

ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელები საქართველოში

ვაჟა ზეიკიძე

ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, საქართველოს
ტექნიკური უნივერსიტეტის, ი. ჟორდანიას სახელობის
საწარმოო ძალებისა და ბუნებრივი რესურსების
შემსწავლელი ცენტრის, უფრ. მეცნიერ თანამშრომელი

THE FINANCING MODELS OF HEALTHCARE IN GEORGIA

Vazha Zeikidze

Academic Doctor of Economics, Technical
University of Georgia, Senior scientific employee of
the I. Zhordania Center for the Study of Production Forces
and Natural Resources

RESUME

The formation and development of healthcare financing models is a very relevant issue especially for developing countries, so that they can ensure the access of their population to medical care services. Bismarck, Beveridge, liberal and other modern models of healthcare financing are successfully used in developed countries.

The article focuses on the transformation of the development of the health sector of Georgia and the results achieved by the country in the last period. Currently, Georgia is making the transition to the healthcare financing (DRG) model. The article analyzes the main achievements of the implementation of the model in the health sector (DRG) in the country and the acceptable results of the implementation of this model in the future.

Key words: Health Financing, Financing Models, Universal Health Program.

შესავალი

თანამედროვე მსოფლიოში ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის მოთხოვნილების დაკმაყოფილების მიზნით გამოიყენება ჯანდაცვის დაფინანსების ისეთი მოდელები, როგორიცაა ბისმარკის, ბევერიჯის, სემაშკოს და ლიბერალური მოდელები. ქვეყნების მიერ თითოეული ამ მოდელების არჩევაში აქტიურად არის ჩართული საზოგადოება და თითოეულ ქვეყანაში დაფინანსების სისტემები ფუნქციონირებენ ქვეყნების თავისებურებებიდან გამომდინარე.

საქართველოში 20-ე საუკუნის 20-იანი წლებიდან გასაბჭოების შემდეგ მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისათვის გამოიყენებოდა დაფინანსების სემაშკოს მოდელი. გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან ქვეყნის მიერ დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ჯანდაცვის სისტემამ რეფორმირების მრავალი ეტაპი გაიარა და 2013 წლიდან მოსახლეობის ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნილების

დაკმაყოფილების მიზნით ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის მიზანია მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საქართველოში ამჟამად აქტიურად მიმდინარეობს ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემებისა და დამართულებების ამოქმედება, რომლი განხილვასაც ეხება წარმოდგენილი სტატია.

ძირითადი ტექსტი. საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ანალიზისას მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ ქვეყანაში გარკვეული პერიოდის განმავლობაში დომინირებდა ისეთი მოდელები, როგორიცაა: სემაშკოს, ბისმარკის და ბევერიჯის. გასული საუკუნის 90-იან წლებამდე საქართველოში ფუნქციონირებდა დაფინანსების სემაშკოს მოდელი. ამ მოდელის პირობებში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება ხორციელდებოდა ექსკლუზიურად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების ურთიერთობის ყველა ასპექტი რეგულირდებოდა ეკონომიკის დაგეგმვისა და გეგმაზომიერი განაწილების პრინციპებიდან. ქვეყნის მიერ დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ინერციით გრძელდებოდა სემაშკოს მოდელის გამოყენება, მაგრამ უკვე დაწყებული 1995 წლიდან სახელმწიფომ თანდათან მოიხსნა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პასუხისმგებლობის ტვირთი და იგი სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამების ვალდებულება გახდა. სოციალურად ორიენტირებულმა ბისმარკის მოდელმა არ გაამართლა საქართველოში და ქვეყანამ ორიენტირი ბრიტანეთში გავრცელებულ ბევერიჯის მოდელზე აიღო, რომელიც ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსებას ითვალისწინებს. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებამ რეფორმირების სამი ეტაპი გაიარა. პირველი ეტაპი მოიცავს 1994-2003 წლების პერიოდს, როდესაც განხორციელდა მუხლობრივი დაფინანსებიდან პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე გადასვლა, ამ პერიოდში დაფუძნდა ჯანდაცვის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და დაიწყო ჯანდაცვის მომსახურების სადაზღვევო შენატანების საფუძველზე დაფინანსება. სამწუხაროდ ჯანდაცვის დაფინანსების ამ სტეპამ ქვეყანაში ვერ გაამართლა უმუშევრობის და არაფორმალური დასაქმების მაღალი დონის გამო.

ქვეყნის ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმირების მეორე ეტაპი მოიცავს 2004-2012 წლების პერიოდს. სწორედ ამ ეტაპზე ჰოსპიტალების რესტ-

რუქტურიზაციის გენერალური გეგმის თანახმად განხორციელდა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაცია და 2009 წლისათვის სამედიცინო დაწესებულებების 80% უკვე პრივატიზებული იყო. ამ პერიოდში საქართველოს მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი მძიმე დაწვავად განიცდიდა ჯანდაცვის ხარჯებს და პაციენტების ჯიბიდან გადახდის წილი კვლავ მაღალი იყო.

საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმირების მესამე ეტაპი იწყება 2013 წლიდან და გრძელდება დღემდე. ქვეყანაში 2013 წლის თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა (UHCP), ხოლო 2013 წლის ივლისიდან კი ამოქმედდა ახალი „საბაზისო პაკეტი“, რომელიც ხელმისაწვდომი გახდა ბინადრობის კანონიერი უფლების მქონე ნებისმიერი პირისათვის. 2014 წლის სექტემბრიდან სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის ყველა პროგრამა გაერთიანდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, რომელსაც ახორციელებდა ჯერ სოციალური მომსახურების სააგენტო, ხოლო 2020 წლიდან შეიქმნა ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტო (NHA), რომელსაც დაევა ჯანდაცვის პროგრამების ადმინისტრირება. 2020 წლისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ უზრუნველყო ქვეყნის მოსახლეობის 90%-ის მოცვა. გატარებული სამთავრობო პოლიტიკის შედეგად ჯანმრთელობის სერვისებზე ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების მოცულობა თანდათან მცირდება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში საქართველოში 2022 წლის 1 ნოემბრიდან სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მოდელი ამოქმედდა, რომელიც ეფუძნება სამედიცინო მომსახურების დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსებას. ეს მეთოდი მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსების აპრობირებული მოდელია. (DRG) სისტემით დაფინანსების პირობებში პაციენტებს დამატებითი ხარჯების გაღება აღარ უწევთ და მხოლოდ იმ თანხის დამატება უხდებათ, რომელიც თანადაფინანსების პრინციპით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ითვალისწინებს (0-დან 30%-მდე).

DRG-ის დაფინანსების ქართული მოდელი ეფუძნება ლატვიურ მოდელს, რომელიც ყველაზე ახლოს არის ქართულ რეალობასთან. ამ მოდელის გამოყენების დროს სამედიცინო დიაგნოზების დაჯგუფება ხდება NordDRG Grouper პროგრამით და განისაზღვრება საბაზისო ტარიფები და თითოეული ჯგუფის ღირებულებითი წონა. DRG-ის გადახდის პრინციპი ეფუძნება სახელმწიფოსა და კლინიკების ურთიერთობას კონკრეტული დიაგნოზის ტარიფით. ჯანდაცვის დაფინანსების აღნიშნული მოდელი ქვეყანაში სრულად 2023 წლის 1 იანვრიდან ამოქმედდა.

ამ მოდელის პირობებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ყველა კლინიკისათვის ერთი და იგივე სამედიცინო მომსახურების დაფინანსდება ერთი ტარიფით ხდება. ამ მოდელის გამოყენების პი-

რობებში მცირდება სტაციონარში პაციენტების დაყოვნების ხანგრძლივობა, რადგან სამედიცინო პერსონალი ანაზღაურებას იღებს მხოლოდ წინასწარ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად და ხარჯები სახელმწიფოს მხრიდან პროგნოზირებადია.

კლინიკების DRG-ით დაფინანსების ახალი მოდელის დანერგვის დადებითი მხარეა ასევე პაციენტთა მკურნალობის ინტენსიფიკაციის ზრდა. კერძოდ მკურნალობის ვადების შემცირებით კლინიკებს საშუალება ეძლევა შეამცირონ სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რაც საბოლოო ჯამში ხელს ყნაობს სტაციონალური მომსახურების ხარისხის ზრდას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სისტემური ფინანსური მდგრადობის გაძლიერების მიზნით მნიშვნელოვანია პირველად და სტაციონალურ სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რომელიც მიიღწევა სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის უწყვეტი დიალოგის განვითარებით. საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში კლინიკების უმეტესი ნაწილი თავმოყრილია კერძო სექტორში ამიტომ მნიშვნელოვანია ამ სფეროში მოქმედი პროფესიული ასოციაციების ჩართვა სამედიცინო სერვისების სტანდარტებისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით შემდგომ რეფორმირებაში.

ქვეყნის კლინიკებში დაფინანსების DRG-ის მოდელის დანერგვისათვის აუცილებელია სათანადო კონტროლის მექანიზმის ამოქმედება რათა სამედიცინო დაწესებულებებმა ფიქსირებულ ფასები არ გაზარდონ და პაციენტებს არაფორმალურად არ გადაახდევინონ მომსახურების თანხა. ამისათვის აუცილებელია კლინიკებში სათანადო კადრების გადამზადება და შიდა აუდიტის სამსახურების მიერ მუდმივი მონიტორინგის განხორციელება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვერულავა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკის გამომწვევები საქართველოში: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული და ფინანსური პერსპექტივა. თბ. 2020
2. ჯორბენაძე ა. როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა. თბ. 2021
3. გალტ & თაგარტი, ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში. 2020
4. <https://forbes.ge/health/55182-2/>
5. https://eprc.ge/wp-content/uploads/2022/02/small_book-5-1.pdf
6. <https://gnomonwise.org/public/storage/publications/July2020/mNvgGlke9QwJzsIDqIWc.pdf>
7. <https://forbes.ge/health/saqhovelthao-jandatsva-saqarthveloshi-tsarmatebebi-da-barierebi/>
8. <https://www.gov.ge/news/355720?page=&year>
9. https://api.galtandtaggart.com/sites/default/files/2023-05/report/georgias-healthcare-sector-overview_geo_may-23_0.pdf