



საყოველთაო დაზღვევა საქართველოში

**ნანა ბენიძე,
ჯამბულ ბინაძე,
თინათინ გუგეშაშვილი
ეად. ანსუ ასოც.პროფესორები**

რეზიუმე

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რამაც 2017 წლამდე ცვლილების 4 ეტაპი გაიარა. კვლევის მიზანია საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფის გზების ძიება და არსებული პრობლემების გამოვლენა. ამ ეტაპზე საქართველოს სამედიცინო სისტემაში არსებული სიტუაციის ანალიზით გამოჩნდა, რომ სისტემა აშკარად თხოულობს დახვეწას. განსაკუთრებით, კი ფინანსური მართვის მხრივ.

არსებული ხარვეზების მიუხედავად შეიმჩნევა დადებითი ტენდენციები: ჯანდაცვის დაფინანსების ზრდის ტენდენცია; დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის აბსოლუტური მაჩვენებლების შემცირება; იმუნიზაციის მოცვის სიდიდე; სასწრაფო სამედიცინო დახმარების და რეფერალის გაუმჯობესება; ტუბერკულოზის და აივ/ შიდსის გამოვლენა და მკურნალობა;

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე სტატიაში შემოთავაზებულია შემდეგი რეკომენდაციები:

1. სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების სრულფასოვანი კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბება;
2. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ანუ ამბულატორიული სამსახურის რეფორმის ჩატარება (ამბულატორიის ეფექტური მუშაობა განსაზღვრავს პაციენტის მომავალ ხარჯეფექტურობას);

3. ხარისხიანი მედიცინის დამკვიდრების დაწყება;

4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ასამაღლებლად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება;

5. სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მაღალრისკიანი (ქრონიკული ავადმყოფები, დაბალშემოსავლიანი პირები) ბენეფიციარებზე. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება;

6. აუცილებელია ქვეყანაში ჯანდაცვის დარგში საკადრო პოლიტიკის შემუშავება;

7. სასურველია, შეიქმნას მაღალი სანდოობის ჯანდაცვის ეროვნული საინფორმაციო სისტემა.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის პროგრამის თავისებურებები. სახელმწიფო დაფინანსება, ჯანდაცვის ობიექტები. ტენდენციები.

შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვა არის სახელმწიფო, სოციალ-ეკონომიკურ, სამედიცინო და საზოგადოებრივ ღონისძიებათა სისტემა, რომლის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვა, დაავადებების თავიდან აცილება და მკურნალობა, რაც საბოლოოდ, სიცოცხლეს ახანგრძლივებს-ასეთია ჯანდაცვის თანამედროვე დეფინიცია. ამ განსაზღვრიდან ნათლად ჩანს, რომ მჭიდროდ თანამშრომლობენ მედიცინა და ეკონომიკა, რეგულაციებს კი სახელმწიფო ანხორციელებს საზოგადოებასთან ერთად.

2013 წელს საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელსაც სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს. პროგრამის მიზანი იყო საქართველოს ყველა იმ მოქალაქის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფა, რომელიც 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით არ სარგებლობდა უკვე არსებული სახელმწიფო დაზღვევით და არ გააჩნდა კერძო დაზღვევა. 2014 წელს

ყველა სხვა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა გაუქმდა და მათი მოსარგებლე მოქალაქეებიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდნენ.

ძირითადი ტექსტი

საყოველთაო დაზღვევას დიდი მნიშვნელობა აქვს ისეთი ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა, თუმცა არსებობს უამრავი ხარვეზები რომელსაც გამოსწორება სჭირდება. წინა წლების გამოცდილების გათვალისწინებით მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უნივერსალური მოცვა, სადაზღვევო კომპანიების შუამავლობის გარეშე, სახელმწიფო პროგრამის მეშვეობით განხორციელდა. ბოლო წლების განმავლობაში გადაუდებელი ჰოსპიტალურ შემთხვევათა რაოდენობა საგრძნობლადაა გაზრდილი, რაც პირდაპირ მიუთითებს, რომ სისტემაში არსებობს ხარვეზები - საავადმყოფოები სახელმწიფოსგან მეტ დაფინანსებას იღებენ და არავენ აკონტროლებს - რეალურები არიან ეს პაციენტები თუ არა, რა ტიპის მკურნალობა ჩაუტარდათ, დანიშნულება პროტოკოლის მიხედვით იყო განერილი, თუ საავადმყოფო ზედმეტი ჩარევით ცდილობდა მეტი ფულის მიღებას.

2017 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაფინანსება 253 მილიონ 800 ათასი ლარით გაიზარდა. 2016 წელს ამ უწყების ბიუჯეტი 3 მილიარდ 162 მილიონ ლარს შეადგენდა, 2017 წელს კი, მისი ბიუჯეტი 3 მილიარდ 415 მილიონ 800 ათასი ლარით განისაზღვრა. როგორც, ბოლო მონაცემები ცხადყოფს, საყოველთაო დაზღვევის პროგრამაზე, სახელმწიფო ნაცვლად 660 მილიონისა, 2018 წ 704 მილიონ ლარს დახარჯავს. ისმის კითხვა-იმ დროს, როდესაც ერთმანეთისგან გაიმიჯნა სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პაკეტი, აგრეთვე 40 ათას ლარზე მეტი შემოსავლის მქონე პირებიც აღარ ისარგებლებენ ამ პაკეტით. ე.ი ბენეფიციალთა რაოდენობა მცირდება, რა საჭირო იყო ბიუჯეტის გაზრდა?

კიდევ ერთი საინტერესო მაჩვენებელი - საქართველოს მრავალ-

ვალპროფილიან სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტის დაყოვნების მაჩვენებელი 2017 წელს მერყეობდა 5.2-7.4 დღემდე. შედარებისთვის, აშშ-ში იგი არის 2.1, ევროპის ქვეყნების მაქსიმალური მაჩვენებელი 2,7-მდეც კი არ არის. აქ ან უხარისხო სამედიცინო მომსახურეობასთან გვაქვს საქმე (გაიდლაინებთანაც!) ან ეს ციფრები (ანუ ბოლო წლების დინამიკაში საოცრად გაზრდილია მწვავე შემთხვევები?!) გაბერილია, როდესაც მეტი თანხის მისაღებად პაციენტის მდგომარეობას ხელოვნურად ამწვავებენ. ასეთი ტენდენციის აღმოფხვრა მხოლოდ „საბაზრო დაფინანსებას“ და კონტროლის „გამართულ“ სისტემას შეუძლია.

ფაქტია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯებს სახელმწიფო პირდაპირი გადახდის წესით ფარავს, ამ თანხების კონტროლის მექანიზმები კი ეტყობა, რომ ძალიან სუსტია. აქ დგება პროგრამის ხარჯვის მონიტორინგის საკითხი. რაც შეეხება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზედამხედველობას: მონიტორინგსა და პროგრამით განსაზღვრული პირობების შესრულების კონტროლს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს, ხოლო რევიზიას - სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო.

ბიუჯეტის სიმცირის მიუხედავად, ყველაზე დიდი პრიორიტეტი სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხის მაქსიმალურად ეფექტიანად ხარჯვა უნდა იყოს. მონიტორინგის კუთხით კი დღეს სერიოზული პრობლემები არსებობს. ჯანდაცვის სამინისტრო ამბობს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოწოდებული ანგარიშებს გადახედვა მიმდინარებს-რათა შეამოწმონ, რამდენად დასაბუთებულადაა მოთხოვნილი თანხა, ხომ არ ხდება დიაგნოზის გაყალბება, გამწვავება და ა.შ. ვფიქრობ, რომ ამ მისიას ან არაკეთილსინდისიერად ასრულებენ ან დაბალია კვალიფიციური კადრები.

აქ ჩნდება ალტერნატივა - პროცესში ჩაერთოს ე.წ. Third Party (მესამე მხარე) ადმინისტრატორი, მენეჯერი, რომელიც შუამავალი იქნება სახელმწიფოსა და პროვაიდერებს შორის

და უტილიზაციას მართავს. ასეთი პრაქტიკა არაერთ ქვეყანაში გვხვდება. სახელმწიფოს შეუძლია, თუნდაც, უცხოური კომპანია მოიწვიოს, ფიქსირებულ თანხაზე შეუთანხმდეს მას მიანდოს უტილიზაციის მართვა. ამ შემთხვევაში პროცესს მაღალანაზღაურებადი კადრები გააკონტროლებენ, რომელთა ინტერესი (სერვისების მიმწოდებელისაგან განსხვავებით) მხოლოდ და მხოლოდ უტილიზაციის მართვა იქნება და მათ გადაბირებას ვერც ფარმაცევტული და ვერც სადაზღვევო კომპანიები ვერ მოახერხებენ.

ჯანდაცვაში დანახარჯების შეკავების აუცილებლობაზე საუბრობს ექსპერტი თენგიზ ვერულავაძე. მისი აზრით, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური მექანიზმი ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემაა. ამ სისტემაში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს თვითონ, მან რეალურად კერძო სადაზღვევო კომპანიები თითქმის ამოადგო თამაშიდან და დარჩა მონოპოლისტად!

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან დაკავშირებული კიდევ ერთი, ფუნდამენტური საკითხი პროგრამის საყოველთაობას უკავშირდება „კურაციოს“ საერთაშორისო ფონდის დირექტორთა საბჭოს წევრის თქმით, “ბუნებრივია, რომ პროგრამები, რომლებიც საყოველთაობას გულისხმობს, ყოველთვის უფრო პოპულარულია. ამ ტიპის პროგრამების მოსახლეობის ღარიბ ფენაზე ფოკუსირება უფრო სწორია, თუმცა ის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის რომელიმე მონაწილეს შეღავათი წაართვა - არარეალურია”. საქართველოს შემთხვევაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ეს არის ბაზისი და მისი განვითარება უნივერსალურობისკენ უნდა იყოს მიმართული. უნივერსალური ჯანდაცვა ეს არის პროცესი, რომელსაც ნელ-ნელა მივალწევთ და ამ მხრივ სამი მიმართულებაა: სიღრმე, სიგანე და სიმაღლე. შესაბამისად, ჩვენ შეგვიძლია გავზარდოთ 1. მოსახლეობის მოცვა, ანუ მოსახლეობის ჯგუფების მოცვა, 2. გავზარდოთ თანაგადახდა - უფრო მაღალი პროცენტებით დააფი-

ნანსო ის სერვისები, რომელთაც ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვა და 3. გაზარდო სერვისების რაოდენობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების სპექტრი, რომელსაც ფარავს სახელმწიფო.

საყოველთაო ჯანდაცვისკენ სვლა სწორია, მაგრამ, როდესაც საყოველთაო ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი თანხა არაეფექტურად იხარჯება და ხშირ შემთხვევაში არასაჭირო მიმართულებით იყრება, ესეც ამ კარგი ინიციატივის დისკრედიტაციის მცდელობაა.

არსებული მასალებით გამოჩნდა, რომ სისტემა აშკარად თხოულობს დახვეწას, განსაკუთრებით, ფინანსური მართვის მხრივ. კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა ორი ტიპის ინტერვიუები: ღია და სიღრმისეული ინტერვიუები, რომლებიც ბაზრის გაგებასა და მდგომარეობის უფრო ღრმა ანალიზში გვეხმარებოდა, და დახურული კითხვარის მეშვეობით ჩატარებული ინტერვიუები, რომელიც შეიცავს რამდენიმე ჰიპოთეზას სამედიცინო ბაზრის შესახებ. როგორც კვლევის შედეგების ანალიზით ჩანს:

1. გამოკითხული 100 რესპონდენტიდან 34%-მა არ იცის, რომ საყოველთაო დაზღვევით სარგებლობს. ანუ მოსარგებლეთა საერთო რაოდენობიდან მინიმუმ 30% არარეალურია.

2. კერძო სამედიცინო დაზღვევით (კორპორაციული და ინდივიდუალური) მოსარგებლე აღმოჩნდა 28% -, უპირატესად, ამბულატორიული სერვისებით 61%. კმაყოფილი დარჩა - 32%, მომსახურეობის ხარისხით უკმაყოფილი - 53%.

3. კერძო სამედიცინო მომსახურებისთვის მიუმართავს ბენეფიციალთა 32%-ს, ისიც ძირითადად, ამბულატორული სერვისისთვის და კმაყოფილი დარჩა 62%. უკმაყოფილების ძირითადი მიზეზი ფასები გახლდათ - 38%. დღევანდელი ქართული მედიცინის პრობლემები ასე გამოიყურება: პირველი ადგილი უკავია მედიკამენტების ფასებს (34%), შემდეგ მოდის მომსახურეობის ფასი (27%), ექიმთა კვალიფიკაცია (25%) და დიაგნოსტიკის სირთულეები (14%).

4. არეკებულმა რეფორმამ ფინანსური სარგებელი მოუტა-

ნა მხოლოდ 22%-ს, იგივე დარჩა 34%-ის ოჯახის დანახარჯები. ეს დანახარჯები საშუალოდ 50-ლარიდან (41%) 100 ლარამდეა (19%). არც თუ ისე მცირეა თუ გავიხსენებთ, რომ საარსებო მინიმუმი 168 ლარი და 10 თეთრია და პენსია კი - 180 ლარი. ეს განსაკუთრებით მძიმე მოხუცებისთვის იქნება, არადა სწორედ ეს კონტიგენტი არის წამლების ყველაზე მეტი მომხმარებელი!

5. აქვე უნდა გამოვყოთ მედიკამენტების ხარისხით უკმაყოფილოთა 74% და ფასით - 36%.

6. გამოკითხულთა ნახევარს არ აქვს მოლოდინი იმაზე, რომ სახელმწიფო უზრუნველყოფს მისი ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებას. თუმცა, 41% თვლის, რომ სახელმწიფომ ეს უნდა გააკეთოს!

7. გამოკითხულთა ნახევარი მზად არის სასურველი სამედიცინო მომსახურეობისთვის თანხა გადაიხადოს. მაგრამ თუ შემოსავალი გაეზრდებათ, მაშინ მეტსაც გადაიხდიან! ასე ფიქრობს 70%; თუმცა, 27% მტკიცედ თხოულობს უფასო მედიცინას!

8. ხელფასები 96%-ში არის მდგარადი (ფიქსირებული). გამოკითხულთა 94% მიუთითებს იმაზე, რომ ხელფასი სიმბოლურად ასახავს მათ მიერ დახარჯულ შრომას.

დასკვნა

ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს, კერძო სადაზღვევო კომპანიებისა და პაციენტების მიერ გაწეული უზამაზარი ხარჯის მიუხედავად საქართველოში მედიკო-დემოგრაფიული სიტუაციისა და ანალიზის საფუძველზე გაკეთებული იქნა შემდეგი დასკვნები:

1. საქართველოში შექმნილი ნეგატიური დემოგრაფიული სიტუაცია, გარდა სხვა ფაქტორებისა, განისაზღვრება აგრეთვე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფაქტორითაც.

2. საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონის მაჩვენებლების მიხედვით ის წინ უსწრებს ევროპის ქვეყნებს, მიუხედავად სამედიცინო სერვისების სარგებლობის მნიშვნელოვანი მატებისა.

3. საქართველოში ერთ საწოლზე ექიმების საშუალო რაოდენობა ერთს აღემატება, რაც საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით თითქმის ორჯერ მეტია (საწოლზე 0,6 ექიმი).

4. აუცილებელია ქვეყანაში ჯანდაცვის დარგში საკადრო პოლიტიკის შემუშავება.

საყოველთაო ჯანდაცვისკენ სვლა სწორია, მაგრამ, როდესაც საყოველთაო ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი თანხა არაეფექტურად იხარჯება და ხშირ შემთხვევაში არასაჭირო მიმართულებით იყრება, ესეც ამ კარგი ინიციატივის დისკრედიტაციის მცდელობაა. სახელმწიფომ უნდა შეიმუშაოს და განავითაროს ისეთი რეგულირების მექანიზმები, რომელიც მიმართული იქნება მოსახლეობის არაფორმალური დანახარჯების ხვედრითი წილის შემცირებაზე ჯანდაცვის ეროვნულ დანახარჯებში. კიდევ ორი სისტემური ნაკლი, რომელიც დღეს სახეზე გვაქვს: ეს არის დაუხვეწავი სისტემაში არსებული სახელფასო პოლიტიკა და მედიკამენტების „უმართავი“ ბაზარი (ფასისა და ხარისხების შეუსაბამობით!).

დღეს ჩვენს ხელთ არსებული მონაცემებით საქართველოს სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის მხოლოდ 31% არის კმაყოფილი. მათი უკმაყოფილების ძირითადი მიზეზი არასანდოობა და ფასებია.

ამ ეტაპზე საქართველოს სამედიცინო სისტემაში არსებული სიტუაციის ანალიზით გამოჩნდა, რომ სისტემა აშკარად თხოულობს დახვეწას, განსაკუთრებით, ფინანსური მართვის მხრივ. აუცილებელია სახელმწიფომ და კერძო კომპანიებმა უნდა გაითვალისწინონ შემდეგი:

1. საჭიროა სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების სრულფასოვანი კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბება.

2. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ანუ ამბულატორიული სამსახურის რეფორმის ჩატარება (ამბულატორიის ეფექტური მუშაობა განსაზღვრავს პაციენტის მომავალ ხარჯეფექტურობას.)

3. ხარისხიანი მედიცინის დამკვიდრების დაწყება;

4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ასამაღლებლად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება.

5. სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მაღალრისკიანი (ქრონიკული ავადმყოფები, დაბალშემოსავლიანი პირები) ბენეფიციარებზე. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება.

6. აუცილებელია ქვეყანაში ჯანდაცვის დარგში სწორი საკადრო პოლიტიკის შემუშავება.

7. სასურველია, შეიქმნას მაღალი სანდოობის ჯანდაცვის ეროვნული საინფორმაციო სისტემა.

8. სამედიცინო სფეროს მომსახურებიდან პოპულიზმის ამოღება

UNIVERSAL HEALTH INSURANCE IN GEORGIA

Nana Benidze,

A.D.E. ATSU. Associate Professor;

Jambul Bitsadze

A.D.E. ATSU Associated professor

Tinatin Gugeshashvili

A.D.E. ATSU Associated professor

RESUME

The universal healthcare program was launched in Georgia in 2013. The program has passed four phases of changes from 2013 to 2017. In 2016 the budget of Health Care Program was 3 billion 162 million GEL, In 2017 budget would be 3 415 800 GEL. As it is seen from the last data on the universal insurance program the government instead of 660 million, in 2018 will spend 704 million

GEL. The aim of the research study is to find the ways to improve the health care system and to identify the existing problems.

Based on the analysis of the current situation in the Georgian medical system, the system apparently needs improvement, especially distribution of finances.

However there are some positive trends too, for example the increase of the grants to the health care programs, reduction of absolute indicators of mother and child mortality, number of immunization beneficiaries, tuberculosis and HIV / AIDS detection and treatment.

The State must take into account the following recommendations:

1. Establish a full control system of state funded programs.
2. Conduct a primary health care, emergency service reforms.
3. Establishment of high quality medical services.
4. Increase the level of awareness of population to increase the quality of medical services.
5. State funding should be concentrated mainly on high-risk (chronic illnesses, low income persons) beneficiaries. Accordingly, it is expedient to expand the state program to these groups of population.
6. It is necessary to develop personnel recruitment policies in the health care system.
7. It is desirable to create the reliable national healthcare information centers.
8. To take a populism from medical service.

Key words: Features of the Health Care Program; State financing; Healthcare facilities; Trends.



ცვლილებების პროცესი და ძირითადი სირთულეები

ანზორ აბრალავა,
ემდ, სტუ პროფესორი
ვასილ ბატიაშვილი,
სტუ დოქტორანტი

რეზიუმე

ნაშრომში განხილულია ის ძირითადი რისკები და სიძნელეები, რაც ნებისმიერი ცვლილების თანმდევი პროცესია. რამდენიმე კომპანიის მაგალითზე შეგვიძლია ვიხილოთ, თუ რაოდენ დიდი როლი ენიჭება სწორ სტრატეგიას და სამომავლო გათვლებს. ბიზნესი არის ის სფერო, სადაც უდიდესი კაპიტალიზაციის მქონე კომპანიასაც კი არ აქვს გარანტირებული სამუდამო ჰეგემონია. ინოვაციურობა და თანამედროვე ტექნოლოგიის ათვისების დონე ხშირად და დიდწილად განსაზღვრავს, რა მომავალი შეიძლება ქონდეს ამა თუ იმ კომპანიას.

საკვანძო სიტყვები: ცვლილებები, გარდასახვები, ინოვაცია.

ძირითადი ტექსტი

სიახლეების დანერგვა და ყოველდღიურობაში მათი ხილვა, მარტივი და ჩქარი პროცესი არაა. ასეთ სიტუაციებში, ტოპ მენეჯმენტს ყურადღება და დიდი ნებისყოფის გამოვლენა მართება. როგორც მმართველი გუნდი, ასევე თანამშრომლები უნდა უწევდნენ ანგარიშს იმ ფაქტს, რომ გარდასახვების დროს ყველა დაძაბულია. ზედმეტი სიჩქარით კი მოქმედი პროექტი შეიძლება მხოლოდ დაზიანდეს. გასათვალისწინებელია შემდეგი პუნქტები: