

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების გადაწყვეტის გზები

ვერულავა თენგიზ

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი
ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი,
ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტი

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანია მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის დანა-
ხარჯებით გამომწვეული ფინანსური რისკებისაგან, ანუ ქვეყანაში უნდა იყოს ისეთი ჯანდაცვის
სისტემა, რომ საჭირო სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელმა ხარჯებმა არ განაპირობოს
ინდივიდების ან მათი ოჯახების გაღატაკება. ეს მიზანი შეადგენდა საქართველოში 2013 წლი-
დან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების საფუძველს.
რეფორმის შედეგად გაიზარდა სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის
მიმართ, რამაც დადებითად იმოქმედა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომო-
ბაზე. თუმცა, საქართველოში ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვანი ხარჯების (65-70%) გაღება თავად
მოსახლეობას უწევს. ამ მხრივ საჭიროა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ინვესტიციების გაზრდა. სა-
ხელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ეფექტური ჯანდაც-
ვის სისტემის შემთხვევაში, რომლის ერთ-ერთი მექანიზმია ქვეყანაში გამართული პირველადი
ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ას-
რულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯან-
დაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წე-
ლინადაა არსებობს ბევრ ქვეყნებში. მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწო-
ნილია ჯანდაცვის დასაფინანსებლად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან
ერთად კერძო სამედიცინო დაზღვევის შეესებოთ და ჩანაცვლებითი ფორმების გამოყენება და
ამით სადაზღვევო სისტემაში კონკურენტული გარემოს ხელშეწყობა. ამოსავალი წერტილი უნ-
და იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა, რაც
ხელს შეუწყობს კერძო სადაზღვევო ბაზარზე სადაზღვევო კომპანიების შორის კონკურენციას.
საქართველოში უმთავრესად გავრცელებულია სამედიცინო ორგანიზაციების კერძო მესაკუთ-
რეობა, საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიანი ორგანიზაციებია, ხოლო 8% – სახელმწიფოს
საკუთრებაში. ამ მხრივ, საქართველოში საჭიროა მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის, კერ-
ძოდ, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების და კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მო-
დელის განვითარების ხელშეწყობა. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთ-
რეობის ფორმებს შორის ჯანსაღი კონკურენცია. ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას
ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების შედეგზე დაფუძნებული
დაფინანსების მეთოდების დანერგვა: გლობალური ბიუჯეტი, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები
(DRG). ამ დროს მცირდება სამედიცინო დანებსებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმი-
ლი დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის
ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები. ხარისხიანი და ხარჯეფექტური სერვისის მიღების
ერთ-ერთი მექანიზმია ქვეყანაში აქტიური შესყიდვისა და სამედიცინო დანებსებულებების სე-
ლექციური, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირების მექანიზმების დანერგვა. ის გულისხმობს, რომ
სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად კონტრაქტი იდება იმ სამედიცინო
დანებსებულებებთან, რომლებიც ფუნქციონირებენ განსაზღვრული სტანდარტებით. ბოლო ორი
ათწლეულის ერთ-ერთ პრობლემას წარმოადგენდა ხარჯთ-ეფექტიან ამბულატორიულ მედიკა-
მენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ამ მხრივ, 2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა სოციალუ-
რად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის
პროგრამა. სასურველია პროგრამის კიდევ უფრო მეტი გაფართოება ქრონიკული დაავადებე-
ბის სამკურნალო მედიკამენტებზე. ადამიანური რესურსების კუთხით უმთავრესი პრობლემაა
სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება, კერძოდ, ექიმების ჭარბი რაოდენობა,
არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება. 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.
მედდების რაოდენობის დეფიციტი უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე და პა-
ციენტზე განეული სამედიცინო მომსახურების შედეგებზე. პრობლემატური საკითხია ჯანდაც-
ვის სფეროს მუშაკთა დაბალი ანაზღაურება და მათი უფლებების დაუცველობა, განსაკუთრე-
ბით კი რეგიონებში. არასრულყოფილია შრომითი და სოციალური დაცვის მექანიზმები. აქტუა-
ლურია პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაცია.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის რეფორმა, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწი-
ფო პროგრამა, პირველადი ჯანდაცვა.

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, მოსახლეობა 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[5].

სერვისების დაფინანსების გაზრდის მიუხედავად, სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე კვლავ დაბალია საქართველოში და ამით 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 უნევს. 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 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 მოსახლეობის ერთ სულზე 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[6]. 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[7].

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)[8].

მედიკამენტებზე არსებული მაღალი დანახარჯები აიხსნება ნამღებების არარაციონალური დანიშნის პრაქტიკით, მოსახლეობაში თვითმკურნალობის მაღალი მაჩვენებლით და გენერიული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენებით. ფარმაცევტული პოლიტიკის უმთავრესი მიზანი უნდა გახდეს **გენერიული მედიკამენტების დანიშნის ნახალისება** 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[9]. 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[10]. ამოსავალი ნერტილი 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 გარემოებასთან, რომ მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა (მათ შორის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებშიც), 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 ქვეყანაში 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 გამოიყენება 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 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 %, ფინეთში – 40 % (OECD. 2004a; 51).

შედარებით უფრო მცირედ გამოიყენება დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა. ის 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 განევრიანება უნდა განისაზღვროს 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 ნერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა.

ჯანდაცვის დანახარჯების შესაკავებლად გამოიყენება სერვისებზე **ფასთა კონტროლი**. ევროპის ბევრ ქვეყანაში 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 განევაზე[11]. შესაბამისად, გაუგებარია, რა უნდა მოიმოქმედოს სახელმწიფომ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო კლინიკები ერთმანეთში შეთანხმდებიან და ერთხმად უარს იტყვიან მომსახურების განევაზე. ამ და სამედიცინო ბაზრისთვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებების გამო, ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, 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[12].

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[13,14]. არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ 70-80%-ზე მეტს, ხოლო აშშ-ში – 57%-ს[15].

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[16]. კერძოდ, არამომგებიან საავადმყოფოებში, მომგებიან საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ საავად-

მყოფობებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც წარმოდგენილია ექიმებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შექმნაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე[17, 18].

ამ მხრივ, საქართველოში საჭიროა მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის, 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[19], დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG)[20]. ამ დროს მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები[21].

ხარისხიანი და ხარჯეფექტური სერვისის მიღების ერთ-ერთი მექანიზმია ქვეყანაში აქტიური შესყიდვისა და სამედიცინო დაწესებულებების **სელექციური, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირების** მექანიზმების დანერგვა. იგი გულისხმობს, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად კონტრაქტი იდება იმ სამედიცინო დაწესებულებებთან, რომლებიც ფუნქციონირებენ განსაზღვრული სტანდარტებით. საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების სელექციური 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[22,23]. 2018 წლის სექტემბრიდან პროგრამა გაფართოვდა და ის ასაკით პენსიონერებზე და შშმ სტატუსის მქონე პირებზეც გავრცელდა[24], ხოლო დეკემბრიდან პარკინსონის დაავადება და ეპილეფსია დაემატა[25]. იმის გათვალისწინებით, რომ 2018 წელს პროგრამის ბიუჯეტის 76% იქნა ათვისებული[26], ასევე, მედიკამენტების ვერშეძენის მაჩვენებელი დიდად არ შემცირებულა,[27] სასურველი იქნებოდა, პროგრამის კიდევ უფრო მეტი გაფართოება ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე[28].

ადამიანური რესურსების კუთხით უმთავრესი პრობლემაა სამედიცინო პერსონალის უთანაბარი განაწილება, კერძოდ, ექიმების ჭარბი რაოდენობა, უთანაბარი 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). ფაქტობრივად უგულებელყოფილია ექთნების როლი, ფუნქციები და საჭიროებები[29]. მედდების რაოდენობის დეფიციტი უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემას და პაციენტზე განეული სამედიცინო მომსახურების შედეგებზე[30]. პრობლემატური საკითხია ჯანდაცვის სფეროს მუშაკთა დაბალი ანაზღაურება და მათი უფლებების დაუცველობა, განსაკუთრებით – რეგიონებში[31]. არასრულყოფილია შრომითი და სოციალური დაცვის მექანიზმები. აქტუალურია პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაცია.

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

ლიტერატურა

1. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2014). წლის ანგარიში ჯანდაცვაში მოლოდინები ყოველთვის ჭარბობს რეალობას
2. <https://www.moh.gov.ge/uploads/publicinformation/2017/04/04/9a97ce1e712132ce5ec6cd817c9e61b5.pdf>
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.
http://gov.ge/files/288_46485_730625_%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90.pdf
4. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2015
5. <https://idfi.ge/ge/health-care-expenditure-who-recommendations-georgia>

6. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი, 2016.
7. გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). „მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის“ მოკლე მიმოხილვის ანგარიში. http://unicef.ge/uploads/WMS_brochure_unicef_geo_web.pdf
8. ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი
9. თენგიზ ვერულავა (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015. <https://idfi.ge/ge/georgia-2020s-blogpost-on-healthcare-reform>
10. გოცაძე, თ., რუხაძე, ნ., ტურძელაძე, თ. საქართველოში საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი "კურაციო". 2010 წ. <http://68.169.62.2/ge/publications/prices-availability-and-affordability-of-medicines.page>
11. კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015. <http://www.transparency.ge/en/node/5480>
12. თენგიზ ვერულავა (2016) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ცვლილებები და მასში კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლი. ლიბერალი. [Link]
13. რაიონულმა კლინიკებმა შესაძლოა გადაუდებელი პაციენტების მომსახურებაზე უარი თქვან. 01-04-2015. <http://rustavi2.com/ka/news/13115>
14. 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. [Link] [Google Scholar]
15. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო (სგ-ს). (2012). საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი.
16. თენგიზ ვერულავა. შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია "კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები" შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.
17. AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA.
18. თენგიზ ვერულავა. არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (3), გვ. 100-110.
19. თენგიზ ვერულავა, ნინო ბესიაშვილი, მირიან თოდრია, ზვიად ლობჯანიძე (2018). არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში. ეკონომისტი; 14(3):60-71 [Link]
20. Tengiz Verulava, Ana Lordkipanidze, Nino Besiashvili, Mirian Todria, Zviad Lobjanidze, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Obstacles in the Development of Nonprofit Hospitals in Georgia. Hospital Topics, 2019;97(2):39-45. DOI: 10.1080/00185868.2019.1571875. [Crossref] [Google Scholar]
21. თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე (2017). სიახლე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში: საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (1), გვ. 137-143. [Link]
22. ვერულავა, თენგიზ (2016) მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდი და საქართველო. ლიბერალი. [Link]
23. 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.
24. 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. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=1291
25. თენგიზ ვერულავა. (2018). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 5. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი. <https://heconomic.wordpress.com/2018/08/05/verulava/>
26. ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. სოციალური მომსახურების სააგენტო. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=1291
27. 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.

- [http://ssa.gov.ge/files//01_GEO/JAN_PROG/qronikuli-daavadebebi/brdzaneba_9.12.2018_\(ICD-10\).pdf](http://ssa.gov.ge/files//01_GEO/JAN_PROG/qronikuli-daavadebebi/brdzaneba_9.12.2018_(ICD-10).pdf)
28. <https://factcheck.ge/storage/media/other/2019-01-31/b430d1b0-2521-11e9-8256-7f85697f8bb2.pdf>
29. 2010 წელს მედიკამენტების ვერშეძენის მაჩვენებელი 13% იყო, 2017 წელს 9.6%. commerciant.ge. 25.12.2018.
<https://commerciant.ge/ge/post/2010-wels-medikamentebis-vershedzenis-machvenebeli-13-iyo-2017-wels-96>
30. Verulava T., Jorbenadze, R., Dagadze B., Eliava E. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018;
<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1084822318806316>
31. Verulava, T., Jorbenadze, R., Dangadze, B., Karimi L. (2018). Nurses' Work Environment Characteristics and Job Satisfaction: Evidence from Georgia. Gazi Medical Journal, 29 (1): 1-5.
32. <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/1452>
33. თენგიზ ვერულავა. (2015). მედდების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, 1 (1):33-48
34. <https://heconomic.wordpress.com/2019/02/11/nurse/>
35. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი 2012.
<https://www.transparency.ge/ge/post/press-release/hospitaluri-seqtoris-kvleva>

CHALLENGES AND CHALLENGES OF THE GEORGIAN HEALTH SYSTEM

Verulava Tengiz

*Doctor of Medicine, Professor,
Ivane Javakhishvili Tbilisi State University,
Institute of Health Policy*

Since 2013, Georgia enacted Universal Healthcare (UHC) program. Inclusion of uninsured population in the UHC program will have a positive impact on their financial accessibility to the health services. Enactment of the UHC programs significantly raised the population referral to the family physicians, and the specialists. Insignificantly, but also increased the frequency of laboratory and diagnostic services. Despite the serious positive changes caused by UHC program implementation there still remain the problems in the healthcare system. Also, it is desirable to raise the financial availability of those medical services, which may cause catastrophic costs. In this respect, such medical services must be involved in the universal healthcare program and been expanded their scale. For the purpose of effective usage of the limited funds allocated for health care services provision, the private health insurance companies should be involved in UHC programs. This, together with the reduction of health care costs will increase a competition in the medical market, and enhance the quality of health service.

Keywords: *Universal healthcare, Georgia*