებით უზრუნველყოფა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, „საექთნო საქმე ეხმარება პიროვნებებს, ოჯახებს და ადამიანთა ჯგუფებს განსაზღვრონ და წარმოაჩინონ მათი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პოტენციალი და შესაბამისად იმოქმედონ ცვალებად გარემოში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ. ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი და დაავადების თავიდან აცილებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. საექთნო საქმე ასევე გულისხმობს დაავადების ან რეაბილიტაციის პროცესში ზრუნვის დაგეგმვას და განხორციელებას, ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით“[2].

საბჭოური მოდელის მიხედვით, ექთნები ნაკლებად კვალიფიცირებულნი იყვნენ და ძირითადად წარმოადგენდნენ ექიმთა დამხმარეებს. რეფორმების შედეგად შეიცვალა ექთნის როლი. საქართველოში საექთნო საქმიანობის გაძლიერებას ხელი შეუწყო ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსმა, რომელმაც ორგანიზაცია გაუკეთა ექთნების სწავლებას საზღვარგარეთის საექთნო სკოლებში (მაგ., აშშ-ის ჯორჯიის შტატში, ატლანტის საექთნო სკოლაში)[3]. საექთნო საქმიანობის როლის ზრდა მნიშვნელოვნად განაპირობა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მთავარი ექთნის თანამდებობის შე-

1 იქვე. ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, 2018. გვ. 33

2 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

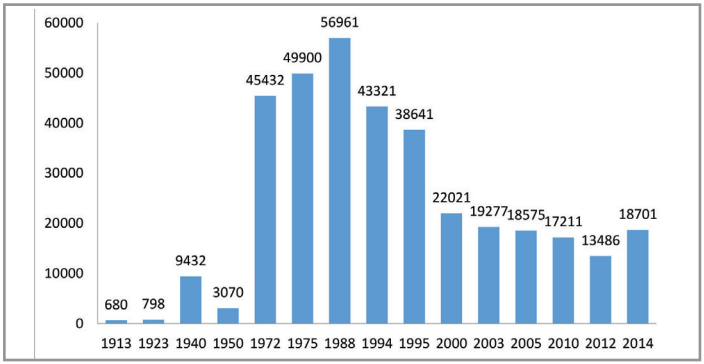
3 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

მოღებამ[1]. 1996 წელს შეიქმნა საქართველოს ექთანთა ასოციაცია.

ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებლისაგან განსხვავებით, საქართველოში ექთნების რაოდენობა ერთ-ერთი დაბალია ევროპის რეგიონში და წლიდან წლამდე მცირდება[2]. საქართველოში ექთნების რაოდენობა 1.8-ჯერ დაბალია ევრობის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით და 1.5-ჯერ ნაკლებია პოსტსაბჭოურ ქვეყნებთან შედარებით[3].

სავალალო მდგომარეობაა ექთნების დაბერების მაჩვენებელშიც, საბჭოური სამედიცინო განათლება მიღებული და მაღალი კვალიფიკაციის ექიმების და ექთნების საშუალო ასაკი უკვე გადაცდა 50 წელს, ხოლო უახლოეს წლებში მოსალოდნელია მათი დეფიციტი[4]

ნახატი 4: ექთანთა რაოდენობა, 1913-2012 წ.



წყარო: შედგენილია ავტორის მიერ სხვადასხვა წყაროებზე დაყრდნობით

სამედიცინო კადრების რაოდენობრივი დისბალანსი

სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება წარმოადგენს.

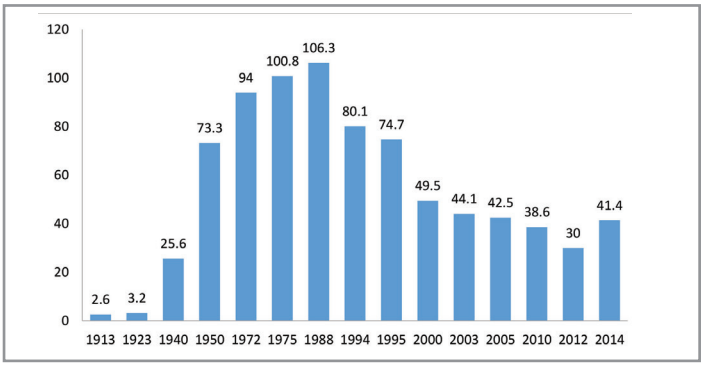
1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

3 ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 14

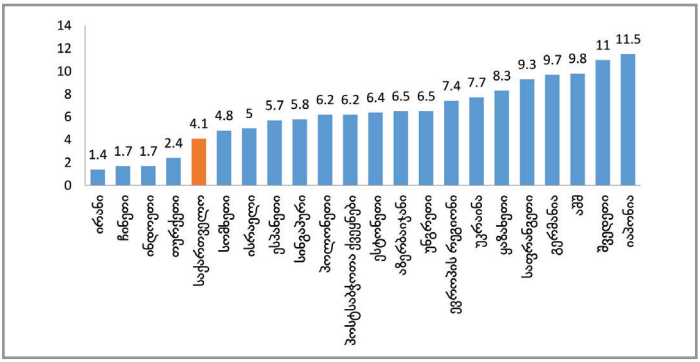
4 გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

ნახატი 5: ექთანთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10 000 მოსახლეზე, 1913-2014 წ.



წყარო: შედგენილია ავტორის მიერ სხვადასხვა წყაროებზე დაყრდნობით

ნახატი 6: ექთანთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე სხვადასხვა ქვეყნებში, 2015 წ.



წყარო: World Health Organization. Global Health Observatory data repository. 2015

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული შეფარდება არის 4:1[1]. საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი

1 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს შრომის, ჯანმრთ-

შეადგენს 1:0.8-ს, რითაც ერთ-ერთი ბოლო ადგილზეა ევროპაში[1]. შედარებისათვის, ევროპის რეგიონში ეს თანაფარდობა შეადგენს 2.3-ს ექთანს ერთ ექიმზე, პოსტსაბჭოურ ქვეყნებში – 2.0-ს, ბელგიაში – 6-ს, შვეიცარიაში – 5.3-ს, ხოლო გერმანიაში – 3.4-ს.[2] ჯანდაცვის სექტორში საექთნო კადრების ასეთი სიმცირე უარყოფითად ზემოქმედებს სამედიცინო მომსხურების ხარისხზე.

მიუხედავად ჯანდაცვაზე მწირი სახელმწიფო ხარჯებისა, საქართველოში ექთნების შედარებით იაფი ადამიანური რესურსის ნაცვლად იყენებენ ექიმების ძვირადღირებულ ადამიანურ რესურსს. ამ მხრივ, გასათვალისწინებელია, რომ სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებით პერსონალის ხელფასი შეადგენს სამედიცინო დაწესებულების ხარჯის დაახლოებით 60-70%-ს. აღნიშნული განაპირობებს სამედიცინო მომსახურების გაძვირებას, რაც თავის მხრივ, ფინანსურ ტვირთად აწვება მოსახლეობას[3].

სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული განაწილება

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო მუშაკების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება. ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი თბილისში ორჯერ და მეტჯერ აღემატება, როგორც ქვეყნის საშუალო, ისე დანარჩენი რეგიონების მაჩვენებლებს. ექიმთა სინაკლებე განსაკუთრებით თვალნათლივ სოფლად შეინიშნება. თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის მარტო 30% ცხოვრობს, დაახლოებით 15,000 ექიმი ემსახურება, მაშინ როდესაც მოსახლეობის დანარჩენ 70%-ს კი მხოლოდ 8,000 ექიმი[4].

ელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ.30.

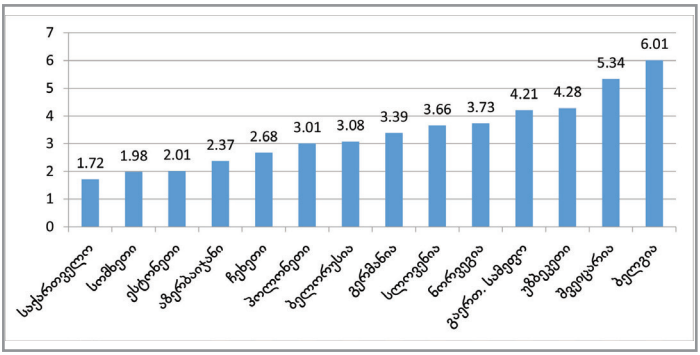
1 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

3 ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 7.

4 ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 8.

ნახატი 7: ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შეფარდების მაჩვენებელი (ექთნების რაოდენობა ერთ ექიმზე), 2010 წ.



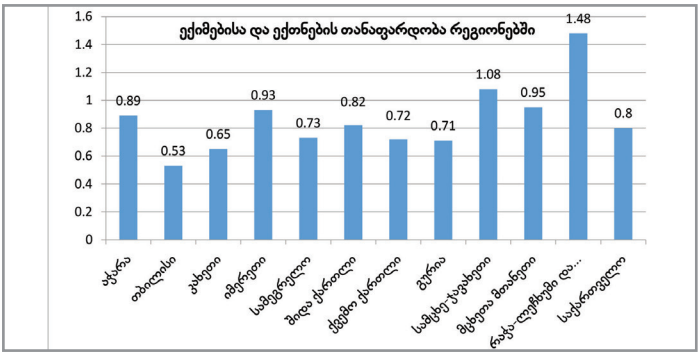
წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ.

ცხრილი 1: ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა, 2014 წ.

ქვეყანა	ექიმი	ექთანი
საქართველო	24082	18701
გერმანია	15257	49848
ევროპის საშუალო მაჩვენებელი	11969	27496
ინგლისი	10422	32407

წყარო: ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ 2014წ.

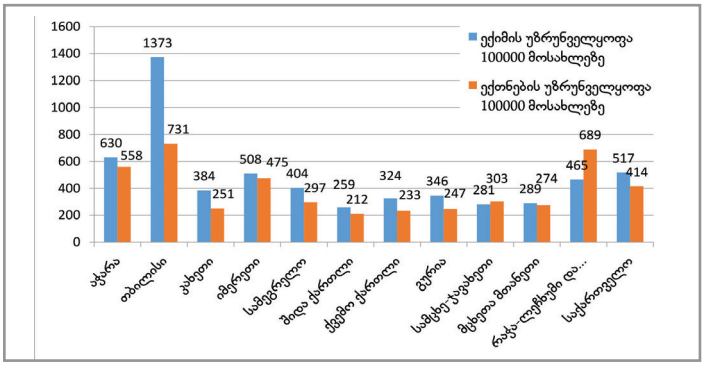
ნახატი 8: ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობა რეგიონებში, 2016 წელი



ექთნებით უზრუნველყოფა ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე

მაღალია მხოლოდ თბილისსა და რაჭა-ლეჩხუმში. ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ან უტოლდება ექთნების რაოდენობას ქვეყნის უმეტეს რეგიონში, მხოლოდ რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთის რეგიონია ექთნებისა და ექიმების რაოდენობის თანაფარდობის სასურველ დონესთან (2:1) მიახლოვებული[1].

ნახატი 9: ექიმებისა და ექთნების უზრუნველყოფის მაჩვენებლის გეოგრაფიული განაწილება, 2016



წყარო: ჯანმო/ევროპის ბიურო, ევროპის ჯანმრთელობა ყველასათვის მონაცემთა ბაზა, 2012 წლის ივნისი; დკ&სჯეც.

ექიმთა არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება მთელ მსოფლიოში აღინიშნება. 1995 წელს აშშ-ში უდიდესი ქალაქების ყოველ 1000 სულ მოსახლეზე 3.1 ექიმი მოდიოდა, შედარებით პატარა ქალაქებში – 2.4 ექიმი, ხოლო სოფლად – 0.5-0.2 ექიმამდე[2].

2012 წელს, აშშ-ში 64 მილიონზე მეტი ადამიანი (ძირითადად სოფლად და შიდა ქალაქი) ცხოვრობდა ისეთ რაიონებში, სადაც პროფესიონალთა დეფიციტია შემდეგ სფეროებში: პირველადი ჯანდაცვა (5,900 რაიონი 2013 წელს), სტომატოლოგიური დახმარება (4,600 რაიონში), ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა (3,800 რაიონში)[3]. აშშ-ის მოსახლეობის ერთი მეოთხედი და მოხუ-

1 იქვე. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება.

2 ტულჩინსკი თ. ვარავიკოვა ე. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა“. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012. გვ.641.

3 Weiss, G., Lonnquist, L. 2014. The Sociology of Health, Healing, and Illness. Routledge; 8 edition. 187

ცების ერთი მესამედი ცხოვრობენ სოფლად. თუმცა, ექიმების მხოლოდ 12 პროცენტი მოღვაწეობს სოფლად (მათგან ბევრი უახლოვდება საპენსიო ასაკს)[1].

სოფლად ექიმების დასაქმება

კვლევების მიხედვით, სოფლად ექიმების დაბალი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა განპირობებულია სამი ძირითადი ფაქტორით[2]:

1. პერსონალური ფაქტორები. საექიმო პრაქტიკის ადგილმდებარეობის უპირატესობა დამოკიდებულია ქალაქად ან სოფლად ცხოვრების პირად სურვილზე, კერძოდ, მეუღლის დასაქმების შესაძლებლობა, ბავშვების საგანმანათლებლო შესაძლებლობის ხარისხი, სოციალური და კულტურული ღონისძიებების არსებობა.

2. პროფესიული მოსაზრებები: საკონსულტაციოდ პროფესიული კოლეგების ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო ბიბლიოთეკების და უწყვეტი განათლების შესაძლებლობები.

3. ეკონომიკური ფაქტორები. ეკონომიკური ფაქტორები გავლენას ახდენენ საექიმო პრაქტიკის ადგილმდებარეობის უპირატესობაზე. ბევრ სოფლებში სიღარიბის გამო დაბალია ხელფასები; მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი დაუზღვეველია.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, ზოგ ქვეყნებში სახელმწიფო ხელს უწყობს კურსდამთავრებულთა სტიმულირებას სოფლად პრაქტიკის გავლის მიზნით, ასევე მუშავდება ექიმთა დეფიციტის რაიონებში მათი დასაქმების გაზრდის სტრატეგია. კვლევამ აჩვენა, რომ კურსდამთავრებულებიდან სოფლად პრაქტიკის დაწყება ყველაზე მეტად სურთ მათ, ვინც ასეთი ადგილებიდანაა და სურთ დაბრუნება. ამდენად, სამედიცინო უნივერსიტეტებში მიღების პოლიტიკამ შეიძლება დადებითი გავლენა მოახდინოს სოფლად ექიმების საჭიროების დაკმაყოფილებაზე (Hancock et al., 2009).

გარდა ამისა, 1972 წელს აშშ-ში შეიქმნა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური კორპუსი (NHSC), რათა უზრუნველყოს იმ მედიკოსი სტუდენტების ფინანსური დახმარება, რომლებიც დაიწყებენ საექიმო პრაქტიკას დეფიციტურ რეგიონებში განსაზღვრული

1 Weiss, G., Lonnquist, L. 2014. The Sociology of Health, Healing, and Illness. Routledge; 8 edition. 187

2 Weiss, G., Lonnquist, L. 2014. The Sociology of Health, Healing, and Illness. Routledge; 8 edition. 187

წლების განმავლობაში. ამ პროგრამით დაფინანსებულმა ექიმებმა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს სოფლის ჯანდაცვის განვითარებაში.

აშშ-ის მსგავსად, ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., დიდ ბრიტანეთში) შემოღებულია სპეციალური რეგულაციები, რომლებიც ექიმებს ავალდებულებენ ან სთავაზობენ ფინანსურ დაინტერესებას ისეთ ადგილებში მუშაობით, სადაც მათი სინაკლებეა[1].

ადამიანური რესურსების სტრუქტურა

უნივერსიტეტში სწავლების პერიოდში მედიკოსი სტუდენტები ცდილობენ გადაწყვიტონ მათი სპეციალიზაციის სფერო. სტუდენტები მიმართავენ რეზიდენტურას კონკრეტული სპეციალობით. სპეციალიზაციის არჩევანს ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან ექიმების მეტი პროცენტული წილი ვიწრო სპეციალობას (მაგალითად, ქირურგია, კარდიოლოგია, რადიოლოგია) უფრო მეტად ირჩევენ ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის სფეროს (საოჯახო მედიცინა).

ოჯახის ექიმთა და სპეციალისტთა შორის საკმაოდ დიდი დისბალანსის, ვიწრო სპეციალისტთა სიმრავლის ერთ-ერთი მიზეზია უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული პრობლემები[2]. ჯერ კიდევ საბჭოურ პერიოდში საქართველოში უფრო პრიორიტეტულად ითვლებოდა ვიწრო სპეციალისტების და არა თერაპევტების მომზადება. ექიმები უმთავრესად საავადმყოფოებში მუშაობას ანიჭებდნენ უპირატესობას. ამბულატორიულ დაწესებულებებში შედარებით დაბალი დონის ექიმები მუშაობდნენ.

დღეისათვისაც ექიმ-სპეციალისტების პროცენტული წილი მნიშვნელოვნად ჭარბობს ფართო პროფილის ექიმების (ოჯახის ექიმი) წილს. 100000 მოსახლეზე ფართო პროფილის ექიმების რაოდენობა (39.1) ორჯერ ნაკლებია საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით (88,6). საერთაშორისო პრაქტიკით ექიმთა საერთო რაოდენობაში ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმთა წილი 50-60%-ია; საქართველოში ექიმთა 70% არიან ვიწრო სპეციალისტები, ხოლო ზოგადი პრაქტიკის ექიმები მხოლოდ 30%-ს შეადგენენ[3].

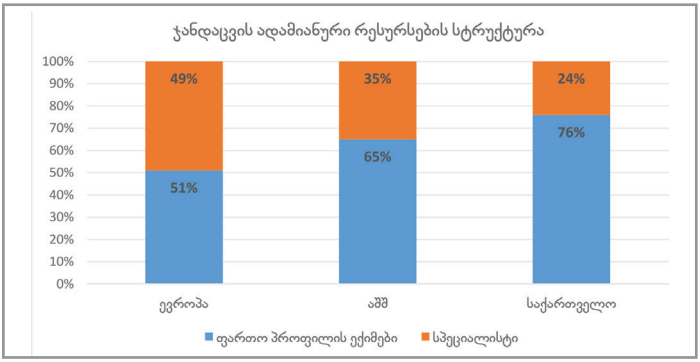
---

1 ტულჩინსკი თ. ვარავიკოვა ე. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა“. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012. გვ.641.

2 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

3 იქვე.

ნახატი 10: ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სტრუქტურა



წყარო: საერთაშორისო ფონდი კურაციო, დკ&სჯეც

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ქვაკუთხედია პირველად ჯანდაცვაზე და ოჯახის ექიმებზე ორიენტირებულ სისტემაზე გადასვლა. ამ თვალსაზრისით, შემუშავდა ექიმი სპეციალისტების ოჯახის ექიმებად გადამზადების პროგრამები, რომლებიც მიმართულია ექიმთა პროფესიულ გადანაწილებაში გარკვეული ბალანსის მისაღწევად.

საქართველოში დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით 2007-2011 წლებში გადამზადებული პჯდ ექიმების რაოდენობამ 1826, ხოლო ექთნების რაოდენობამ კი 1934 შეადგინა, რაც პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გეგმით განსაზღვრული საჭიროების 80%-ს აღემატება.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარება მნიშვნელოვანია ორი მიზეზების გამო. პირველ რიგში, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები ჯანდაცვის სისტემის მეკარიბჭეები არიან. თუ პირველადი ჯანდაცვა მიუწვდომელია, პაციენტები იძულებულნი არიან მიმართონ ნაკლებად შესაფერის ექიმ-სპეციალისტს. მეორე, სპეციალისტთან კონსულტაცია უფრო ძვირადღირებულია ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან ვიზიტი.

აშშ-ში ანალიტიკოსებმა გამოთვალეს, იმ შემთხვევაში როდესაც პაციენტი თავდაპირველად მიმართავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, ვიდრე ვიწრო სპეციალისტს, შესაძლებელი იქნება

წელიწადში 60 მილიარდი დოლარის ეკონომიის გაკეთება[1].

საქართველოს მსგავსად ამერიკელი ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ ვიწრო სპეციალიზაციას. ექიმების თითქმის 80 პროცენტი სპეციალისტებია. 1997-2010 წლების პერიოდში ამერიკული სამედიცინო სკოლების კურსდამთავრებულთა წილი, რომლებმაც სურვილი გამოთქვეს პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწეობის დაწყების 50%-ით შემცირდა.

საინტერესოა, თუ რა ფაქტორებმა შეუწყო ხელი პირველადი ჯანდაცვისადმი ინტერესის შემცირებას. კვლევები ადასტურებენ, რომ ვიწრო სპეციალობები ითვლებიან უფრო პრესტიჟულად, მეტია შემოსავლები, ნაკლებად დაძაბული სამუშაო გრაფიკით, უფრო მეტია კვლევების შესაძლებლობები, მაღალტექნოლოგიურ მედიცინაში მუშაობის მეტი შესაძლებლობები. რადგანაც ნაკლები ექიმი ირჩევს პირველად ჯანდაცვას, იქმნება მანკიერი წრე. პირველად ჯანდაცვაში ექიმების სინაკლეზე მათ გადატვირთულობას. შესაბამისად, მათ ნაკლები დრო რჩებათ თითოეული პაციენტის საკონსულტაციოდ და საფუძვლიანი საუბრისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებზე საჭიროება დიდია, მედიკოსი სტუდენტები მაინც ვიწრო სპეციალობებს ირჩევენ. მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმების დეფიციტი უახლოეს წლებში კიდევ უფრო გაიზრდება. აღნიშნული აღიარებულია ამერიკის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად.

სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობა

ექიმების სიჭარბის და მოსახლეობის მხრიდან სამედიცინო მომსახურების დაბალი მოხმარების ფონზე ექიმების პროდუქტიულობა დაბალია როგორც ჰოსპიტალში, ასევე ამბულატორიაში.

საქართველოში საავადმყოფოს ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 42 პაციენტს მკურალობს, უნგრეთში 104-ს და გერმანიაში კი 116-ს, ანუ თითქმის სამჯერ მეტს; საქართველოში ამბულატორიის ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 1,062 პაციენტს იღებს, ანუ დღეში 4.3-ს, ლიტვაში კი 5,944 ანუ საშუალოდ დღეში 24-ს[2], შესაბამისად, დღეში ამბულატორიულად მიღებული პაციენტების რაოდენობით საქართველო 2-ჯერ ჩამორჩება სომხეთისა

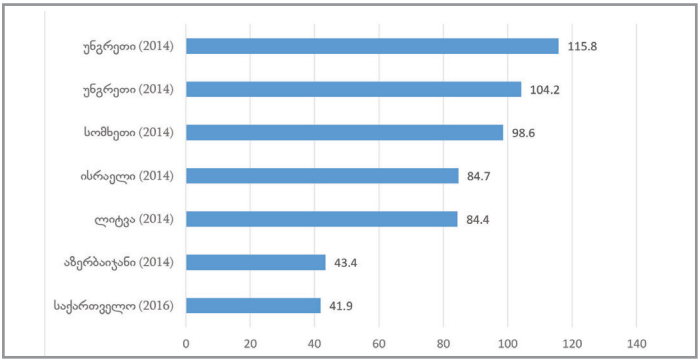
1 Weiss, G., Lonnquist, L. 2014. The Sociology of Health, Healing, and Illness. Routledge; 8 edition. 187

2 ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 24, 27.

და აზერბაიჯანის მაჩვენებლებს, ხოლო ლიტვის, გერმანიისა და ესტონეთის მაჩვენებლებს 5-ჯერ[1].

შეიძლება ითქვას, რომ ექიმების დაბალი პროდუქტიულობა ნაწილობრივ ექთნების დეფიციტითაც იყოს განპირობებული. ცხადია, ძვირადღირებული სამედიცინო კადრების სიჭარბის და საშუალო სამედიცინო პერსონალის დეფიციტის პირობებში სისტემა ნაკლებად ხარჯთ-ეფექტურია[2]. მკვლევართა აზრით, გერმანიის დონემდე პროდუქტიულობის გაზრდის შემთხვევაში არსებული ჰოსპიტალური დატვირთვის შესრულებას საქართველოში არსებული ექიმების 36% შეძლებდა, ხოლო ლიტვის დონემდე პროდუქტიულობის გაზრდის შემთხვევაში კი ექიმების ნახევარი[3]

ნახატი 11: სტაციონარში მომუშავე ერთი ექიმის მიერ წე-ლიწადში ნამკურნალები პაციენტების რაოდენობა



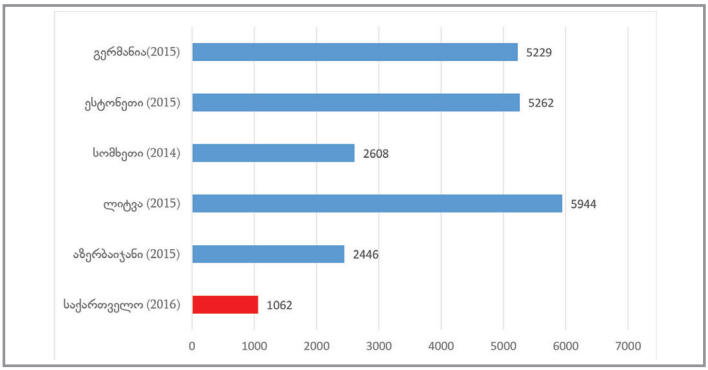
წყარო: ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ დკსჯეც, სტატისტიკური ცნობარი; ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 21.

---

1 ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 27.

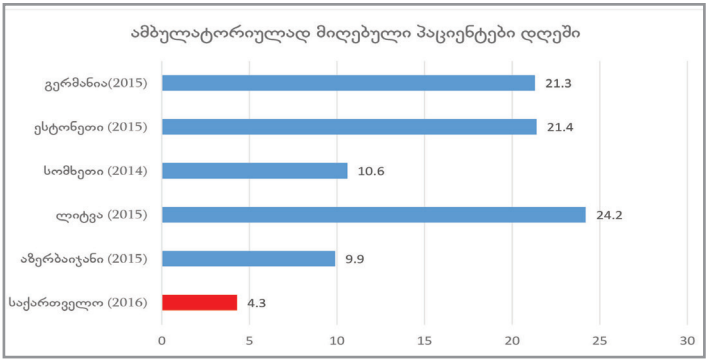
2 იქვე. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018.

ნახატი 12: ამბულატორიული მიმართვების თანაფარდობა წე-ლიწადში ამბულატორიული ექიმების რაოდენობასთან



წყარო: ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ დკსჯეც, სტატისტიკური ცნობარი; ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 22.

ნახატი 13: ამბულატორიულად მიღებული პაციენტები დღეში



წყარო: ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ დკსჯეც, სტატისტიკური ცნობარი; ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2018. გვ. 22.

სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შრომის ანაზღაურება. სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია, რომ სათანადო ხარისხით მიაწოდოს სამედიცინო მომსახურება, დიდად არის დამოკიდებული ანაზღაურებაზე, ფინანსურ წახალისებაზე.

ადამიანური რესურსების ანაზღაურებაზე დანახარჯები მნიშვნელოვნად აღემატება ჯანდაცვის სისტემის სხვა დანახარჯებს (მედიკამენტები და სხვა მასალები). მრავალ ქვეყანაში ჯანდაცვის დანახარჯების ორ მესამედს და ზოგჯერ უფრო მეტსაც შეადგენს პერსონალის ხელფასი[1]. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით შრომის ანაზღაურების საერთო მოცულობა ბევრ ქვეყნებში შეადგენს ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯების 65%-დან 80%-მდე[2]. ეს პროცენტი განსაკუთრებით მაღალია იმ ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიეწოდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე[3].

ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების ერთ-ერთ მწვავე პრობლემად რჩება სამედიცინო პერსონალის შრომის არაადექვატური ანაზღაურება. ზოგიერთ ქვეყნებში ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის დიდი რაოდენობა ძირითადი საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლების შესავსებად დამატებით ეწევა კერძო პრაქტიკას. მაგალითად, ყაზახეთში ექიმთა არალეგალური შემოსავალი შეადგენს 30 %-ს[4]. ზოგიერთ ქვეყნებში ექიმებს შეუძლიათ სახელმწიფო დაწესებულებებში განახორციელონ კერძო პრაქტიკა, რომ შეაკავონ სახელმწიფო სექტორიდან კვალიფიციური პერსონალის გადინება.

საბჭოთა პერიოდში, ერთი მხრივ, იზრდებოდა ექიმთა რაოდენობა და საავადმყოფოთა მშენებლობები, ხოლო მეორე მხრივ

1 The World health report 2000 - Health systems: improving performance. World Health Organization. 2000

2 Saltman RB, Von Otter, C (1995). Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility. Buckingham, Open University Press.

3 Pong R.W. et al. (1995). Health human resources in community-based health care: a review of the literature. Health Canada, Health Promotion and Programs Branch.

4 Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. Health Policy and Planning, 1999, 13(1): 41–49.

მცირდებოდა დარგის დაფინანსების დონე, რაც როგორც სამედიცინო განათლების დონის, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითებას განაპირობებდა. ექიმთა ხელფასი სამინისტროს მიერ იყო ფიქსირებული და დამოკიდებული იყო სპეციალიზაციაზე და კვალიფიკაციაზე და არა მომსახურების ხარისხზე. ექიმების ხელფასი შეადგენდა საშუალოსტატისტიკური მონაცემების მხოლოდ 70 %-ს. თუმცა, ექიმობა პრესტიჟულ პროფესიად ითვლებოდა. დაბალი ანაზღაურება არაოფიციალური გადახდების პრაქტიკის გავერცელებას უწყობდა ხელს. რეალობას არ შეესაბამებოდა სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებული უფასო სამედიცინო დახმარების პრინციპი.

ქვეყნის დამოუკიდებლობის შემდგომ პერიოდში ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესების გამო ექიმთა შემოსავალი მნიშვნელოვნად შემცირდა და აღმოჩნდა სიღარიბის ოფიციალურ ზღვარს ქვემოთ[1]. 1999 წელს ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა თვიური ანაზღაურება შეადგენდა 30,4 ლარს (დაახლოებით 15 აშშ დოლარი), რაც იმ პერიოდში სასიცოცხლოდ აუცილებელი მინიმალური სამომხმარებლო კალათის ღირებულებაზე (40 ლარი) დაბალი იყო[2]. თუმცა, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენდა არაოფიციალური შემოსავლები.

დღეისათვის, საქართველოში სამედიცინო პერსონალის დაბალი პროდუქტიულობიდან გამომდინარე, სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი, საკმაოდ დაბალია ქვეყნის საშუალო თვიურ ხელფასთან შედარებით. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ არასახელმწიფო სექტროში დასაქმებულთა ხელფასი საგრძნობლად აღემატება სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიურ ხელფასს (ცხრილი 1)[3].

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.

3 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ცხრილი 2:

სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი (ლარი)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ქვეყანაში საშუალო თვიური ხელფასი	277.9	368.1	534.9	556.8	597.6	636
სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	143.3	206.4	305.8	366.7	446.8	522.9
სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	137.8	197.6	292.4	336.2	398.4	390.3
არასახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	173.7	243.4	345.4	446.7	542.8	639.6

წყარო: საქართველოს სტატიტიკის ეროვნული სამსახური

ექთნების დაბალი ანაზღაურება გავლენას ახდენს ქვეყნის მასშტაბით მათი რაოდენობის შემცირებაზე. ექთნების ხელფასების საკითხებს სახელმწიფო არ არეგულირებს და ის, თუ რამდენს გადაუხდიან სამედიცინო პერსონალს, სამედიცინო ცენტრის ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული.

ზოგი ექსპერტის აზრით, საქართველოში ექთნების დაბალი ხელფასი მათი დაბალი კვალიფიციურობითაც არის გამოწვეული. ექთნების დაბალ კვალიფიკაციაზე ზემოქმედებს ის გარემოება, რომ ქვეყანაში არ არსებობს ექთნებისთვის კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსები[1]. არაიშვიათად, ექთნების ხელფასი 150 ლარზეც ნაკლებია. თუმცა, ბოლო წლებში სოფლად ექთნის დაფინანსება 350 ლარიდან 455 ლარამდე გაიზარდა. ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა საშუალო თვიური ხელფასი 2015 წლის მონაცემებით 783.9 ლარამდე გაიზარდა (ცხრილი N3).

ცხრილი N3:

ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა და საშუალო თვიური ხელფასი 2010-2015 წწ.[2]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
დასაქმებულთა რაოდენობა	56583	48099	49400	56877	57655	57416
დასაქმებულთა საშუალო თვიური ხელფასი	435	496.6	581.3	645.9	710.6	783.9

1 frangiSvili, ia. ra Rirs eqTnis Sroma. gazeTi baTumelebi. 2014.06.13.

2 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნა და დამოკიდებულებები

ვაქცინაცია პრევენციულ ღონისძიებათა სისტემაა, რომელიც მიმართულია ზოგიერთი ინფექციური დაავადების თავიდან აცილებისა და დაავადების ზემოქმედების რისკის შემცირებისაკენ. იგი დაავადებათა პრევენციის ყველაზე ხარჯეფექტური მექანიზმია, რომელიც შესაძლებლობას აძლევს ადამიანის ორგანიზმს უკეთ დაიცვას თავი კონკრეტული ბაქტერიებითა და ვირუსებით გამოწვეული ინფექციებისგან.

მსოფლიოში იმუნიზაციის პროგრამების ფართომასშტაბიანი განხორციელების შედეგად მკვეთრად შემცირდა ვაქცინაციით მართვადი ინფექციებით ავადობა და სიკვდილიანობა. ექსპერტთა შეფასებით, მსოფლიოში ყოველწლიურად ბავშვთა მოსახლეობის ტუბერკულოზის, პოლიომიელიტის, დიფთერიის, ტეტანუსის, ყივანახველას და წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინაციით გადარჩენილია 2,5 მილიონამდე სიცოცხლე, ხოლო B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით კი 600 000 ადამიანის სიცოცხლე[1]. 2017 წლის მდგომარეობით, ბავშვთა დაახლოებით 85% (116.2 მილიონი) მიიღო დიფტერია-ტეტანუს-ყივანახველას (DTP3) ვაქცინის 3 დოზა. 2017 წლისთვის 123 ქვეყანაში მიღწეული იყო DTP3 ვაქცინის არანაკლებ 90%-იანი მოცვა[2].

საქართველოში ბავშვთა და მოზარდთა გეგმიური იმუნიზაცია ხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონისა და პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად. ქვეყანაში 1996 წლიდან მოქმედებს იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა. მისი მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ეფექტურად დაცვა ვაქცინაციით მართვადი დაავადებებისაგან, მაღალი მოცვის და ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფით.

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა სრულად უზრუნველყოფს ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინების შესყიდვას და 12 დაავადების (ტუბერკულოზი, B ჰეპატიტი, დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი ბ, წითელა, წითურა, ყბაყურა, როტავირუსული და პნევმოკოკური ინფექციები) საწინააღმდეგო

1 Global Health Observatory (GHO) data. WHO. 2018.

2 Immunization coverage, Key facts, WHO. 2018.

ვაქცინაციის დაფინანსებას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. ასევე, საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიზნით, 2017 წლიდან დაიწყო 2008-2009 წლებში დაბადებული გოგონების ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ორჯერადი ვაქცინაციის პილოტური პროგრამა. ვაქცინების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფო შეისყიდის მხოლოდ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ პრეკვალიფიცირებულ ვაქცინებს[1].

ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა პროგრამის დაფინანსება (2012 წლიდან 2018 წლის პერიოდში იგი 4 მილიონი ლარიდან 22,4 მილიონამდე გაიზარდა). 2002 წლიდან საქართველო სერთიფიცირებულია როგორც ველური პოლიომიელიტის ვირუსისაგან თავისუფალი ქვეყანა. 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაუმჯობესდა როგორც მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა[2],[3], ასევე იმუნიზაციით მოსახლეობის მოცვა, რომელიც ვაქცინების გარკვეული ნაწილისათვის სტაბილურად აღემატება 90%-ს (BCG, poliomieliti)[4].

მიუხედავად აღნიშნულისა, გარკვეულ ვაქცინებზე მოცვის სასურველი 95-96 %-ის ნაცვლად გვაქვს 90-92 %-იანი მოცვა. ჯერ კიდევ არ არის აღმოფხვრილი წითელას და წითურას ინფექციური დაავადებები, რომლებიც ისევ რჩებიან ადრეული ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების ერთერთ ძირითად მიზეზად. საქართველოში 2017 წელს დაფიქსირდა წითელას 94 შემთხვევა. შემთხვევების 13% მოდის 1 წლამდე ასაკის ბავშვებზე, ხოლო 33% – 14 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობაზე[5]. ტეტანუსის, დიფთერიის, მენინგიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის მაჩვენე-

1 Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120.

2 Asatiani M., Verulava T. (2017). Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen's Typology. Economics and Sociology, 10 (4): 21-28.

3 Verulava T., Maglakelidze T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.

4 Unicef. Children in Georgia. Immunization.

5 ევროპის იმუნიზაციის კვირეული. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრი.

ბლები კრიტიკულად დაბალია და შეადგენს 75%-ს და ქვემოთ[1].

ვაქცინაციის დაფარვის დაბალი მაჩვენებლების აღმოსაფხვრელად ბევრს მიაჩნია, რომ იგი უნდა იყოს სავალდებულო, სხვები ხაზს უსვამენ იმ რისკებსა და ფაქტორებს, რომლებიც შეიძლება თან ახლდეს სავალდებულო იმუნიზაციას, მათ შორისაა საზოგადოების წინააღმდეგობა ვაქცინაციის მიმართ.

ვაქცინაციის შესახებ ცოდნა, მისდამი დადებითი დამოკიდებულება და შესაბამისი აღქმა ინფექციური დაავადებების შემცირების ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებებია[2],[3]. კვლევები ადასტურებენ, რომ იმუნიზაციის სტატუსზე პოზიტიურ გავლენას ახდენს დედის განათლება[4],[5],[6], კერძოდ ვაქცინაციის შესახებ ინფორმირებულობა საგრძნობლად მაღალია უმაღლესი განათლების მქონე დედებში და ასევე, იმ ქალბატონებში, რომლებიც დედები ზრდასრულ ასაკში გახდნენ[7],[8],[9]. ასევე გავლენას ახდენს იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის

1 Mooney E. Improving Immunization Coverage Through Policy in Georgia. 2018.

2 Tabassum, M.N., Gureja, A.W., Tabassum, S., Qamar, S., Asrar, A. Knowledge, attitude and practice of mothers regarding vaccination among the children under the age of five years. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences 2017; 11(2):645-647.

3 Alpert PT. An ounce of prevention is worth a pound of cure? Home Health Care Management and Practice 2009; 21(3):214-216.

4 Nisar N, Mirza M, Qadri MH. Knowledge, Attitude and Practices of mothers regarding immunization of one-year old child at Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi. Pak J Med Sci, 2010; 26(1): 183-186.

5 Shah B, Sharma M, Vani S. Knowledge, attitude and practice of immunization in an urban educated population. Ind J Pediatr, 1991; 58 (5): 691–695.

6 Tagbo BN, Uleanya ND, Nwokoye IC, Eze JC. Omotowo IB. Mothers' knowledge, perception and practice of childhood immunization in Enugu. Nigerian journal of paediatrics 2012; 39(3):90-96.

7 Angelillo IF, Ricciardi G, Rossi P, Pantisano P, Langiano E, Pavia M. Mothers and vaccination: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy. Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (3):224-9.

8 Streatfield K, Singarimbun M, Diamond I. Maternal education and child immunization. Demography, 1990; 27: 447-455.

9 Bhuiya A, Bhuiya I, Chowdhury M. Factors associating acceptance of immunization among children in rural Bangladesh. Health Policy Plan, 1995; 10: 304-311.

მიწოდება[1],[2]. სოციალურ-კოგნიტიურმა მოდელებმა უზრუნველყვეს სასარგებლო ინფორმაციის მიწოდებას, განსაკუთრებით ვაქცინის ზიანის შესახებ შიშის, როგორც იმუნიზაციის ბარიერის, დასაძლევად[3].

იმუნიზაციის სტატუსზე გავლენას ახდენს ვაქცინების ხელმიუწვდომლობა. ინდოეთში განხორციელებული კვლევის[4] მიხედვით, რესპოდენტთა 30.5%-ს ჩატარებული ჰქონდა არასრული ვაქცინაცია, რომლის მთავარ მიზეზად დასახელდა ვაქცინების ხელმიუწვდომლობა.

ბავშვთა ვაქცინაციის ერთ-ერთ მთავარ ბარიერად მიიჩნევენ მშობლების ნეგატიურ დამოკიდებულებას, მაგალითად, ვაქცინაციის მიმართ დედის შიშს, ასევე ვაქცინაციის არასასურველი ეფექტების და უკუჩვენებების გაუაზრებლობას, მსუბუქი ავადმყოფობის შემთხვევაში თავის შეკავებას. საქართველოში ჩატარებული კვლევის მიხედვით[5], ვაქცინაციაზე უარისა და იმუნიზაციით დაფარვის დაბალი მაჩვენებლის მთავარ გამომწვევ ფაქტორს წარმოადგენს მოსახლეობაში იმუნიზაციის ირგვლივ არსებული უარყოფითი დამოკიდებულებები. ვაქცინაციაზე რეზისტენტული დედები არ ცრიან საკუთარ ბავშვებს, არ იძიებენ დამატებით ინფორმაციას ჯანდაცვის მუშაკებისა (სრული უნდობლობა) და სხვა წყაროებიდან და ეყრდნობიან მხოლოდ იმ პროფესიონალების ექიმთა რჩევებს, რომლებიც ვაქცინაციის წინააღმდეგნი არიან.

იმუნიზაციის შესახებ ცრუ ინფორმაციის გავრცელებაში ასევე მიუძღვით წვლილი სპეციალისტებს, რომლებიც პირდაპირ არ არიან ჩართულნი იმუნიზაციაში და იზიარებენ უარ-

1 Jamil K, Bhuiya A, Streatfield K, Chakrabarty N. The immunization programme in Bangladesh: impressive gains in coverage, but gaps remain. Health Policy Plan, 1999; 14: 49-58.

2 Cui FQ, Go n R. Immunization coverage and its determination in children aged 12-23 months in Gaunsu, China. Vaccine, 2007; 25: 664-671.

3 Peter M Harrington, Catherine Woodman, William F Shannon. Low immunization uptake: Is the process the problem? J Epidemiol Community Health, 2000; 54: 394–400.

4 Mugada V, Chandrabhotla S, kaja DS, Macha SGKM. Knowledge towards childhood immunization among mothers & reasons for incomplete immunization. Journal of Applied Pharmaceutical Science, 2017; 7 (10):157-161.

5 qveyanaSi rotavirusis sawinaaRmdego vaqcinaciis danergvis dainteresebuli mxareebis imunizaciisadmi damokidebulebis Seswavla. l. sayvareliZis saxelobis daavadebaTa kontrolis da sazogadoebrivi janmrTelobis erovnuli centri. 2012.

ყოფით შეხედულებებს[1]. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ძალიან გავრცელებულიი მშობელთა რწმენა, რომ ვაქცინებმა შესაძლოა გამოიწვიოს აუტიზმი[2].

კვლევები ადასტურებენ, რომ იმუნიზაციის მაღალი მოცვა მიღწეულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძალისხმევით; ანუ იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, სრული იმუნიზაციის დონე უფრო მაღალია[3].

ვაქცინაციის ჩატარებაზე მნიშვნელოვანია მედიის, ინტერნეტის და სოციალური მედიის როლი, რომელიც განაპირობებს მითების, ჭორებისა და ცრუ ინფორმაციების გავრცელებას. დედები ინტერნეტს განიხილავენ, როგორც ინფორმაციის ყველაზე სანდო წყაროს ოჯახის ექიმების შემდეგ. კვლევამ დაადასტურა იმუნიზაციაში ჩართული ჯანდაცვის მუშაკების როგორც ტექნიკური შესაძლებლობების, ასევე მათი ინტერპერსონალური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების გაძლიერების საჭიროება, რადგან დედების უმეტესობა მაინც ეყრდნობა მათ, როგორც ინფორმაციის საიმედო წყაროს.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის[4] მიზანს შეადგენდა დედათა ცოდნის, დამოკიდებულების და ქცევის შეფასება ბავშვთა ვაქცინაციის მიმართ. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 188 დედის გამოკითხვა, რომლებსაც ყავთ 5 წლამდე შვილი/შვილები[5].

დედების შეფასებით, მათ უმრავლესობას (66%) აქვს დადებითი დამოკიდებულება იმუნიზაციასთან მიმართებაში, 71%

---

1 Tobin-West C, Alex-Hart B. Identifying barriers and sustainable solution to childhood immunization in khana local government area of Rivers State, Nigeria. International Quarterly of Community Health Education 2011; 32(2):149-158.

2 Smith MJ, Woods CR, Marshall GS. Parental vaccine concerns in Kentucky. J Ky Med Assoc, 2009; 107:342-349.

3 Bradley J, IGALS S. Improving the quality of child health services: participatory action by provinces. Int J Qual Health Care, 2005; 17:391-399.

4 თენგიზ ვერულავა, მარიამ ჯაიანი. იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

5 Tengiz Verulava, Mariam Jaiani, Ana Lordkipanidze, Revaz Jorbenadze, Beka Dangadze. Mothers' knowledge and attitudes towards child immunization in Georgia. The Open Public Health Journal 2019; 12:232-237.

კმაყოფილია სახელმწიფოს მიერ ჩატარებული იმუნიზაციის კამპანიით. რესპოდენტთა 58% მიიჩნევს რომ დაავადებების პრევენცია შესაძლებელია ვაქცინაციის მეშვეობით, მხოლოდ 4% მიიჩნევს რომ ვაქცინაცია გარკვეულწილად მავნეა, გამოკითხულთა 63%-მა იცის პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია; 73% მიიჩნევს რომ აუცილებელია ვაქცინაცია ტარდებოდეს დაბადებიდან; 34%-ის აზრით, სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული დავადებების მქონე ბავშვს არ უნდა გაუკეთდეს ვაქცინაცია; 49% არ მიიჩნევს, რომ ცხელების მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია, 42%-ის აზრით, დიარეის მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია.

ცხრილი 1.

დედების ცოდნის, დამოკიდებულების და აღქმის შეფასება (n=188)

ცოდნის შეფასების კითხვარი	დიახ (%)	არა (%)	მიჭირს პასუხის გაცემა (%)
თქვენ იცით პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია?	63	10	27
დადებითი დამოკიდებულება მაქვს იმუნიზაციასთან მიმართებით	66	3	31
დაავადებების პრევენცია შესაძლებელია ვაქცინაციის მეშვეობით	58	19	21
კმაყოფილი ხართ სახელმწიფოს მიერ ჩატარებული იმუნიზაციის კამპანიით	71	9	20
ვაქცინაცია უნდა ტარდებოდეს ბავშვის დაბადებისას	73	6	21
ვაქცინაცია მავნეა	4	89	7
სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული დავადებების მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია	48	34	18
ცხელების მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია	13	49	38
დიარეის მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია	42	12	46

წყარო: თენგიზ ვერულავა, მარიამ ჯაიანი. იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

ცხრილი 2.

არასრული ვაქცინაციის მიზეზები (n=188)

არასრული ვაქცინაციის მიზეზები	სულ	%
მშობლების მოუცლელობა	19	10,1
არ არის ინფექციით დასნებოვნების რისკი	5	2,7
ვაქცინა არ არის ხელმისაწვდომი	4	2,1
იმუნიზაციის დრო არ არის მოსახერხებელი	8	4,3
ბავშვის ავადმყოფობის გამო აცრა არ ჩატარდა	18	9,6
არ იცის აცრის მეორე ან მესამე დოზის საჭიროება	35	18,6
არ აქვს ვაქცინაციისადმი რწმენა	9	4,8
ვაქცინაციის შემდეგ გართულებების შიში	30	16
არ იცის პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია	48	25,5
ვაქცინაცია არ არის აუცილებელი	12	6,3

კვლევაში ჩართული დედების 64%-ის განცხადებით, მათ ბავშვებს ჩატარებული აქვთ გეგმიური აცრები სრულად, ხოლო 36% ბავშვს აქვს არასრული ვაქცინაცია. არასრულყოფილი ვაქცინაციის ძირითად მიზეზად დასახელდა დედის დაბალი განათლება პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია (25,5%). ასევე, აცრის მეორე ან მესამე დოზის საჭიროების შესახებ ნაკლები ინფორმირებულობა (18.6%). რესპოდენტთა გარკვეული ნაწილი მიიჩნევს, რომ ვაქცინაცია არ არის უსაფრთხო და აქვთ გართულებების შიში (16%).

შესწავლილ იქნა კავშირი იმუნიზაციის სტატუსსა და დემოგრაფიულ ცვლადებს შორის: დედის განათლება, დედის დასაქმება, ბავშვების რაოდენობა. კვლევამ დაადასტურა, რომ დედის განათლება გავლენას ახდენს ვაქცინაციის ჩატარებაზე. უმაღლესი განათლების მქონე დედების უმრავლესობას თავიანთ შვილებზე ჩატარებული აქვთ სრული იმუნიზაცია. მაგისტრი დედების 86.7%-ის და ბაკალავრი დედების 86.4%-ის შვილებს ჩატარებული აქვთ სრული იმუნიზაცია. მაშინ როდესაც, უმეტესი არასრული საშუალო განათლების დედების შვილებს ჩატარებული აქვთ არასრული იმუნიზაცია. პირველ ბავშვზე სრული იმუნიზაცია შედარებით ნაკლებია, ვიდრე მეორე და მესამე ბავშვზე. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს დედის ცნობიერების ამაღლება, იმუნიზაციის უპირატესობების შესახებ გაუმჯობესებული ცოდნა. იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მთავარ წყაროდ

დასახელდა მედიცინის მუშაკები (49.5%), მეორე ადგილი დაიკავეს ინტერნეტ-რესურსებმა (21.3%). ინფორმაციის მიწოდება ასევე ხორციელდება ტელევიზიით (14.4%) და პრესით (3.7%).

ცხრილი 3.

კავშირი სოციალურ-დემოგრაფიულ მაჩვენებლებსა და იმუნიზაციის სტატუსს შორის

იმუნიზაციის სტატუსი		
	სრული n=120 (64%)	არასრული n=68 (36%)
დედის განათლება		
არასრული საშუალო განათლება	2 (20%)	8 (80%)
სრული საშუალო განათლება	10 (18,9%)	43 (81,1%)
ბაკალავრი	95 (86,4%)	15 (13,6%)
მაგისტრი	13 (86,7%)	2 (13,3%)
დედის დასაქმება		
დასაქმებული	18 (43%)	24 (57%)
უმუშევარი	102 (70%)	44 (30%)
ბავშვების რაოდენობა		
1 ბავშვი	21 (25%)	50 (75%)
2 ბავშვი	81 (84%)	15 (16%)
3 ბავშვი	19 (90%)	2 (10%)

ცხრილი 4.

იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის წყაროები

წყარო	რაოდენობა	%
მედიცინის მუშაკები	93	49.5
ტელევიზია	27	14.4
ინტერნეტი	40	21,3
პრესა	7	3,7
მეგობრები და ნათესავები	22	11.7

კვლევის შედეგებიდან ნათელია, რომ გამოკითხული დედების დამოკიდებულებები იმუნიზაციასთან დაკავშირებით არის დადებითი და უმრავლესობა მათგანი შვილს უტარებს ვაქცინაციას. დედების

უმრავლესობა დარწმუნებულია, რომ ვაქცინაციას მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება დაავადებების პრევენციაში. კვლევამ აჩვენა, რომ ისეთი მაჩვენებლები, როგორიცაა დედის განათლება დედის დასაქმება, ბავშვების რაოდენობა გავლენას ახდენენ ბავშვთა ვაქცინაციის ჩატარებაზე. სრული იმუნიზაცია უფრო მეტად აქვთ ჩატარებული უმაღლესი განათლების მქონე დედების შვილებს. დედის განათლებასა და იმუნიზაციის სტატუს შორის მსგავსი კავშირი დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც[1,2,3,4,5]. უმუშევარი დედების შვილებს უფრო მეტად აქვთ ჩატარებული სრული იმუნიზაცია, ვიდრე დასაქმებული დედების შვილებს. დედის დასაქმებასა და იმუნიზაციის სტატუს შორის მსგავსი კავშირი დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც[6,7]. პირველ ბავშვზე სრული იმუნიზაცია შედარებით ნაკლებია, ვიდრე მეორე და მესამე ბავშვზე. აღნიშნული ცხადყოფს დედის განათლების, ცნობიერების და გამოცდილების დადებით გავლენას იმუნიზაციის სტატუსზე. ბავშვის რიგითობასა და იმუნიზაციის სტატუს შორის მსგავსი კავშირი დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც[8,9]. კვლევამ აჩვე-

1 Bernsen RM, Al-Zahmi FR, Al-Ali NA, Hamoudi RO, Ali NA, Schneider J, Al-Mutawa J, Grivna M. Knowledge, Attitude and Practice towards Immunizations among Mothers in a Traditional City in the United Arab Emirates.
Journal of Medical Sciences 2011; 4(3): 114-121.

2 Bruce G. Gellin, Edward W. Maibach, and Edgar K. Marcuse. Do parents understand immunizations? A national telephone survey. Pediatrics, 2000; 106 (5): 1097–1102.

3 Nath B, Singh JV, Awasthi S, Bhushan V, Kumar V, Singh SK. KAP study on immunization of children in a city of North India – A 30 cluster survey. Online J Health Allied Sci, 2008; 7: 2.

4 Borràs E, Domínguez A, Fuentes M, Batalla J, Cardeñosa N, Plasencia A. Parental knowledge of paediatric vaccination. BMC Public Health, 2009; 9:154.

5 Soundarya Mahalingam, Abhijna Soori, Pradhum Ram, Basavaprabhu Achappa, Mukta Chowta, Deepak Madi. Knowledge, attitude and perceptions of mothers with children under five years of age about vaccination in Mangalore, India. Asian Journal of Medical Sciences, 2014; 5 (4): 52-57.

6 Vilas RM, Hrishikesh Khadilakar, Rajesh NL, Umesh SJ, Sonali GC. Assessment of Sociodemographic Factors Affecting Immunization Status of Children in Age Group of 12-23 Months in a Rural Area. Indian Medical Gazette, 2013: 164-169.

7 John Lekan Oyefara. Mothers' Characteristics and Immunization Status of Under-Five Children in Ojo Local Government Area, Lagos State, Nigeria. SAGE Open, 2014: 1–10.

8 Elizabeth T. Lumen, Steven B. Black, Henry R. Shinerfield, Marie Chelino. Maternal characteristics associated with the vaccination of young children. Pediatrics, 2003; 111: 1215-1218.

9 Bhola Nath, J. V. Singh, Shally Awasthi, Vidya Bhushan, Vishwajit Kumar, S. K. Singh.

ნა, რომ ბავშვთა თითქმის მესამედს აქვს არასრული ვაქცინაცია, რაც უმთავრესად დაკავშირებულია დედის ნაკლებ განათლებასთან პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, აგრეთვე აცრის მეორე ან მესამე დოზის საჭიროებასთან მიმართებით ნაკლებ ინფორმირებულობასთან. რესპოდენტთა გარკვეული ნაწილი მიიჩნევს, რომ ვაქცინაცია არ არის უსაფრთხო და აქვთ გართულებების შიში. არასრული ვაქცინაციის ძირითად მიზეზად ასევე დასახელდა ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა აცრის პერიოდში.

კვლევამ აჩვენა, რომ ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მთავარი წყაროა სამედიცინო პერსონალი. საჭიროა მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების (ტელევიზია, რადიო, პრესა, ინტერნეტი) გამოყენების გაზრდა იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად. ამ მხრივ, ბოლო წლებში ელექტრონული მედია საშუალებების ძალისხმევამ შეიძლება გაზარდოს იმუნიზაციის მაჩვენებელი.

ამგვარად, დედების უმრავლესობას პოზიტიური დამოკიდებულება აქვს ბავშვთა ვაქცინაციის მიმართ, ისინი დარწმუნებული არიან, რომ ვაქცინაციას მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება დაავადებების თავიდან ასაცილებლად. მაგრამ შედარებით დაბალია მათი ინფორმირებულობა. დედების უმრავლესობა შვილს უტარებს ვაქცინაციას, მაგრამ შედარებით ნაკლები ინფორმაცია აქვთ პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, თუ რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია.

საჭიროა საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ადამიანის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ. აუცილებელია იმუნიზაციის შესახებ საჯარო განათლების გაძლიერება. ასევე საჭიროა იმუნიზაციის ტრენინგების ჩატარება სამედიცინო პროფესიონალებისათვის.

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გამოყენებით სასურველია გააქტიურდეს კამპანიები იმუნიზაციის დადებითი მხარეების გაცნობის მიზნით, რათა ქვეყანაში მინიმუმამდე შემცირდეს იმ დედათა რიცხვი, რომლების ბავშვებს ვაქცინაციას უსაფუძვლო ეჭვების გამო არ უტარებენ

A study on determinants of immunization coverage among 12-23 months old children in urban slums of Lucknow district, India. Indian J Community Med, 2007; 32(4): 96-100.

საკეისრო კვეთების ზრდის პრობლემა საქართველოში

მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულებია, შეინიშნება საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობათა რიცხვის ყოველწლიური ზრდა. მიუხედავად იმისა, რომ საკეისრო კვეთა ემსახურება სიცოცხლის გადარჩენას, ხშირად იგი სამედიცინო ჩვენებების გარეშე ტარდება, რაც ზრდის დაავადებათა განვითარების რისკს და უარყოფითად აისახება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე[1].

შეიძლება ითქვას, რომ მე-15 საუკუნემდე საკეისრო კვეთა იწოდებოდა „სასოწარკვეთის ოპერაციად", რადგანაც ყოველი ასეთი ჩარევა ქალის სიკვდილით მთავრდებოდა. საკეისრო კვეთა ტარდებოდა მხოლოდ ერთი ჩვენებით და იგი ნაყოფის გადარჩენას ემსახურებოდა, ოპერაცია უკეთდებოდა მომაკვდავ დედას. XIX და XX საუკუნეებში საკეისრო კვეთის ჩვენებები საკმაოდ გაფართოვდა და იქცა ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალტერნატივად.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, საკეისრო კვეთის ოპერაცია უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევაში როდესაც ბუნებრივი გზით მშობიარობა საფრთხის შემცველია დედის ან ნაყოფის სიცოხლის ან ჯანმრთელობისთვის. საკეისრო კვეთის ჩვენებებია: გახანგრძლივებული მშობიარობა, დისტრეს-სინდრომი, ნაყოფის პათოლოგიური მდებარეობა. საკეისრო კვეთამ შესაძლოა გამოიწვიოს სერიოზული გართულებები, დაინვალიდება ან ლეტალური გამოსავალი, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში როდესაც უსაფრთხო ქირურგიული ჩარევისთვის და შესაძლო გართულებების მკურნალობისთვის არ არის პირობები და საშუალებები[2].

საკეისრო კვეთით ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობის მატება, მაღალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში შეინიშნება[3]. აშშ-ში 2010-2012 წწ. საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი შეადგენდა 32,8 %-ს[4], საფრანგეთში – 20,2 % (2003 წ.), იტალიაში – 38% (2010), გერმანიაში – 40-50%, ჩინეთში – 36%-დან 58%-

1 World Health Organisation (2015). News release. Caesarean sections should only be performed when medically necessary.

2 იქვე.

3 იქვე.

4 Menacker Fay, Hamilton Brady E. Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States. U.S. department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Data Brief. No. 35. March 2010.

მდე, პორტუგალიაში – 36,3%, რუმინეთში – 36,9%, შვეიცარიაში – 33%, დიდ ბრიტანეთში – 25%[1]; საკეისრო კვეთის დაბალი მაჩვენებლები ფიქსირდება ისლანდიაში (14,8%), ნიდერლანდებში (17%), ნორვეგიასა (17,1%) და შვედეთში (17,5%).

1985 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებული რეკომენდაციით, საკეისრო კვეთების რაოდენობა ქვეყნის მასშტაბით მშობიარობათა საერთო რიცხვის 10-15%-ს არ უნდა აღემატებოდეს[2]. საქართველო იმ ქვეყნების ჩამონათვალს მიეკუთვნება, სადაც საკეისრო კვეთის სიხშირე, ჯანმოს მიერ რეკომენდირებულ 15%-იან ზღვარს, საკმაოდ მაღალი ციფრებით სცილდება და სტაბილურად განაგრძობს ზრდას[3]. ქვეყანაში საკეისრო კვეთის საშუალო მაჩვენებელმა 2013 წელს 37.3%-ი შეადგინა[4].

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, საქართველოს რეგიონებს შორის საკეისრო კვეთების მხრივ გამოირჩევიან: სამეგრელო-ზემო სვანეთი (51%), აჭარა (40.6%), იმერეთი (41.8%), შიდა ქართლი (38.4%), კახეთი (38.5%), თბილისი (36.9%), მცხეთა-მთიანეთი (30.3%), გურია (32%), ქვემო ქართლი (27.4%), საკეისრო კვეთების დაბალი მაჩვენებლია სამცხე-ჯავახეთში (10.1%), ხოლო რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში 48 მშობიარობიდან არცერთი საკეისრო კვეთა არ დაფიქსირებულა[5].

თბილისის და საქართველოს რეგიონების, რამოდენიმე სამეანო სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში, საკეისრო კვეთის თანაფარდობამ 50%-ზე მეტი შეადგინა (ცხრილი N1)

საკეისრო კვეთების რაოდენობის ზრდა დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებელთან ასოცირდება[6].

---

1 Rates of caesarean vary widely across Europe. BMJ CLINICAL RESEARCH 350. MARCH 2015.

2 იქვე

3 მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში. მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), საქართველო, 2012

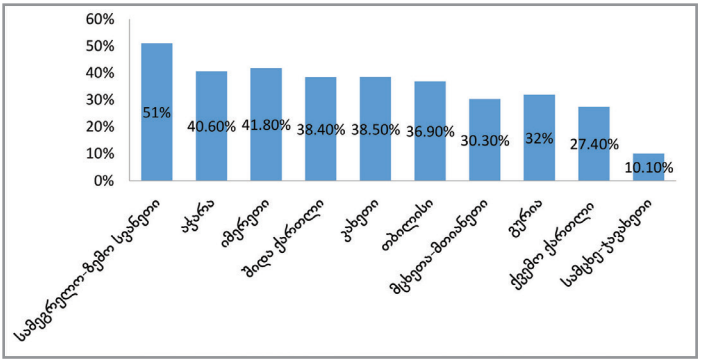
4 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (NCDC), საქართველო, 2013წ. სტატისტიკური ცნობარი.

5 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (NCDC), საქართველო, 2013წ. სტატისტიკური ცნობარი.

6 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2012 საქართველოში საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებლის

დიაგრამა 1.

საკეისრო კვრების მაჩვენებელი, საქართველოს რეგიონები 2013 წ.



ცხრილი N1:

საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 2013წ.

რაიონი	დაწესებულება	%
თბილისი	შპს ოქროს საწმისი 21 საუკუნე	82.3
თელავი	შპს უნიმედი კახეთი რეფერალური საავადმყოფო	75.0
მესტია	შპს მედიქალ პარკი რ.პ. ს.ს. მესტია	75.0
სენაკი	სამშობიარო სახლი სენა–მედი	70.1
ქუთაისი	შპს ბომონდი სამშობიარო სახლი	59.9
თელავი	შპს ავთანდილ ყამბარაშვილის კლინიკა	59.5
მარტვილი	მრავალპროფილიანი საავადმყოფო	56.5
ზუგდიდი	მრავალპროფილიანი კლინ. საავ. რეპუბლიკა	54.1
თბილისი,	შპს ემბრიო – სამშობიარო სახლი	50.7
ქუთაისი	ზ. ცხაკაიას სახ. ინტერვენციული მედ.ერ. ცენტრი	50.6
თელავი	შპს სიხარული სამშობიარო სახლი	50.4

ამასთან, იგი მნიშვნელოვნად ზრდის დანახარჯებს. 2008 წლის მონაცემებით, აშშ-ში 3.18 მილიონი დამატებითი და 6.2 მილიონი არასაჭირო საკეისრო კვეთა ჩატარდა, რომლის საერთო ღირე-

ოპერაციული კვლევა.

ბულებამ შეადგინა 2.32 მილიარდი აშშ დოლარი.[1]

საკეისრო კვეთების შემცირებაში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი. ამ მხრივ, სახელმწიფო რეგულაციის უმთავრესი მექანიზმია საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლისა და გაიდლაინის შექმნა. 2013 წლის 30 ოქტომბერს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა საკეისრო კვეთების პროტოკოლი, ხოლო 2014 წლის 23 მაისის ბრძანებით საკეისრო კვეთების გაიდლაინი[2].

საინტერესო იქნებოდა საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის შედარებითი ანალიზის ჩატარება პროტოკოლის დამტკიცებამდე და მის შემდგომ. თუმცა, 2014 წლის მონაცემების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკა ამ დროისათვის ჯერჯერობით ცნობილი არ არის. შესაბამისად, ვერ მოხერხდა მაჩვენებლების შედარება. აქვე აღსანიშნავია, რომ არაოფიციალური მონაცემებით საკეისრო კვეთების სიხშირის შემცირებას, კლინიკებიდან მიღებული წინასწარი ინფორმაციის მიხედვით, ადგილი არ ჰქონია.

საკეისრო კვეთების პოპულარიზაციაში ძალიან დიდი როლი ითამაშა თანამედროვე ქირურგიულმა მიღწევებმა. დღევანდელი „საკეისრო“ მნიშვნელოვნად განსხვავდება, იმ ოპერაციისგან, რომელიც ტარდებოდა რამოდენიმე ათეული წლის წინათ.

როგორც წესი, განაკვეთი მუცლის წინა კედელზე არ აღემატება 10-12 სმ-ს (გაუმჯობესებულია კოსმეტიკური ეფექტი), გარდა ამისა გეგმიური საკეისრო კვეთა ტარდება არა ზოგადი, არამედ ადგილობრივი გაუტკივრებით, რომელიც საშუალებას იძლევა რომ დედამ დაინახოს ახალშობილი და ქონდეს კონტაქტი მასთან დაბადების პირველივე წუთებში. ამასთან, ოპერაციის ხანგრძლივობა არ აღემატება ერთ საათს, მაშინ როდესაც ვაგინალური მშობიარობა მიმდინარეობს დაახლოებით 18 საათის განმავლობაში.

ფაქტია, რომ სწრაფ, უნტკივნეულო პროცედურასა და ხანგრძლივად მიმდინარე მტკივნეულ მშობიარობას შორის, თანამედროვე ქალბატონები არჩევანს პირველი ვარიანტის სასარგებლოდ აკეთებენ.

---

1 World Health Statistics http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/

2 საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 30 ოქტომბრის N01-220/ო ბრძანება საკეისრო კვეთის პროტოკოლის დამტკიცების შესახებ.

კვლევის მიზანია იმ ფაქტორების გამოვლენა რომლებიც განაპირობებენ საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის ზრდას, ასევე, საკეისრო კვეთის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ქალთა ჩართულობის, მათი ინფორმირებულობის დონის შესწავლა, და მიღებული შედეგების საფუძველზე პრობლემის დაძლევის გძების ძიება.

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საკეისრო კვეთების შესახებ არსებული ლიტერატურა. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში ექსპერტების ჩაღრმავებითი ინტერვიუირება. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მეან-გინეკოლოგების და მელოგინე ქალების გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარის საშუალებით, რომელიც შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ.

ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის მიერ ჩატარდა კვლევა[1] თბილისის იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებშიც მაღალია ორსულთა მიმართვიანობა და ამავე დროს ოფიციალური სტატისტიკით მაღალია საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი (30-50%).

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ხუთმა სამედიცინო დაწესებულებამ. კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 38 მეან-გინეკოლოგი და 40 მელოგინე. ორსულების 73.3% პირველმშობიარეა, ხოლო 26.6% განმეორებით მშობიარე, მათგან 62.5%-ში წინა მშობიარობები ფიზიოლოგიური მშობიარობის გზით დასრულდა, ხოლო 37.5%-ში – საკეისრო კვეთის საშუალებით.

მელოგინეთა 65.6%-ში ჩატარდა გეგმიური საკეისრო კვეთის ოპერაცია, ხოლო 34.3%-ში გადაუდებელი ოპერაცია. გამოკითხულ ორსულებში გეგმიური საკეისრო კვეთა ჩატარდა ორსულობის 38-39 კვირაზე, ერთი მელოგინის შემთხვევაში საკეისრო კვეთის ოპერაცია გეგმიურად გაკეთდა 37 კვირაზე[2]. გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ოპერაციები ჩატარდა ორსულობის 34-37-38-39-40 კვირაზე. სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ანტენატალური

1 თენგიზ ვერულავა, გურანდა გიორგაძე. საკეისრო კვეთა, ფიზიოლოგიური მშობარობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2015; 1 (1)

2 შენიშვნა: საკეისრო კვეთით დაბადებულ ახალშობილებში რესპირატორული დაავადების რისკი გაზრდილია, თუმცა, ეს რისკი მნიშვნელოვნად კელბულობს ორსულობის 39 კვირის შემდეგ. აქედან გამომდინარე, დაუშვებელია გეგმიური საკეისრო კვეთის რუტინულად ჩატარება 39 კვირის ორსულობის ვადამდე. UNFPA. **საკეისრო კვეთა. თბილისი:** შპს "ვესტა", 2014. გვ 20.

მეთვალყურეობის 4 ვიზიტი (ორსულთა პატრონაჟით) ჩაიტარა მშობიარეთა უმრავლესობამ. მელოგინეთა 30%-მა აღნიშნა, რომ დასჭირდათ დამატებითი კონსულტაცია (ექიმთან განხორციელდა საშუალოდ 6 ვიზიტი). გამოკითხულ ორსულთა უმრავლესობა ადასტურებს რომ ფლობს ინფორმაციას საკეისრო კვეთების სარგებელისა და რისკების შესახებ და ინფორმაციის წყაროდ ასახელებს როგორც მეან-გინეკოლოგს, ასევე ინტერნეტს.

ჩატარებულმა კვლევამ[1] აჩენა, რომ ორსული ქალების საკმაო რაოდენობა უპირატესობას საკეისრო კვეთის ოპერაციას ანიჭებს. გამოკითხულ ქალთა უმრავლესობა (63%) შემდგომი ორსულობის შემთხვევაში ისევ საკეისრო კვეთას ირჩევს. მათი აზრით, პირველი საკეისრო კვეთის შემდეგ ისინი ბუნებრივი გზით მშობიარობას ვერ შეძლებენ. გამოკითხულთა 23.3% გეგმავს ფიზიოლოგიურ მშობიარობას, 9.3% არ აპირებს შვილის გაჩენას, ხოლო 17.3%-ს ჯერ არ აქვს გადაწყვეტილება მიღებული.

საკეისრო კვეთის არჩევის ძირითად მიზეზად მელოგინეები ასახელებენ ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ტკივილისა და შიშის ფაქტორს. ზოგი მელოგინის აზრით, ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან შედარებით, საკეისრო კვეთის ოპერაციის შემთხვევაში იზრდება როგორც მათი, ასევე ნაყოფის უსაფრთხოება და დაცულობა. აღნიშნულს ხელს უწყობს საზოგადოებაში გავრცელებული აზრი, რომ საკეისრო კვეთა წარმოადგენს სრულიად უსაფრთხო პროცედურას.

მეან-გინეკოლოგთა გამოკითხვით, საკეისრო კვეთების გახშირებას ხელს უწყობს ორსულთა ინფორმირებულობის დაბალი დონე, კერძოდ, ქალთა კონსულტაციებში არ ხდება ორსულთა სრულფასოვანი კონსულტაცია საკეისრო კვეთის გართულებების შესახებ, მელოგინეები არ არიან სრულყოფილად ინფორმირებულნი საკეისრო კვეთის შემდგომი პერიოდის, როგორც დედის ისე ნაყოფისმხრივი გართულებების შესახებ, შესაბამისად მიმართავენ ოპერაციულ ჩარევას.

მეან-გინეკოლოგთა გამოკითხვით, დადასტურდა, რომ სამედიცინო დაწესებულებები, ზოგ შემთხვევებში, არასაკმარისად იცავენ პროფესიულ სტანდარტებს და ქირურგიულ ჩარევას ფი-

1 Tengiz verulava, guranda giorgaZe. sakeisro kveTa, fiziologiuri mSobaroba. jandacvis politika, ekonomika da sociologia, 2015; 1 (1)

ნანსური დაინტერესების გამო მიმართავენ. სამეანო სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში საკეისრო კვეთის ოპერაციის ღირებულება ხშირ შემთხვევებში 1000 ლარს აღემატება. საყურადღებოა ის გარემოება, რომ კვლევის მიხედვით, შემთხვევათა 26%-ში საკეისრო კვეთის ჩატარების გადაწყვეტილება ცალსახად მიიღო მეან-გინეკოლოგმა, ხოლო შემთხვევათა 70%-ში – ექიმმა და მელოგინემ ერთობლივად.

2013 წლიდან, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ფიზიოლოგიური მშობიარობა ფინანსდება 500 ლარის, ხოლო საკეისრო კვეთა 800 ლარის ოდენობით. სამედიცინო ჩვენების გარეშე, დედის მოთხოვნით საკეისრო კვეთა ფინანსდება ისე როგორც ფიზიოლოგიური მშობიარობა, ამით სახელმწიფო ერთგვარ ბარიერს ქმნის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ზრდის შესაჩერებლად, თუმცა, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ მეან-გინეკოლოგს მარტივად შეუძლია სამედიცინო ისტორიაში დააფიქსიროს ის ჩვენება, რომელსაც თავადვე ჩათვლის საჭიროდ. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ფიზიოლოგიურ მშობიარობასა და საკეისრო კვეთის ოპერაციის ფასებს შორის არის 60%-იანი სხვაობა, შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებები, უფრო მეტად, საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარებით არიან დაინტერესებულნი. რესპოდენტებმა ასევე დაასახელეს საკეისრო კვეთის ჩატარების სხვა მიზეზები: ასაკობრივი ფაქტორი, დიდი ნაყოფი, ნაყოფის ჯდომით წინმდებარეობა, ვიწრო მენჯი, ჭიპლარის შემოხვევა, წყლების ნაადრევი დაღვრა.

მეან-გინეკოლოგების აზრით, საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებელი სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, რომლის დაძლევის ერთ-ერთ მთავარ საშუალებას წარმოადგენს ორსულთათვის სრულფასოვანი ინფორმაციის მიწოდება. ამისათვის საჭიროა ორსულთა ინტენსიური კონსულტაციები, მშობელთა სკოლების დაარსების ხელშეწყობა, ქალთა კონსულტაციებში საინფორმაციო ბუკლეტების გავრცელება.

ასევე მნიშვნელოვანია ექიმების კვალიფიკაციის დონის ამაღლება, მშობიარობის კონსერვატიული მართვისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის ტექნიკის დახვეწის თვალსაზრისით. აუცილებელია საკეისრო კვეთის პროტოკოლებისა და გაიდლაინების გამოყენება, პირველადი საკეისრო კვეთის სამედიცინო ჩვენებების გამკაცრება.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა მეან-გინეკოლოგთა ჩაღრმავებითი ინტერვიურება. მათი აზრით, საქართველოში სიტუაცია დრამატულია, ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებაში საკეისრო კვეთების წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობის 80%-ს შეადგენს. პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ საშუალებას შეიძლება წარმოადგენდეს სახელმწიფოს მხრიდან მკაცრი რეგულაციის დაწესება, მაგრამ მეორეს მხრივ, იგი გარკვეულ საფრთხეებს შეიცავს. კერძოდ, იმ შემთხვევაში, როდესაც მელოგინეს, რომელსაც უარი ეთქვა საკეისრო ოპერაციაზე, ფიზიოლოგიური მშობიარობისას განუვითარდა რაიმე სახის გართულება, კლინიკებმა შესაძლოა მთელი პასუხისმგებლობა სახელმწიფოს დააკისრონ. ამიტომ, პრობლემის მოგვარების უმთავრესი იარაღია საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ. სამედიცინო დაწესებულებები, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილები უნდა იყოს გამოყენებული ინფორმაციის გავრცელების საშუალებად. საზოგადოებაში უნდა დამკვიდრდეს აზრი, რომ სამედიცინო დაწესებულებში მშობიარობა ან მკურნალობა, სადაც საკეისრო კვეთათა რიცხვი საკმაოდ მაღალია, არის არაპრესტიჟული. მეან-გინეკოლოგთა აზრით, საზოგადოებას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ იქ სადაც კეთდება ბევრი საკეისრო კვეთა, შესაძლოა არ ჰქონდეთ კვალიფიციური სამეანო სერვისების მიწოდების ცოდნა და შესაბამისად ასეთ დაწესებულებებს მელოგინემ სამედიცინო სერვისის მისაღებად არ უნდა მიმართოს.

კვლევის შედეგების შეჯამებისა და მოცემული ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები:

- საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლისა და გაიდლაინის, როგორც რეგულირების უმნიშვნელოვანესი მექანიზმის როლის ამაღლება;
- ორსულთა კონსულტაციებში სრულყოფილი ინფორმაციის სათანადო დონეზე მიწოდება საკეისრო კვეთის რისკებისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ. ორსულებს საფუძვლიანად უნდა აუხსნან, თუ რა სახის გავლენა შეიძლება იქონიოს ოპერაციამ ახალშობილის ჯანმრთელობაზე და მის შემდგომ სოციო-ფსიქოლოგიურ განვითარებაზე;
- სასურველია სხვადასხვა საინფორმაციო საშუალებების

ჩართვა და საზოგადოებისათვის სრულფასოვანი ინფორმაციის მიწოდება. მიზანშეწონილია შეიქმნას ინტერნეტ გვერდი, სადაც განთავსდება ინფორმაცია იმ კლინიკების შესახებ რომლებშიც მაღალია საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი. პარალელურად საზოგადოებას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ამ კლინიკებში მშობიარობის არაპრესტიჟულობის შესახებ. ეს იქნება ერთგვარი ანტიპიარი სამედიცინო დაწესებულებებისთვის;

- მელოგინეს მხრიდან საკეისრო კვეთის მოთხოვნის შემთხვევაში სასურველია კომბინირებული მიდგომა. კერძოდ, საჭიროა დადგინდეს ოპერაციის მოთხოვნის მიზეზი. ბუნებრივი მშობიარობის დროს ტკივილისა და შიშის ფაქტორის არსებობისას სასურველია ფსიქოლოგის ჩარევა და სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება გაუტკივარების მეთოდების, ოპერაციის შესაძლო გართულებების და ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ;
- სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან საკეისრო კვეთებზე ფინანსური დაინტერესების შემცირების მიზნით სასურველია ფიზიოლოგიური მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის ოპერაციის ფასებს შორის არსებული სხვაობის შემცირება, და გასაშუალოებული ერთიანი ტარიფის დადგენა.

კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი

რეჰოსპიტალიზაცია ერთი და იგივე დაავადებით პაციენტის განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციაა. იგი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი ინდიკატორია. უმთავრესად გამოიყენებენ რეჰოსპიტალიზაციას 30 დღის განმავლობაში.

რეჰოსპიტალიზაცია განაპირობებს როგორც სამედიცინო დანახარჯების ზრდას, ასევე, უარყოფითად მოქმედებს პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსზე, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ეკონომიკურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე.

საქართველოში, მსგავსად სხვა ქვეყნებისა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები მაღალია, კერძოდ, სიკვდილის მიზეზთა 69% გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე მოდის. აღნიშნული დაავადებების მკურნალობისათვის საჭირო სამედიცინო ხარჯების გამო დიდია ფინანსური ტვირთიც[1].

გულის დაავადებების დროს რეჰოსპიტალიზაცია, მსგავსად სხვა ქრონიკული დაავადებებისა, დიდი ფინანსური ტვირთია როგორც ჯანდაცვის სისტემისათვის, ასევე პაციენტებისათვის[2].

რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი განსხვავებულია დიაგნოზების მიხედვით. ზოგი ავტორის მონაცემებით, სტენოკარდიული შეტევით 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 17,1%-ს შეადგენს[3]. გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს რეჰოსპიტალიზაცია შეადგენდა 24.7%-ს; აშშ-ში 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაცია შეადგენს შემთხვევათა 20%-ს[4].

ლიტერატურაში არსებული ზოგიერთი კვლევის თანახმად, რეჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია პაციენტის ასაკთან, სქეს-

---

1 ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. სტატისტიკური ცნობარი . თბილისი. 2013.

2 Filippello Lauren, Johnson Daniel, Knapp Michelle, Phelps Kathryn, Reed Jeffrey. Preventing Hospital Readmissions for Congestive Heart Failure. Acute Care. 2013.

3 Stranges Elizabeth, Barrett Marguerite, Wier Lauren, Andrews Roxanne. Readmissions for Heart Attack. Nationwude HCUP Databases, Statistical Brief N153. 2012

4 Elixhauser Anne, Steiner Claudia. Readmissions to U.S. Hospitals by Diagnosis 2010. HCUP-Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare research and Quality, Statistical Brief N 153. 2013.

თან, შემოსავლებთან, კერძოდ, 30 დღიანი რეჰოსპიტალიზაცია ბავშვებში გაცილებით მაღალია მოზრდილებთან შედარებით; ასევე, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის 50%-ზე მეტს შეადგენენ 65 და უფრო მეტი ასაკის პაციენტები; ქალების განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია 28%-ით მაღალია მამაკაცებთან შედარებით; დაბალშემოსავლიან პაციენტებში 11%-ით მეტია განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია მაღალშემოსავლიან პაციენტებთან შედარებით[1].

არსებობს კავშირი რეჰოსპიტალიზაციასა და ჯანდაცვითი პროგრამის დაფინანსების სახესთან. რეჰოსპიტალიზაციის უფრო მაღალი მაჩვენებელი შეინიშნება სახელმწიფო პროგრამებით მოცულ პაციენტებში (მაგ. მედიქეა და მედიქეიდი აშშ-ში), ვიდრე კერძო დაზღვევის პაციენტებში; მაგალითად, გულის დაავადებების დროს რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე შეადგენდა 30.1%-ს მედიქეიდის და 25.0% მედიქეას პაციენტებში, ხოლო 19,5% კერძო დაზღვევის პაციენტებში[2]. აქვე აღსანიშნავია, რომ მედიქეას პაციენტებში რეჰოსპიტალიზაციით გამოწვეული ხარჯები ყოველწლიურად შეადგენს 17.4 მილიარდ დოლარს[3].

ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაციამ წარმოადგინა 4 ტიპის რეჰოსპიტალიზაცია[4]:

- გეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც დაკავშირებულია პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან, მაგალითად, ქიმიოთერაპია სიმსივნის პირველადი მკურნალობის შემდეგ;
- გეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც არ არის დაკავშირებული პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან.
- არაგეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც არ არის დაკავშირებული პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან, მაგალითად, ავტოავარიის შემთხვევისას კიდურის მოტეხილობით ჰოსპიტალიზაცია, მაშინ როცა პირველადი ჰოსპიტალიზაცია განპირობებული იყო აპენდექტომიით.
- არაგეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც დაკავშირე-

1 Stranges Elizabeth, Barrett Marguerite, Wier Lauren, Andrews Roxanne. Readmissions for Heart Attack. Nationwude HCUP Databases, Statistical Brief N153. 2012.

2 Elixhauser & Steiner Claudia, 2013.

3 Pittsburgh Regional Healthcare Initiative: "PRHI Readmission Reduction Guide,2011". A Manual for Preventing Hospitalizations. 2011.

4 Pittsburgh Regional Healthcare Initiative, 2011

ბული არის პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან, მაგალითად, ქირურგიული ჩარევის შემდეგ მოგვიანებით განვითარებული ინფექცია ან გვიანი მედიკამენტური რეაქცია.

პირველი სამი შემთხვევა არ განიხილება, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დეფექტი, რადგან ჰოსპიტალს არ შეუძლია აღნიშნული მოვლენების პროგნოზირება და პრევენციის განხორციელება. უბედური შემთხვევა საავადმყოფოსგან დამოუკიდებელი მიზეზით ვითარდება. გარდა ამისა, კლინიკას არ შეუძლია სრულად აღმოფხვრას რეჰოსპიტალიზაცია, მაგალითად, გულის უკმარისობის გამო აუცილებელი დეფიბრილატორის იმპლანტაციის მიზნით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია[1].

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას სათანადო წესების დაცვას, კერძოდ, პაციენტთა ინფორმირებულობის, განათლების დონის ამაღლებას, რომელიც მიმართულია ბინაზე პაციენტთა თვითკონტროლისა და ექიმის დანიშნულების სრულფასოვანი შესრულებისათვის (6). პაციენტთა ბინაზე გაწერისას აღნიშნული ორგანიზაციული ღონისძიებების შესრულება 20%-ით ამცირებს განმეორებით ჰოსპიტალიზაციას[2].

ამერიკის ჰოსპიტლების ასოციაციის მიერ შესწავლილი იქნა რეჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მიზეზები, რომელზე დაყრდნობითაც შეიქმნა ჰოსპიტალთა რეჰოსპიტალიზაციის შემცირების პროგრამა (HRRP -Hospital Readmissions Reduction Program)[3]. დადგინდა, რომ როდესაც პაციენტი ღებულობს ადექვატურ სამედიცინო მომსახურებას შესაძლებელია ზოგიერთი რეჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება. თუმცა, ყველა რეჰოსპიტალიზაციის აღმოფხვრა შეუძლებელია, რადგან მასზე ზემოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორიც არის დემოგრაფია, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, სოციალური დახმარების სტრუქტურა, თანმხლები დაავადებების სიმძიმე, ქრონიკული დაავადებები, ან სხვა, ხშირად უცნობი ფაქტორები; ზოგჯერ რეჰოსპიტალიზაცია

1 American Hospital Association. Examining the Drivers of Readmissions and Reducing Unnecessary readmissions for Better Patient Care. Review on its website, Hospital Compare. 2011.

2 Pittsburgh Regional Healthcare Initiative, 2011.

3 American Hospital Association, 2011.

გარდაუვალია დაავადების ბუნებრივი, პროგრესული მიმდინარეობის გამო; აქედან გამომდინარე, რეჰოსპიტალიზაციის პროგნოზირება შეუძლებელია[1].

2009 წელს, აშშ-ში, პირველად, ჰოსპიტლებმა თავიანთ ვებგვერდზე დაიწყეს ნებაყოფლობითი ანგარიშის წარმოდგენა რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირეზე, მედიქეას და მედიქეიდის პაციენტებში. საავადმყოფოების შედარება ხდება ნებისმიერ ნოზოლოგიაზე რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირის მიხედვით[2].

კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტთა განათლების ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა, ბინაზე გაწერისას პაციენტსა და ექიმს შორის მუდმივი კავშირი ამცირებს რეჰოსპიტალიზაციას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს როგორც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ასევე ხარჯების შემცირებას[3].

გულის უკმარისობის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, არცთუ იშვიათად, განპირობებულია ჰოსპიტლიდან ბინაზე გაწერისას, ხანგრძლივად მისაღები მედიკამენტური თერაპიის თვითნებურად არჩატარებით ან შეწყვეტით. მაგალითად, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინით, იმ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობა, გათვალისწინებულია ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორების ხანგრძლივად მიღება. ა.შ.შ.-ის სხვადასხვა შტატში, შესწავლილი იქნა 2943 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია. რანდომულად შეირჩა გულის უკმარისობის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებული პაციენტები 50 ჰოსპიტალში. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იმ პაციენტებს, რომლებიც ბინაზე ღებულობდნენ ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის იჰიბიტორებს, უფრო ნაკლები სიხშირით ჰქონდათ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობის დიაგნოზით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, ვიდრე

1 Gheorghiade Mihai, Vaduganathan Muthiah, Fonarow Gregg C, Bonow Robert O, Rehospitalization for heart Failure. Chicago, Illiois; boston, Massachusetts and Los Angeles, California. Journal of the American College of Cardiology Foundation, Vol.61,No.4, pp.391-403. 2013.

2 American Hospital Association, 2011.

3 Filippello Lauren, Johnson Daniel, Knapp Michelle, Phelps Kathryn, Reed Jeffrey. Preventing Hospital Readmissions for Congestive Heart Failure. Acute Care. 2013

იმ პაციენტებს, რომლებიც ღებულობდნენ ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის იჰიბიტორებს რეკომენდებულზე ნაკლები დოზით, ან საერთოდ არ ღებულობდნენ[1].

რეჰოსპიტალიზაციის პრობლემის აღმოფხვრისათვის შემუშავდა დაავადების მართვის სტრატეგია, ხდება მოსალოდნელი რეჰოსპიტალიზაციის რისკების პროგნოზირება, ჰოსპიტლიდან გაწერის შემდეგ ბინაზე მოვლის გაუმჯობესება და მონიტორინგი, გართულების ადრეული შეფასება, მონიტორინგის გუნდის შექმნა, რომელშიც წარმოდგენილია პაციენტი, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი, მკურნალი ექიმი, კარდიოლოგი, მედდა, ფარმაცევტი, სოციალური მუშაკი, პაციენტის მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლების პედაგოგი, ოჯახი[2].

რეჰოსპიტალიზაცია, ერთი მხრივ, ასახავს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, მეორე მხრივ, განაპირობებს გაუთვალისწინებელ ხარჯებს, რაც საზიანოა, როგორც ჯანდაცვის პროვაიდერისათვის, ასევე დამფინანსებლისათვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიების, ასევე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით განსაზღვრული ანაზღაურების წესის თანახმად, ერთი და იგივე დაავადებით 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაცია ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულების მიმართ გარკვეულ საჯარიმო სანქციებს. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით არსებობს შემდეგი სამთავრობო დადგენილება: "საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ", მუხლი 22, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი, პუნქტი 12-ის მიხედვით, პროგრამის ფარგლებში, პაციენტის გაწერიდან 30 დღის განმავლობაში იმავე დიაგნოზით პაციენტის გადაუდებელი ჰოპიტალიზაციის განმეორებითი ეპიზოდი განიხილება სადავო შემთხვევად. არაჯეროვანი რეჰოსპიტალიზაციის დადასტურების შემთხვევაში, საჯარიმო სანქცია განისაზღვრება ამავე დადგენილების მე-19 მუხლის (საჯარიმო სანქციები) მე-9 პუნქტის თანახმად. კერძოდ,

1 Luthi Jean-Christophe, Lund Mary Jo, Sampieto-Colom Laura, Kleinbaum David G, Ballard David J. Mcclellan William M. Readmissions and the quality of care in patients hospitalized with heart failure. Institute of Social and Preventive Medicine,University of Lausanne,Switzerland,Epidemiology Department,Rollins School of Public. (International Journal for Quality in health Care;Voliume 15,Number 5: pp.413-421. 2003

2 Gheorghiade, 2013

იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელმა მომსახურება გაუწია არასრულად, ან არაჯეროვნად, მიმწოდებელი იხდის ჯარიმას გასაწევი/გაწეული მომსახურების ღირებულების სამმაგი ოდენობის სახით[1].

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 14 მაისის № 177 დადგენილებით „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები“, მუხლი 4 სამედიცინო მომსახურების გაწევის წესი, თუ დაზღვეული მიმწოდებლიდან გაწერის შემდეგ იმავე დიაგნოზით ან მდგომარეობის გართულებით განმეორებით მოთავსდა იმავე მიმწოდებელთან და თუ გამოვლინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაცია ან/და სადაზღვევო ლიმიტის ამოწურვა წინა პერიოდში ჩატარებული არასრული ან არასწორი მკურნალობის შედეგია, ასეთ შემთხვევებში მზღვეველი თავისუფლდება შემდგომი მკურნალობის ღირებულების გადახდის ვალდებულებისაგან და ასეთი ხარჯებისათვის სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება თავად სამედიცინო დაწესებულებას. ამასთანავე, თუ რეჰოსპიტალიზაცია მოხდა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, მზღვეველი ანაზღაურებს მკურნალობის ამ ეპიზოდის ხარჯებს. მზღვეველი უფლებამოსილია რეჰოსპიტალიზაციის გამომწვევ მიმწოდებელს არ აუნაზღაუროს ან უკან დაიბრუნოს ამ მიმწოდებელთან გაწეული ხარჯები, კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად[2].“

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“, მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სამსახური აუცილებელი წესით აღრიცხავს და შეისწავლის რეჰოსპიტალიზაციას იგივე დიაგნოზით[3].

---

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთღონისძიებათა შესახებ. 2013 წლის 21 თებერვალი. ქ. თბილისი
http://www.matsne.gov.ge 47023000010003017200

2 2012 წლის 14 მაისის № 177 დადგენილება „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები“ http://www.government.gov.ge/files/253_33729_581417_177-1_2_.pdf

3 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ „სტაციონარულ სამედიცინო

აღნიშნული საკანონმდებლო ვალდებულებებიდან გამომდინარე, რეჰოსპიტალიზაციის ანალიზი, გამომწვევ მიზეზთა იდენტიფიცირება და შემცირების გზების ღონისძიებათა შემუშავება ფრიად აქტუალური საკითხია ჯანდაცვის ყველა რგოლისათვის.

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის მიერ ჩატარდა კვლევა[1], რომლის მიზანს შეადგენდა კარდიოლოგიურ პაციენტებში რეჰოსპიტალიზაციის თავისებურებების, მისი გამომწვევი მიზეზების შესწავლა და შემცირების გზების ღონისძიებათა შემუშავება.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა კარდიოლოგიური პაციენტების რეჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებულზე ექსპერტთა მოსაზრებების განხილვა. რისთვისაც ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები თბილისის ერთ-ერთი მსხვილი კარდიოლოგიური საავადმყოფოს ექიმ-სპეციალისტებთან. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში შესწავლილი იქნა 2014 წელს კარდიოლოგიურ საავადმყოფოში გატარებულ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია 30 დღის განმავლობაში. ასევე გამოკითხულ იქნა პაციენტები და ექიმები წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, შესწავლილი იქნა სამედიცინო დაწესებულებაში ერთი წლის განმავლობაში გატარებულ კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 30 დღის განმავლობაში.

30 დღეში ერთი და იგივე დაავადებით რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი შეადგენდა 0.45%-ს. კვლევის თანახმად, რეჰოსპიტალიზაციაზე გავლენას ახდენს პაციენტის ასაკი. კერძოდ, ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება პაციენტის რეჰოსპიტალიზაცია. რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე ასევე დამოკიდებულია დაავადებაზე. რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში უფრო აღინიშნებოდა დიაბეტი ვიდრე არარეჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში (32% ვს 29%), გულის უკმარისობა (23% ვს 13%), თირკმლის უკმარისობა (7.5% ვს 3.5%). 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი დიაგნოზების მიხე-

---

დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“

1 თენგიზ ვერულავა, ნანა ჯინჭარაძე, რევაზ ჯორბენაძე. საქართველოს საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2015; 1 (1).

დვით შემდეგნაირად გადანაწილდა: გულის იშემიური დაავადება, არასტაბილური სტენოკარდია (30.4%), წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა (30.4%), მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა, კარდიული ასთმა (21.7%), აორტის სტენოზი, მძიმე (8.7%), მიოკარდიუმის ქვემო კედლის მწვავე ინფარქტი შთ-ელევაციით, კორონოგრაფია. კორონარული სტენტირება (4.4%), სუნთქვის მწვავე უკმარისობა (4.4%). აღნიშნული ნოზოლოგიური ჯგუფები წარმოადგენენ რეჰოსპიტალიზაციის მაღალი რისკის ჯგუფს, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტთა ბინაზე გაწერისას.

კვლევით ასევე დადგინდა რომ არსებობს კავშირი რეჰოსპიტალიზაციასა და ჯანდაცვითი პროგრამის დაფინანსების სახესთან. კერძოდ, რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოცულ პაციენტებში უფრო მაღალია (68%), ვიდრე კერძო დაზღვევის მქონე პაციენტებში (32%).

რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტთაგან ერთხელ განმეორებით შემოვიდა 15 პაციენტი (65.2%), ორჯერ განმეორებით შემოვიდა 6 პაციენტი (26.1%) ოთხჯერ განმეორებით შემოვიდა 1 პაციენტი (4.3%), ხუთჯერ განმეორებით შემოვიდა 1 პაციენტი (4.3%).

რეჰოსპიტალიზებულ რესპოდენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაციის ძირითად მიზეზია პაციენტთა მიერ საჭირო სამკურნალო ღონისძიების არჩატარება, საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ბინაზე მისაღები მედიკამენტების არშეძენა ან მედიკამენტოზური თერაპიის თვითნებურად შეწყვეტა. პაციენტთა 33,3% მედიკამენტებს ყიდულობს ნაწილობრივ, 13,3% კი საერთოდ ვერ ყიდულობს. შესაბამისად, ექიმის მიერ ბინაზე დანიშნულ, აუცილებელ მედიკამენტოზურ თერაპიას ან ვერ იტარებენ, ან იტარებენ არასრულყოფილად.

აღნიშნულის მიზეზად რესპოდენტები ასახელებენ უსახსრობას (უმუშევრობისა და მცირე, არასაკმარისი რაოდენობის პენსიის გამო). რესპოდენტთა 46,6 %-ის აზრით, ფინანსური სიძნელეების გამო ისინი ვერ ყიდულობენ მედიკამენტებს ან ყიდულობენ ნაწილობრივ. კვლევის მონაცემების თანახმად, პაციენტთა უმრავლესობა უმუშევარი, ან პენსიონერია (63%), რაც საეჭვოს ხდის მათ მიერ ძვირადღირებული, ხანგრძლივი დროის მანძილზე მისაღებად საჭირო მედიკამენტების შეძენის შესაძლებლობას. აღნიშნულ მოსაზრებას ადასტურებს ექიმთა გამოკითხვის მონაცემებიც, სადაც

ისინი აღნიშნავენ, რომ სტაციონარიდან ბინაზე გაწერილ პაციენტთა 60% ვერ ახერხებს მაღალკვალიფიციურ ექიმთან განმეორებითი ამბულატორიული ვიზიტებს და ვერ იტარებს მისთვის საჭირო და აუცილებელ პროფილაქტიკურ კონსულტაციას, მაშინ როცა პაციენტთა უმრავლესობა დაუზარებლად მიმართავს ექიმს უფასო სატელეფონო კონსულტაციებისათვის. ამ ფაქტს ექიმები ხსნიან ფინანსური სიძნელეებით, რადგან ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები სრულად არ ფარავენ გეგმიურ ამბულატორიულ ვიზიტებს.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იმ პაციენტებს, რომლებიც ბინაზე სრულყოფილად ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას უფრო ნაკლები სიხშირით ჰქონდათ კარდიოლოგიური დიაგნოზით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, ვიდრე იმ პაციენტებს, რომლებიც არასრულყოფილად ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას.

ექიმთა აზრით, რეჰოსპიტალიზაციის უმთავრესი მიზეზია პაციენტთა მიერ სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას დანიშნული სამკურნალო ღონისძიებების, მედიკამენტური თერაპიისა და დიეტის შეუსრულებლობა (40%), თანმხლები დაავადებების არსებობა (26,7%), მედიკამენტების მიმართ რეფრაქტერობა (20%), ორგანიზმში მიმდინარე შეუქცევადი პათოლოგიური პროცესები (13,3%).

კვლევით დაგინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაცია ხშირ შემთხვევებში არაპროგნოზირებადია. ამას ადასტურებენ პაციენტთა ავადმყოფობის ისტორიებში ექიმთა ჩანაწერებიც, რომლის თანახმად, გაწერისას ექიმი აფიქსირებს პაციენტის ჯანმრელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, თუმცა, მიუთითებს მის სიმძიმეს და პროგნოზულად არაკეთილსაიმედოობას. ასეთ შემთხვევებში ექიმებს არ შეუძლიათ აღმოფხვრან პრობლემები და არაპროგნოზირებადი, გადაუდებელი მდგომარეობის ან გეგმიური, სასიცოცხლოდ საჭირო ქირურგიული ჩარევის გამო, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, გარდაუვალია.

კვლევით დადგინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელზე გავლენას ახდენს პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ მასზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა. ამ პროცესში დიდია ოჯახის ექიმის როლი. რესპოდენტთა გამოკითხვით 46,7%-ს არ ჰყავდა ოჯახის ექიმი. 13,3% აღნიშნა, რომ ჰყავს, მაგრამ იშვიათად მიმართავს, 40%-ს კი ჰყავს და ხშირად მიმართავს. პაციენტთა 60% კლინიკიდან ბინაზე გაწერის შედეგ, ამბულატორიული მეთვალყუ-

რეობისათვის უპირატესობას ანიჭებს საავადმყოფოს კარდიოლოგთან მიმართვას, ვიდრე ოჯახის ექიმს ან პოლიკლინიკის ექიმსპეციალისტს. პაციენტთა 33,3%-ს საერთოდ არ ჰყავს შერჩეული კარდიოლოგი ხანგრძლივი სამედიცინო მეთვალყურეობისათვის, 20%-ს შერჩეული ჰყავს, მაგრამ იშვიათად მიმართავს, ხოლო 46,7%-ს – ჰყავს და ხშირად მიმართავს. აღნიშნული მეტყველებს ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების დაბალ დონეზე. მასთან შედარებით პაციენტები საავადმყოფოს კარდიოლოგთან კონსულტაციებს ანიჭებენ უპირატესობას.

ასევე სახეზეა პაციენტის მიერ საკუთარი თავის ადექვატურად მოვლის ორგანიზაციის პრობლემები. კერძოდ, პაციენტს ექიმი უნიშნავს მრავალ სამკურნალო საშუალებას, რომელთა რიცხვიც ხშირად 10-15-ს აღწევს. პაციენტთა ჯანმრთელობის სტატუსისა და ასაკის გათვალისწინებით, საეჭვოა ისინი სრულფასოვნად ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას. ამ პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს შინ მოვლის სერვისების განვითარება.

პაციენტების აზრით, ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, საჭიროა სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ვიწრო სპეციალისტებთან ამბულატორიული ვიზიტების გათვალისწინება, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების მოცულობის გაფართოება.

სტაციონარში დასაქმებული კარდიოლოგების 57%-ის აზრით, მათ არა აქვთ არანაირი კონტაქტი პირველადი ჯანდაცვის ექიმსპეციალისტთან, რომელიც სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ უნდა მოემსახუროს პაციენტს, გაეცნოს მისთვის გაწეული დახმარებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველ შესაბამის დოკუმენტს და შესაბამისად გაუწიოს ბინაზე მეთვალყურეობა, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებს.

ექიმთა აზრით, პაციენტთა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის შემცირებისათვის ეფექტურ ღონისძიებას წარმოადგენს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება, ამბულატორიული მიმართვიანობის გაზრდა, პაციენტთან ხშირი სატელეფონო კომუნიკაცია და გეგმიური ვიზიტების შესახებ შეხსენება; ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში ამბულატორიული მომსახურების პაკეტის გაფართოება.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას პაციენტთათვის საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარებას,

რომელიც მიმართულია ბინაზე პაციენტთა თვითკონტროლისა და ექიმის დანიშნულების სრულფასოვანი შესრულებისათვის. რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ საავადმყოფოდან გაწერის წინ მათ უტარდებოდათ საგანმანათლებლო ღონისძიებები, ეძლეოდათ ინფორმაცია კონკრეტული დაავადების შესახებ. აღნიშნულის მიზანს წარმოადგენდა პაციენტების განათლების დონის ამაღლება, რომ მათ უფრო ეფექტურად მოეხდინათ საკუთარ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დაკვირვება და სათანადოდ შეესრულებინათ საექიმო დანიშნულებები.

კვლევით დადგინდა, რომ განმეორებით ჰოსპიტალიზიის ერთ-ერთი მიზეზი არის პაციენტთა სტაციონარიდან ბინაზე გაწერს შემდეგ არასათანადო პრევენციული ღონისძიებები, გეგმიური კონსულტაციების დეფიციტი, რაც განპირობებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არასათანადო განვითარებით. ოჯახის ექიმი პაციენტებში არ არის პოპულარული და არ აქვს სათანადო ავტორიტეტი და ნდობა. იგივე შეიძლება ითქვას პირველადი ჯანდაცვის ვიწრო სპეციალისტებზეც, რის გამოც პაციენტები ამჯობინენენ მიმართონ აღნიშნული ცენტრის ვიწრო ექიმ-სპეციალისტს. მაგრამ ვინაიდან განმეორებითი ამბულატორიული ვიზიტები მათთვის ძნელად ხელმისაწვდომია ფინანსური სიძნელეების გამო, პაციენტთა 60% რჩება საჭირო და მისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გარეშე.

კვლევამ[1] აჩვენა, რომ საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ პაციენტზე თანმიმდევრული და კოორდინირებული დახმარების ორგანიზაცია ამცირებს განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირეს. შესაბამისად, მიზანშეწონილია სტაციონარიდან გაწერის პროცედურის კიდევ უფრო დახვეწა და გაუმჯობესება, გაწერისას დაავადების მართვის სტრატეგიის შემუშავება, რაც ხელს შეუწყობს მოსალოდნელი რეჰოსპიტალიზაციის რისკების პროგნოზირებას.

საჭიროა საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარება პაციენტის მიერ თავის ჯანმრთელობაზე და საექიმო დანიშნულებების შესრულებაზე კონტროლისათვის საკუთარი შესაძლებლობების გაზრდის მიზნით.

---

1 Tengiz Verulava, Nana Jincharadze, Revaz Jorbenadze. Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 2017; 264 (3): 135-139.

ბინაზე გაწერისას საჭიროა ცენტრის ექიმსა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმს ან სპეციალისტს შორის არსებობდეს კომუნიკაცია, რაც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს დაეხმარება ეფექტურად მართოს პაციენტი ბინაზე. ამ მხრივ, საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის, კერძოდ ოჯახის ექიმის როლის, მის მიმართ მოსახლეობის სანდოობის გაზრდა.

ბინაზე სამედიცინო მეთვალყურეობის უკეთ კოორდინირებისათვის სასურველია მონიტორინგის გუნდის შექმნა, რომელშიც წარმოდგენილი იქნება საავადმყოფოს კარდიოლოგი, ოჯახის ექიმი, მედდა, ოჯახის წევრები.

მნიშვნელოვანია ქრონიკულ ავადმყოფებზე სამედიცინო მეთვალყურეობის გაუმჯობესება. სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში უნდა გაიზარდოს ქრონიკული პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, პაციენტის საჭიროების ფარგლებში.

საჭიროა დღის სტაციონარის სერვისების განვითარება, სადაც განხორციელდება პაციენტთა სრულფასოვანი ინვაზიური და ინსტრუმენტული კვლევა, რათა შეფასდეს სტაციონარული მკურნალობის მიზანშეწონილობა, რაც შეამცირებს როგორც არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციით ასევე რეჰოსპიტალიზაციით განპირობებულ სამედიცინო ხარჯებს[1].

1 თენგიზ ვერულავა, ნანა ჯინჭარაძე, რევაზ ჯორბენაძე. საქართველოს საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2015; 1 (1).

სამედიცინო ტურიზმი და საქართველო: პრობლემების სპეციფიკა და რეკომენდაციები

სამედიცინო ტურიზმი შედარებით ახალი, მაგრამ სწრაფად განვითარებადი დარგია. მისი ზრდის ტემპები ტურიზმის სხვა სეგმენტებს შორის ყველაზე მაღალია. სამედიცინო ტურიზმის მზარდ მნიშვნელობაზე მიგვანიშნებს ის ფაქტი, რომ მსოფლიოში 50 ქვეყანაზე მეტს სამედიცინო ტურიზმის განვითარება სახელმწიფო პოლიტიკის დონეზე ჰყავს აყვანილი[1]. სამედიცინო ტურიზმმა წარმოშვა თანამედროვე ჯანმრთელობის ახალი კონცეფცია: როდესაც პაციენტი თავის ქვეყანაში ვერ გადაჭრის ჯანმრთელობის პრობლემას, იგი ირჩევს მისთვის სასურველ ქვეყანას, ექიმს, კლინიკას, სადაც მას შესთავაზებენ ყველაზე თანამედროვე სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ მეთოდებს ხელმისაწვდომ ფასად[2]. თავის მხრივ, გლობალური ეკონომიკური კონკურენციის პირობებში, სამედიცინო ტურიზმი ხელს უწყობს მედიცინის უფრო სწრაფად განვითარებას და შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეცვალოს ჯანდაცვის ეროვნული სისტემების სახე. ამ მხრივ, საინტერესოა, თუ რა პოტენციალი გააჩნია დღეს საქართველოს სამედიცინო ტურიზმის თვალსაზრისით, არის თუ არა მათზე მოთხოვნა და რა იგეგმება ამ პოტენციალის გასავითარებლად და დასახვეწად.

სამედიცინო ტურიზმის განვითარების გლობალური ტენდენციები

მსოფლიოში სამედიცინო ტურიზმის ბაზარი მკვეთრი ზრდის ტემპით ხასიათდება. ბოლო მონაცემებით, 2004-2012 წლების პერიოდში სამედიცინო ტურიზმიდან შემოსავლები 40 მილიარდიდან 0,5 ტრილიონ დოლარამდე გაიზარდა და მთლიანი ტურიზმის შემოსავლების ($ 3.2 ტრილიონი) 14% შეადგინა. 2012 წელს, სამედიცინო ტურიზმმა გლობალური მშპ-ის 1.8% შეადგინა[3]. ექსპერტთა მტკიცებით, 2017 წლისათვის სამედიცინო ტურიზმის ბაზრის 50%-ზე მეტი აზიის, ლათინური ამერიკის და ახლო აღ-

1 Kelley, E. (2013). Medical Tourism. World Health Organization

2 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze. Medical Tourism in Georgia: Current Barriers and Recommendations. Malaysian Journal of Public Health Medicine, 2018;18 (1):81-87.

3 The Global Wellness Tourism Economy. Global Spa & Wellness Summit. Global Wellness Institute. 2013.

მოსავლეთის ქვეყნებზე გადანაწილდება[1].

სამედიცინო ტურიზმი გულისხმობს პაციენტების საზღვარგარეთ მოგზაურობას სამედიცინო მომსახურების მიღების მიზნით. თუმცა, იგივე მიზნით ადამიანები შეიძლება გადაადგილდნენ საკუთარი ქვეყნის შიგნითაც. სამედიცინო ტურიზმს შეიძლება გააჩნდეს განსხვავებული მიზნები: პრევენცია, რეაბილიტაცია, მკურნალობა (მათ შორის ოპერაციული). შეაბამისად, თითოეულ სეგმენტს უზრუნველყოფს სპეციალიზებული სამედიცინო ცენტრები. სამედიცინო ტურიზმის ფასები ძლიერ განსხვავდება და დამოკიდებულია სამედიცინო მომსახურების სახეზე და ქვეყანაზე. სამედიცინო ტურიზმის სექტორში დომინირებს გამაჯანსაღებელი ტურიზმი და სპა ტურიზმი (ბაზრის 41%).

სამედიცინო ტურიზმის განვითარებას განაპირობებს სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, ხელმისაწვდომობა და ფასი. სამედიცინო ტურიზმის ოთხი ძირითადი მოტივი არსებობს:

- საზღვარგარეთ ანალოგიური სერვისის დაბალი ღირებულება;
- თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიები;
- მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარება;
- დროის ფაქტორი (მკურნალობის ხანგრძლივი ლოდინი საკუთარ ქვეყანაში);
- საკუთარ ქვეყანაში საჭირო სერვისის არ არსებობა.

კვლევების თანახმად, პაციენტების 42% საზღვარგარეთ მიემგზავრებიან მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, რესპოდენტთა 33 %-ს სურს მიიღოს მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო დახმარება, 15 %-ს არ სურს სამედიცინო მომსახურების მისაღებად მოცდის სიებში დიდხანს ლოდინი და ცდილობს მის დროულად და სწრაფად მიღებას, ხოლო 10%-თვის მნიშვნელოვანია დაბალი ფასები[2]. თუმცა, კვლევის შედეგები საშუალო მაჩვენებლებია, რომლებიც შეიძლება განსხვავდებოდეს სხვადასხვა ქვეყნებში.

სამედიცინო ტურიზმის განვითარებას ხელს უწყობს ის გარემოება, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გაიზარდა სამედიცი-

1 The Global Wellness Tourism Economy. Global Spa & Wellness Summit. Global Wellness Institute. 2013.

2 McKinsey Quarterly, (2008), Mapping the Market for Medical Travel - McKinsey Report. McKinsey and Company.

ნო მომსახურების ფასები. პაციენტები ცდილობენ იმ ქვეყნებში ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება, სადაც იგი გაცილებით იაფია. ამას მოწმობს ის ფაქტი, რომ სამედიცინო ტურისტები ძირითადად განვითარებული ინდუსტრიული ქვეყნებიდან არიან, რომლებიც განვითარებად ქვეყნებში ჩადიან შედარებით იაფი სამედიცინო მომსახურების გამო[1]. მაგალითად, კარდიოქირურგიული ოპერაცია აშშ-ში 200000 დოლარი ღირს, მაშინ როდესაც მსგავსი სერვისი ინდოეთში 25 000 დოლარია[2] (იხ. ცხრილი 1). საქართველოში სამედიცინო და გამაჯანსაღებელი მომსახურება 3-ჯერ უფრო იაფია ვიდრე ისრაელში, 5-ჯერ უფრო იაფია ვიდრე ევროპაში და 10-ჯერ უფრო იაფია ვიდრე ამერიკაში[3].

თუმცა, სამედიცინო ტურისტები განვითარებულ ქვეყნებშიც შეიძლება ჩავიდნენ შედარებით იაფი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. მაგალითად, სუნგაპურში, რომელიც კარგა ხანია აღარ მიეკუთვნება განვითარებადი ქვეყნების რიცხვს, მხოლოდ პლასტიკური ოპერაციების გასაკეთებლად ყოველწლიურად ათასობით პაციენტი ჩადის და მილიონობით დოლარს ტოვებს, ვინაიდან ბევრად იაფი უჯდებათ ეს ოპერაციები, ვიდრე საკუთარ მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში და თან ხარისხიც მაღალია.

სამედიცინო ტურიზმის ერთ-ერთი მოტივია საკუთარ ქვეყანაში ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში გარკვეული სამედიცინო სერვისების მოუცველობა, ან საერთოდ დაუზღვეველობა. მაგალითად, გერმანიაში, სადაც საყოველთაო სოციალური დაზღვევა მოქმედებს, სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები არ არის მოცული დაზღვევის საბაზისო პაკეტით და შესაბამისად, ეს სერვისები მათთვის ძვირადღირებულია. აშშ-ში მოსახლეობის დაახლოებით 17% დაუზღვეველია, რის გამოც მათთვის ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები ხელმიუწვდომელია. გასათვალისწინებელია, რომ ზოგ შემთხვევებში დაზღვევა არ ფარავს მძიმე ქრონიკული დაავადებების მკურნალობას.

1 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze. Medical Tourism in Georgia: Current Barriers and Recommendations. Malaysian Journal of Public Health Medicine, 2018;18 (1):81-87.

2 gurgeniZe, p. (2012). xarjefeqturi jandacvis dafinansebis sistemis mniSvneloba samedicino turizmis ganviTarebisaTvis saqarTveloSi. European.ge. http://european.ge/xarjefeqturi-jandacvis/

3 samedicino turizmi. samedicino turizmis mravalprofiliani saerTaSoriso kompania GMTour. 2016. http://gmtour.com.ge/index.php?lang=1&kat=3

ცხრილი 1:

გავრცელებული ქირურგიული ოპერაციების ღირებულება სხვადასხვა ქვეყნებში ($ 1000)

პროცედურა	აშშ	ინ-დოე-თი	ტაილან-დი	სინგა-პური	მალაიზ-ია	მექსიკა	პოლო-ნეთი
კორონარული შუნ-ტირება	113	10	13	20	9	3.250	7.140
გულის სარქველის პროტეზირება	150	9.5	11	13	9	18	9.52
ანგიოპლასტიკა	47	11	10	13	11	15	7.3
მენჯბარძაყის სახსრის პროტეზირება	47	9	12	11	10	17.3	6.1
მუხლის სახსრის პრო-ტეზირება	48	8.5	10	13	8	14.65	6.375

წყარო: Kelley, E. (2013). Medical Tourism. World Health Organization.

ვვვვვვვვასეთ შემთხვევებში მოქალაქენი ისეთ ქვეყნებში ამჯობინებენ მკურნალობას, სადაც ანალოგიური სამედიცინო მომსახურება გაცილებით იაფია[1]. ცნობისათვის, 2012 წელს 1.6 მილიონმა ამერიკელმა ჩაიტარა სამედიცინო მომსახურება საზღვარგარეთ[2].

სამედიცინო ტურიზმის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია საკუთარ ქვეყანაში საჭირო სერვისის არარსებობა ან დაბალი ხარისხი. ასეთ შემთხვევებში პაციენტები ამჯობინებენ ისეთ ქვეყნებში ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება, სადაც მიუხედავად სიძვირისა, მისი ხარისხი შედარებით უფრო მაღალია. ამ დროს სამედიცინო ტურიზმის მასპინძელი შეიძლება მაღალგანვითარებული ქვეყანა გახდეს. სამწუხაროდ, ხშირად შემთხვევებში, საქართველოს მოქალაქეებისათვის ამ სახის ტურიზმი პრაქტიკულად ერთადერთი ალტერნატივაა მაღალკვალიფიციური და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, რაც შეუძლებელია მიიღო საკუთარ ქვეყანაში[3]. მაგალითად, ქართველი

1 kobalaZe, l. (2010). saqarTvelos turizmisa da Sesabamisi infrastruqturis moklevadiani da grZelvadiani ganviTareba. Tbilisi. 2010.

2 kobalaZe, l. (2010). saqarTvelos turizmisa da Sesabamisi infrastruqturis moklevadiani da grZelvadiani ganviTareba. Tbilisi. 2010.

3 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze. Medical Tourism in Georgia: Current Barriers and Recommendations. Malaysian Journal of Public Health Medicine, 2018;18 (1):81-87.

პაციენტები სამკურნალოდ ხშირად მიმართავენ სხვა ქვეყნებს, განსაკუთრებით მეზობელ თურქეთს, ან გერმანიას და ისრაელს.

სამედიცინო ტურიზმის განვითარებას ასევე ხელი შეუწყო გლობალიზაციამ, რომელმაც გაადვილა და გააიაფა საერთაშორისო მოგზაურობა, ადამიანებს მისცა სწრაფი გადაადგილების შესაძლებლობა. ხელშემწყობ ფაქტორებს შორის, ასევე აღსანიშნავია, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში სწრაფად გაუმჯობესებული ტექნოლოგიები და სამედიცინო მომსახურების მაღალი სტანდარტები. ზოგადად, სამედიცინო ტურიზმი სინთეზური ბიზნესინდუსტრიაა, როცა გლობალიზაციის პროცესში სხვადასხვა სფეროები იკვეთება და მათი თანხვედრა ხდება[1]. გასაკვირი არ არის, რომ ოცდამეერთე საუკუნის მედიცინის დევიზი, გლობალიზაციის ტენდენციების შესაბამისად, ჟღერს ჭეშმარიტად გლობალურად: „პაციენტები საზღვრებს გარეშე!“

სამედიცინო ტურიზმის განვითარებას შეიძლება ხელი შეუწყოს სხვა მოტივებმაც. მაგალითად, ცალკეული პირები შეიძლება დაინტერესდნენ მკურნალობის შეთავსების შესაძლებლობით სხვა ქვეყნებში ტურისტული მოგზაურობის პროგრამებთან. ზოგიერთ შემთხვევაში, პაციენტები დაინტერესებულნი არიან მკურნალობის სრული ანონიმურობის დაცვით.

სამედიცინო ტურიზმი მსოფლიოში ერთ-ერთი მზარდი ბიზნესინდუსტრიაა. სამედიცინო ტურიზმის ინდუსტრიისათვის მომხმარებელების ძირითადი მომწოდებლები არიან ევროპა და ჩრდილოეთ ამერიკა. ამ მხრივ, სამედიცინი ტურიზმის მსოფლიო ბაზრის 65% უჭირავს ხუთ ქვეყანას – ამერიკის შეერთებული შტატები, გერმანია, იაპონია, საფრანგეთი და ავსტრია. სამედიცინო ტურისტების რაოდენობის თვალსაზრისით, ლიდერობენ შემდეგი ქვეყნები: ინდოეთი, უნგრეთი, მექსიკა, სინგაპური, ტაილანდი, ბარბადოსი, ბრაზილიის, ისრაელის, სამხრეთ კორეა, თურქეთი. მხოლოდ ინდოეთში უცხოელი ტურისტების სამედიცინო მომსახურებაზე იხარჯება 2.3 მილიარდი დოლარი წელიწადში. ამ ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ღირებულება გაცილებით დაბალია, ვიდრე ამერიკის შეერთებულ შტატებში და ევროპის წამყვან ქვეყნებში (ცხრილი 1).

1 გურგენიძე, პ. (2015). რატომ არ ვითარდება სამედიცინო ტურიზმი საქართველოში? ვებგვერდი ბპნ.გე

სამედიცინო ტურიზმის მრავალი სახეობა არსებობს. ამ მხრივ გამოყოფენ ლოკალურ, რეგიონალურ და გლობალურ სამედიცინო ტურიზმს. სამედიცინო ტურიზმის სახეობაა ტელემედიცინა, როდესაც პაციენტები სამედიცინო მომსახურებას იღებენ დისტანციურად. არსებობს საგანმანათლებლო სამედიცინო ტურიზმი, როდესაც კონკრეტულ ქვეყანაში შესაბამის სამედიცინო განათლებას ვერ იღებენ, მიდიან სხვა ქვეყანაში ან როდესაც სამედიცინო პერსონალი მოგზაურობს კვალიფიკაციის ამაღლების, პრაქტიკის მიღების მიზნით. სამედიცინო ტურიზმის ერთ-ერთი გავრცელებული ფორმაა შიდა ტურიზმი. იგი გულისხმობს რომელიმე რეგიონში სამედიცინო ტურიზმის კერის შექმნას. ასეთი კერები სარგებლიანია როგორც საქართველოს მოსახლეობისათვის, ასევე უცხოელი მოქალაქეებისათვისაც.

სამედიცინო ტურიზმის განვითარების სტრატეგიის შემუშავების მიზნით, ბევრი კომპანია ატარებს კვლევებს. კვლევის თანახმად, რესპოდენტების 49% მიიჩნევს, რომ სამედიცინო ტურიზმის შესახებ ინფორმაციას პოულობენ ინტერნეტში, 17% – ნაცნობების და მეგობრებისგან, 15% – ტელევიზიის მეშვეობით, 2% – მკურნალი ექიმისგან და 17% სხვა საშუალებებით. კვლევები ადასტურებენ, რომ სამედიცინო მომსახურების ყველაზე პოპულარულ სახეს წარმოადგენს ჭარბი წონის შემცირება[1].

ინტერნეტში სამედიცინო ტურიზმის შესახებ ინფორმაციის მოძიების შემდეგ ტურისტების უმრავლესობა მიმართავენ შუამავლებს, რომლებიც მათ ეხმარებიან სამედიცინო ცენტრებთან კომუნიკაციის დამყარებაში. გამოკითულთა 61%-ის შეაფასებით შუამავალი ორგანიზაციების როლი „ძალიან მნიშვნელოვანია“, 27%-ის აზრით “ „მნიშვნელოვანი“, 10%-ის ცნობით – „საშუალოდ მნიშვნელოვანი“, და მხოლოდ 2%-ის აზრით მათი როლი „უმნიშვნელოა.“ კვლევები აჩვენებენ, რომ პაციენტების დაახლოებით 85% კმაყოფილია სამედიცინო ტურიზმის შედეგად შემოთავაზებული მკურნალობის შედეგებით.

სამედიცინო ტურიზმის მეშვეობით შემოთავაზებული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის რისკებთან დაკავშირებული გარკვეული შიშის შემცირებას ხელს უწყობს სამედიცინო ცენტრების საერ-

1 McKinsey Quarterly, (2008), Mapping the Market for Medical Travel - McKinsey Report. McKinsey and Company.

თაშორისო აკრედიტაცია. ასეთ აკრედიტაციას ახორციელებს საერთაშორისო ორგანიზაცია Joint Commission International (JCI). ასევე, აღსანიშნავია, რომ პაციენტის მიერ სამედიცინო ტურიზმის სასურველი ქვეყნის არჩევაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო იმიჯს.

მთელ მსოფლიოში სახელმწიფო აქტიურად მონაწილეობს სამედიცინო ტურიზმის განვითარების მხარდაჭერაში და კონკრეტულ ნაბიჯებს დგამს ამ მიმართულებით. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია სპეციალური კანონის შექმნა სამედიცინო ტურიზმის მხარდასაჭერად. ზოგიერთ ქვეყანაში სახელმწიფო ახორციელებს უცხოელი ტურისტების მკურნალობის სუბსიდირებას (მაგალითად, თურქეთი), სხვა ქვეყნები თავიანთ თავზე იღებენ უცხოელები სამედიცინო მომსახურების სადაზღვევო რისკებს (მაგალითად, სამხრეთ კორეა).

სამედიცინო ტურიზმი და საქართველო

დღეს არსებული სტატისტიკური ინფორმაციით, საქართველოში ტურიზმიდან შემოსავლები ქვეყნის სავაჭრო ბრუნვაში მილიარდ შვიდას მილიონ დოლარს შეადგენს, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია[1]. სამედიცინო ტურისტებისათვის საქართველოს შეუძლია შემდეგი ტიპის მომსახურების შეთავაზება: სტომატოლოგია და კბილების პროტეზირება, კოსმეტიკური მედიცინა, მხედველობის კორექცია ექსიმერული ლაზერის მეთოდით, გულის იშემიური დაავადებების მკურნალობა (სტენტირება, შუნტირება), ფაგებით მკურნალობა (ექსკლუზიური სახეობა, ვინაიდან თბილისის ფაქტერიოფაგი ერთ-ერთი უნიკალური დაწესებულებაა მსოფლიოში), რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება (უშვილობის მკურნალობა, ინ-ვიტრო განაყოფიერება და სხვა) და ა.შ[2]. გარდა უშუალოდ სამედიცინო მომსახურებისა, ტურისტებისათვის შესაძლებელია ნებისმიერი სხვა ტიპის მომსახურების შეთავაზება, ანუ ერთმანეთს შეუთავსდეს საჭირო სამედიცინო დახმარება და უცხო ქვეყანაში დასვენება. მით უმეტეს, რომ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად

1 საქართველოს მთავრობა და მსოფლიო ბანკი "ეროვნული ტურიზმის განვითარების სტრატეგია-2025"-ს შეიმუშავებს. საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო. 2014 წ.

2 Jurnali „Tanamedrove medicina" (2009) „saqarTvelos transplantologTa asociacia 10 wlisaa" from http://www.modernpublishing.ge/view_post.php?id=1&pub=8&year=2009

ადამიანებს, როგორც წესი, თანხმლები პირებიც მიჰყვებიან[1].

საქართველოს სამკურნალო ტურიზმის მიმართულებით გააჩნია საკმაოდ დიდი პოტენციალი. ამ მხრივ, იგი ძალზედ მდიდარია საკურორტო ადგილებით. დღეისათვის აღირიცხება 102 კურორტი და 182 საკურორტო ადგილი, რომლებსაც მომხმარებლებისათვის სხვადასხვა დაავადებათა მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და გაჯანსაღების შეთავაზება შეუძლიათ. აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში მსოფლიოში არსებული ყველა სამედიცინო პროფილის კურორტია, სადაც არსებობს ბუნებრივი სამკურნალო ფაქტორები – მინერალური წყალი, ტალახი, გამაჯანსაღებელი ჰავა და აუცილებელი პირობები მათი სამკურნალო-პროფილაქტიკური მიზნით გამოყენებისთვის[2].

საქართველოში შესაძლებელია სამედიცინო ტურიზმის ისეთი სპეციფიკური სახეების განვითარება, როგორიცაა, კლიმატური (მთის, ზღვის სანაპირო, ტყის და ველის კურორტები) და ბალნეოლოგიური კურორტები (სასმელი წყლისა და აბაზანებით სამკურნალო). ისინი ოდითგანვე წარმოადგენდნენ ქვეყნის ტურისტულ ღირსებას. ქვეყანაში კურორტების განვითარება 19-20 საუკუნეების მიჯნაზე იწყება. ამ პერიოდში დაიწყო ტურიზმის აღმშენებლობის პროცესი ბორჯომსა და აბასთუმანში, ხოლო მოგვიანებით მე-19 საუკუნის ბოლოს შავი ზღვის სანაპიროზე. საბჭოთა პერიოდში ქართული კურორტები აღიარებული იყო როგორც ერთ-ერთი საუკეთესო სამედიცინო დანიშნულების ადგილები.

კლიმატურ კურორტებს შორის შეიძლება გამოვარჩიოთ: ბორჯომი, წყალტუბო, ქობულეთი, აბასთუმანი, ახტალა, ბაკურიანი, ბათუმი, ბახმარო, მწვანე კონცხი, ნაბეღლავი, საირმე, პატარა ცემი, სურამი. ბალნეოლოგიურ კურორტებს შორის აღსანიშნავია თბილისი, ბორჯომი, საირმე, წყალტუბო, ნუნისი, ურეკი, გრიგოლეთი, უწერა, ცაიში, ციხისძირი, ცემი, წაღვერი, შოვი, ჯავა და სხვა მრავალი.

მთის ჰავა გამოირჩევა სუფთა ჰაერით, მზის, განსაკუთრებით – ულტრაიისფერი სხივების ინტენსიური რადიაციით, დაბალი ბარომეტრული წნევით და ჟანგბადის გაცილებით მაღალი შემცველობით; მთის კლიმატის ბიოლოგიური მოქმედება მრავალ-

1 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze. Medical Tourism in Georgia: Current Barriers and Recommendations. Malaysian Journal of Public Health Medicine, 2018;18 (1):81-87.

2 CogovaZe g. (2016). saqarTvelos potenciali samedicino turizmSi – ra siaxleebs gegmavs turizmis administracia?. The Tbilisi Times. http://www.ttimes.ge/archives/64395

ფეროვანია: ამშვიდებს და ტონუსს ჰმატებს ნერვულ სისტემას, აუმჯობესებს სასიცოცხლო პროცესების რეგულაციას, ააქტიურებს ნივთიერებათა ცვლას, სუნთქვის ფუნქციას, სისხლის მიმოქცევასა და საჭმლის მონელებას; ზრდის ორგანიზმის იმუნიტეტს სხვადასხვა დაავადების, მათ შორის, ინფექციური პათოლოგიების მიმართ; ამ ფაქტორის გამო მთის კურორტებზე დასვენება ახდენს მატონიზებელ და გამაკაჟებელ ეფექტს ადამიანის ორგანიზმზე[1].

შავი ზღვის კლიმატი ნოტიო-სუბტროპიკულია. ზღვის ჰავას გააჩნია სამკურნალო თვისებები. იგი წარმატებით გამოიყენება სისხლის მიმოქცევისა და სასუნთქი ორგანოების დაავადებების დროს, ნერვული სისტემის ფუნქციური დარღვევის სამკურნალოდ. ზღვისპირა კუროტებიდან თავისი მნიშვნელობით, მაგნიტური ქვიშებითა და დასვენებისა და გაჯანსაღებისათვის შესანიშნავი კლიმატური პირობებით გამოირჩევა ურეკი. ურეკის დადებითი სამკურნალო ფაქტორებიდან შეიძლება, გამოვყოთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ცენტრალური ნერვული სისტემის, ფუნქციური დაავადებების, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის და სხვა დაავადებათა სამკურნალო ეფექტი.

საქართველოში, დაახლოებით 2000 მინერალური წყაროა, რომელთა შორის ყველაზე გავრცელებულია გაზიანი მინერალური წყლები. ასეთი წყლები საჭმლის მონელების სისტემის, ენდოკრინული სისტემის, ნივთიერებათა ცვლის სხვადასხვა დარღვევების სამკურნალოდ გამოიყენება. მინერალური წყლების კურორტებიდან შეიძლება დავასახელოთ ბორჯომი, საირმე, ლებარდე, უწერა, შოვი.

ტალახით სამკურნალო კურორტებიდან გამოირჩევა ახტალა, რომლის ფსევდოვულკანურ სამკურნალო ტალახს იყენებენ აბაზანებისთვის, აპლიკაციებისა და ტამპონებისთვის. ახტალაში იკურნება მოძრაობის ორგანოთა ქრონიკული, პერიფერიული ნერვული სისტემისა და გინეკოლოგიური დაავადებები.

სამედიცინო ტურიზმის განვითარების შემაფერხებელი ფაქტორები

საქართველოში სამედიცინო ტურიზმის პოტენციალის მაქსიმალური ამუშავებისათვის, პირველ რიგში აუცილებელია იმ შემაფერხებელი ფაქტორების ანალიზი, რაც ხელს უშლის მის განვითარებას.

უმთავრესად უნდა გამოვყოთ სამედიცინო ტურიზმის სფეროში

1 ჯაყელი ბ. (2010). რაში გამოიხატება ბალნეოლოგიური კურორტების უპირატესობა და სად იკურნება საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებები. თბილისელები

არსებული ძლიერი კონკურენცია. ბევრ ქვეყნებს, სადაც სამედიცინო ტურიზმი საკმაოდ განვითარებულია, კონკურენციას ვერ გავუწევთ. ასეთ ქვეყნებში უამრავი თანხები იხარჯება სამედიცინო ტურიზმის გასაძლიერებლად. ისინი სამედიცინო მომსახურების მრავალ სახეობას სთავაზოს უცხო ქვეყნების მომხმარებლებს. ამ თვალსაზრისით, საქართველო მულტიპროფილურად საინტერესო ვერ გახდება.

სამკურნალო ტურიზმის განვითარებას აფერხებს ცუდი ინფრასტრუქტურა. არასაკმარისადაა განვითარებული სასტუმროთა და სააგენტოთა ქსელი, შედეგად, ფერხდება ტურისტების უზრუნველყოფა თავშესაფრით. ამავე დროს, არსებული კერძო სასტუმროების მომსახურების დონე დაბალია. კლიმატური კურორტები ძირითადად მაღალმთიან რაიონებში მდებარეობს, სადაც ინფრასტრუქტურა განუვითარებელია.

საყურადღებოა სატრანსპორტო სისტემაში არსებული პრობლემები. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა გზების ინფრასტრუქტურის განვითარებას, საქართველოს უმეტეს მაღალმთიან რეგიონში მოშლილია საგზაო და სატრანსპორტო სისტემა. შედარებით ნაკლებადაა განვითარებული შიდა ავიარეისები, საზღვაო ტრანსპორტი, რაც საკმაოდ გააადვილებდა გადაადგილებას.

სანაპირო ზოლის ზოგიერთ მონაკვეთზე შეინიშნება არადამაკმაყოფილებელი სანიტრულ-ჰიგიენური მდგომარეობა. რეგულარულად არ ხდება სანაპიროს დასუფთავება და საჭირო სანიტარული ნორმების დაცვა. ასევე ხშირია ზღვის დაბინძურება სხვადასხვა ჩამდინარე ნარჩენებით. ყოველივე ეს საფრთხეს უქმნის დამსვენებელთა ჯანმრთელობას.

საქართველოს სამედიცინო ტურიზმის პოტენციალის შესახებ არ არსებობს სრულყოფილი საინფორმაციო ბაზა. სამკურნალო კურორტებზე შედარებით ნაკლებია რეკლამა. ასევე, ტურისტული სააგენტოების უმრავლესობა, მიუხედავად ქვეყნის დიდი პოტენციალისა, ტურისტებს სამედიცინო ტურებს ნაკლებად სთავაზობს.

სფეროში არსებული პრობლემების გადაჭრის გზები

სამედიცინო ტურიზმის სფეროში არსებული ძლიერი კონკურენციის გამო, საქართველოსთვის უფრო რეალურია ვიწრო, სპეციფიკური სერვისების შეთავაზება, რომლებსაც არ სჭირდება დიდი ინვესტიციები. გარკვეულ, სპეციფიკურ სერვისებზე დაბალი

ფასების დაწესებითა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საერთაშორისო სტანდარტების დაცვით შესაძლებელია უცხოელი პაციენტების მოზიდვა. ამ კუთხით იგი შეიძლება საინტერესო გახდეს, თუნდაც რეგიონალური მასშტაბით.

ბევრ ქვეყნებში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით არ არის მოცული ისეთი სერვისები, როგორიცაა ესთეტიური მედიცინა, სტომატოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ბევრი სახეები... საქართველოში თუ იქნება სათანადო სტანდარტის და ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, ცხადია, შედარებით დაბალ ფასად, უცხოელი მოქალაქეები შეეცდებიან აქ ჩაიტარონ სასურველი სამედიცინო მომსახურება.

აუცილებელია გაუმჯობესდეს საგზაო სისტემა, განსაკუთრებით მაღალმთიან და შედარებით ძნელად მისადგომ ადგილებში, რადგან სამედიცინო ტურიზმის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი პოტენციალი სწორედ მაღალმთიან რეგიონებშია თავმოყრილი. აუცილებელია სამარშრუტო ქსელის გაფართოება და მაღალმთიან რეგიონებში პირდაპირი მარშრუტების დანიშვნა; მიზანშეწონილია შიდასაქვეყნო, რეგიონთაშორისი ავიარეისების დანიშვნა, ასევე საზღვაო რეისების აღდგენა ვიზიტორების ტრანსპორტირებისა და გასეირნებისათვის.

საჭიროა სამედიცინო ტურიზმის პოტენციალის შესახებ სრული საინფორმაციო ელექტრონული ბაზის შექმნა და მისი მუდმივი განახლება. მასში ასახული უნდა იყოს მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებების, კლინიკური ცენტრების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაცია (მათი მომსახურების სახეები და ფასები), რომელიც ინტერნეტის საშუალებით ხელმისაწვდომი იქნება მსოფლიოს ნებისმიერ მცხოვრებისათვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების მიზნით, მიზანშეწონილია სამედიცინო ტურიზმის განსახორციელებლად შერჩეული სამედიცინო მომწოდებლების მოქცევა ერთიან მარეგულირებელ სისტემაში, რომელიც უზრუნველყოფს საერთაშორისო სტანდარტის შესაბამის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

ჩვეულებრივი ტურიზმისაგან განსხვავებით, სამედიცინო ტურიზმი მოითხოვს სამედიცინო სფეროში არსებული თავისებურებების გათვალისწინებას. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია ჩატარდეს სამედიცინო ტურიზმის შესახებ ტრეინინგ კურსები, რომელიც

ჩაუტარდებათ ტურიზმის სფეროში დასაქმებულ პერსონალს, რათა ისინი აკმაყოფილებდნენ საერთაშორისო სტანდარტებს.

მიზანშეწონილია უცხოელი პაციენტებისათვის სახელმწიფო მხარდაჭერა, კერძოდ, მათთვის, ასევე თანმხლები პირებისათვის, რომლებიც გეგმავენ საქართველოში მკურნალობას, სავიზო შეღავათების დაწესება ან სავიზო მოსაკრებელისაგან განთავისუფლება.

საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრომ და საქართველოს ტურიზმის ეროვნულმა ადმინისტრაციამ მსოფლიო ბანკის ჯგუფის ფინანსური მხარდაჭერით შეიმუშავა ეროვნული ტურიზმის სტრატეგია. სტრატეგია მოიცავს 20-25 წლის პერიოდს და განსაზღვრულია ტურიზმის განვითარების სხვადასხვა მიმართულებები: სამკურნალო ტურიზმი, ღვინის ტურიზმი, სათავგადასავლო, კულტურული ტურიზმი და ა.შ. სტრატეგიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულებაა საქართველოში სამკურნალო ტურიზმის, გამაჯანსაღებელი კურორტების განვითარება.

სამედიცინო ტურიზმი საქართველოში მოითხოვს უფრო მეტ ყურადღებას სახელმწიფოს მხრიდან. მიზანშეწონილია სამედიცინო ტურიზმის მარეგულირებელი საერთაშორისო ხელშეკრულებების დანერგვა, სამედიცინო ტურიზმის საერთაშორისო ფორუმებზე უფრო აქტიური მონაწილეობის მიღება, ერთობლივი სამედიცინო ორგანიზაციების შექმნა უცხოური კომპანიების მონაწილეობით, რომლებიც კონკურენციას გაუწევენ არსებულ კერძო კლინიკებს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თვალსაზრისით[1].

სწორი პოზიციონირების პირობებში სამედიცინო ტურიზმს საკმაოდ დიდი რაოდენობით ტურისტების მოზიდვა შეუძლია მთელი წლის განმავლობაში და ეკონომიკის ზრდის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმი გახდეს ქვეყანაში.

1 ვერულავა, თ. (2016). სამედიცინო ტურიზმი და საქართველო: პრობლემების სპეციფიკა და რეკომენდაციები. I საერთაშორისო კონფერენციის „სამედიცინო ტურიზმი: პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, საგანმანათლებლო და სამედიცინო პრობლემები“. შრომათა კრებული. ბათუმი, 98-108