

წინასიტყვაობა	2
შესავალი	3
ჯანდაცვის სფეროს ზოგადი პრობლემები	4
ჯანდაცვის რეფორმის ძირითადი მიმართულებები	5
სიტარიბის დონე	8
სიტარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა	9
სიტარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის მონაცემთა ბაზის ფორმირება.....	11
სიტარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის მონიტორინგი 2006 წელს	12
სიტარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის მონიტორინგი 2007 წელს	15
სერვისის მომწოდებელი ორგანიზაციების კვლევის შედეგები	24
ჯანდაცვის დაფინანსებაში არსებული მდგომარეობის მოკლე მიმოხილვა და შედარება სოციალისტური ბანაჟის ცალკეულ ქვეყნებთან	26
საქართველოს დაზღვევის სექტორის განვითარების ტენდენციების მოკლე მიმოხილვა	29
დასკვნა	30

წინასიტყვაობა

2006 წლის იანვრიდან ფონდი „ღია საზოგადოება საქართველო“ ახორციელებს „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მონიტორინგის“ პროექტს.

„სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა“ (შემდგომში: პროგრამა) ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმის მნიშვნელოვანი ეტაპია, რომელიც მიზნად ისახავს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის იდენტიფიკაციას, მონაცემთა ბაზის შექმნას, მათთვის ე.წ. „საბაზისო ჯანდაცვის პაკეტის“ შექმნას, რომლის მიხედვითაც ღარიბი მოსახლეობისათვის სახელმწიფო შეისყიდის „საბაზისო პაკეტით“ გათვალისწინებულ სერვისებს. ეს პროგრამა სახელმწიფო პროგრამათა შორის ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი და მნიშვნელოვანია. ამის გათვალისწინებით, ფონდმა „ღია საზოგადოება საქართველომ“ გადაწყვიტა პროგრამის ფარგლებში დაგეგმილი ღონისძიებების მონიტორინგი, პროგრამის განხორციელების ეფექტიანობის ყუთხით.

წინამდებარე ანგარიში 2006 წლის იანვრიდან ნოემბრამდე მიღებულ მასალაზე დაყრდნობით შეიქმნა. მასში გაანალიზებულია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მიმდინარეობა 2006 წელს და 2007 წლის 10 თვის შედეგები.

პროექტის ფარგლებში სამუშაო ჯგუფი აქტიურად თანამშრომლობდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების სააგენტოსთან, ისევე როგორც ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ადგილობრივ და საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციებთან. სამუშაო ჯგუფი მადლობას უხდის აშშ-ს „ღია საზოგადოების ინსტიტუტის“ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამას პროექტის ფარგლებში გაწეული ფინანსური დახმარებისათვის. ასევე “ეკონომიკური პოლიტიკის ევლევის ცენტრის” ექსპერტებს გაწეული საექსპერტო მომსახურებისათვის.

შესავალი

„სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა“ ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმის მნიშვნელოვანი ეტაპია. აღნიშნული პროგრამა მიზნად ისახავს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის იდენტიფიკაციას, მონაცემთა ბაზის შექმნას, მათთვის ე.წ. „საბაზისო ჯანდაცვის პაკეტის“ შექმნას, რომლის საშუალებითაც სახელმწიფო შეისყიდის „საბაზისო პაკეტით“ გათვალისწინებულ სერვისებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის.

წინამდებარე პროექტის ზოგადი მიზანია „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გამოყოფილი თანხების მიზნობრიობის მონიტორინგი და გამჭვირვალობისა და ანგარიშვალდებულების დანერგვის ხელშეწყობა, რადგანაც მოსახლეობის დიდი ნაწილი (ამ უონკრეტულ შემთხვევაში ღარიბი მოსახლეობა) არასაკმარისად არის ინფორმირებული იმ სერვისებისა და დახმარებების შესახებ, რასაც სახელმწიფო მათთვის შეისყიდის.

ცნობილია, რომ საქართველოს მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური სტატისტიკური მონაცემები არასრულყოფილი და არაზუსტია, რაც სახელმწიფოს არ აძლევს რეალურ საშუალებას სამედიცინო სერვისებით სრულყოფილად უზრუნველყოს უმწეო მოსახლეობა; პრობლემა მდგომარეობს იმაში, რომ საქართველოში მოსახლეობის დიდი ნაწილი არაფორმალურადაა დასაქმებული, რაც მათი შემოსავლის რეგისტრაციას, დაბეგვრას, და ეროვნული სოციალ-ეკონომიკური სტატისტიკური მონაცემების ბაზაში შეტანას აფერხებს. აქედან გამომდინარე, დღემდე ვერ ხერხდება ღარიბი მოსახლეობის სრულად იდენტიფიცირება და მათთვის საჭირო დახმარების მიწოდება.

ამრიგად, „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის“ მონიტორინგის პროექტის პირველი ეტაპის ამოცანა იყო:

- „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის“ - მონიტორინგი, თუ რამდენად გამჭვირვალედ, მიზნობრივად და ეფექტურად იხარჯება პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხები;
- 2006 წლის და 2007 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შედარებითი ანალიზის განხორციელება „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის“ კუთხით – თუ რა თანხაა

გათვალისწინებული სახელმწიფო ბიუჯეტში ამ პროგრამისთვის 2007 წელს 2006 წლის მაჩვენებლებთან მიმართებაში;

- პროგრამის ფარგლებში განუვლი მომსახურებისა და დაფინანსების ადექვატურობის მონიტორინგი;
- მომავალში რამდენი პროცენტით იცვლება ჯანდაცვის პრიორიტეტების შესაბამისი ხარჯების საბიუჯეტო დაფინანსება, ანუ გაზარდა თუ არა ხელისუფლებამ 2007 წლის ბიუჯეტში ამ სფეროების დაფინანსება და რამდენად ადექვატურია ეს ზრდა მომსახურების რეალური ფასების ზრდისა;
- პროგრამის ეკონომიური ეფექტურობის ანალიზი – სახელმწიფო პროგრამათა უმრავლესობა წინასწარი ეკონომიური ანალიზისა და გათვლების გარეშე მიმდინარეობს, რომლის მიზებიც შესაძლოა პროფესიონალი უადრების სიმცირე, პროგრამის დაგეგმვის მოკლე ვადა და სხვა საკითხები იყოს. შესაბამისად, არასწორი დაგეგმვის შემთხვევაში ამგვარი პროგრამების საბოლოო შედეგი ხშირ შემთხვევაში არეფექტურია.
- საზოგადოების ინფორმირებულობის ზრდა პროგრამის მიმდინარეობისა და მიზნობრივად ხარჯვის შესახებ;

ჯანდაცვის სფეროს ზოგადი პრობლემები

არახელმისაწვდომი და უხარისხო სამედიცინო მომსახურება ქართული ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი მახასიათებელია. რეფორმა, რომლითაც უკმაყოფილოა როგორც ექიმი, ისე პაციენტი, აუცილებელ კორექტირებას საჭიროებს.

ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პრობლემათა არასრული ნუსხა, შესაძლოა ასე ჩამოყალიბდეს:

- ჯანდაცვის რეფორმის ფრაგმენტულობა;
- ჯანდაცვის ინსტიტუციონალური სტრუქტურა იმდენად სუსტია, რომ ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების უმრავლესობა არ აკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტების მინიმუმს;
- ჯანდაცვის პროფესიონალთა და პროვაიდერთა სერტიფიცირება და ლიცენზირების პროცედურები უმეტესწილად ფორმალურია;
- ჯანდაცვის სექტორის რეგულირება ძალიან სუსტია, ან საერთოდ არ ფუნქციონირებს, ვინაიდან კონტრაქტები ფორმდება სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამების ისეთ შემსრულებლებთან, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებენ ლიცენზირების მინიმალურ სტანდარტებს;
- ჯანდაცვის სერვისების შემსყიდველი (ამჟამად სახელმწიფო) ვერ უზრუნველყოფს კონტრაქტირების მექანიზმების სრულყოფილად გამოყენებას; კონტრაქტებს თან ახლავს დანართები, რაც ოპტიმალური

დაგეგმვის შემთხვევაში კონტროლისა და რეგულირების ინსტრუმენტია; კონტრაქტის დანართებში უნდა იყოს დეტალიზირებულად განმარტებული სპეციფიკური მოთხოვნები და კონტრაქტის შესრულების კონკრეტული პროცედურები, ნორმები.

- საქართველოში ჯანდაცვის ეყრდნო სექტორი (ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი ეყრდნო სამართლის იურიდიული პირები და სადაზღვევო კომპანიები) არ არის განვითარებული, რაც არ იძლევა იმის საშუალებას რომ ზემოთხსენებული პრობლემების მოგვარების პასუხისმგებლობა სახელმწიფოსა და ეყრდნო სექტორს შორის გადანაწილდეს;
- მოსახლეობა არ არის სათანადოდ ინფორმირებული საკუთარი უფლებებისა და სახელმწიფოს მიერ მათთვის მინიჭებული პრივილეგიების შესახებ;

ჯანდაცვის სფეროს რეფორმის ძირითადი მიმართულებები

საქართველოში 1995 წლიდან მიმდინარეობს რეფორმები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დაფინანსების სისტემისა და ინსტიტუციონალური მოწყობის მიმართულებით. მიუხედავად ამისა, სისტემა დღემდე რეფორმირების სტადიაშია. რეფორმის ხარვეზები და ამ რეფორმათა ფრაგმენტული განხორციელება სისტემის დღევანდელ სახეზეც აისახება, სადაც დღემდე უამრავი პრობლემაა.

ჯანდაცვის სფეროს გარდაქმნა საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული რეფორმების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლამ დღის წესრიგში მოქველებული საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის ახალი, უფრო ეფექტიანი სისტემით შეცვლის გადაუდებელი ამოცანა დასვა. საგულისხმოა, რომ საქართველოში საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომი პერიოდი მძიმე სოციალური კატაკლიზმებით ხასიათდებოდა, რაც უარყოფითად აისახა როგორც ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების მოცულობასა და ხარისხზე, ასევე მის მოთხოვნაზე. 1992-1996 წლებში ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში ერთ აშშ დოლარამდე იყო.

მოსახლეობის სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების ფონზე მოქალაქეთა ნაწილს სულ უფრო უჭირდა ჯანდაცვის მომსახურებით სარგებლობა, როგორც ფასების ზრდის, ასევე მათი შემოსავლების უღირსობის გამო. მიუხედავად უკანასკნელ წლებში მიღწეული თვალსაჩინო ეკონომიკური წარმატებისა, ქვეყნის მოსახლეობის არსებითი ნაწილის მატერიალური მდგომარეობა სასურველზე ბევრად უარესია. სადღეისოდ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის მცირე ნაწილს თუ მიუწვდება ხელი, ხოლო საზოგადოების მნიშვნელოვანი ფენებისთვის ძირითადი, შედარებით იაფი სამედიცინო

მომსახურებაც ფუფუნების საგანია. ჯანდაცვის მომსახურების შესყიდვა არ უნდა იყოს ფუფუნების საგანი, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა თითოეული მოქალაქის კონსტიტუციური უფლებაა.

საგულისხმოა ის ფაქტიც, რომ დონორი ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული კვლევებით, საქართველოს მოსახლეობის გაღატაკების ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად დასახელდა პიროვნებისა და მისი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობის უეცარი გაუარესება, რადგან ავადმყოფის მოულოდნელი ჰოსპიტალიზაცია დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული.

მოსახლეობის ამ კატეგორიის ჯანდაცვის პრობლემების გადასაჭრელად მთავრობამ შეიმუშავა სპეციალური ღონისძიებები, რომლებმაც მოსახლეობის ყველაზე დაუცველი ფენებისათვის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასა და ხარისხის ამაღლებას უნდა შეუწყონ ხელი. კერძოდ, მოქმედებაში შევიდა „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა“, რომელიც დაახლოებით 700 ათას ადამიანს უნდა მოემსახუროს.

ჯანდაცვის რეფორმის მნიშვნელოვანი ნაწილია არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ეტაპობრივი ჩანაცვლება სადაზღვევო პროდუქტებით, რაც მოსახლეობისთვის სამედიცინო პროდუქტის პირდაპირი შესყიდვის ნაცვლად, სადაზღვევო პროდუქტის შესყიდვას გულისხმობს.

არსებობს სფეროები, რომელსაც კერძო ბაზარი სახელმწიფოს ჩარევის გარეშე თავად არეგულირებს. ჯანდაცვის სფერო ის ბაზარია, რომლის ფუნქციონირებაშიც სახელმწიფო ორი მთავარი მიზეზის გამო ერევა, როდესაც (1) ჯანდაცვის მომსახურების მომხმარებელს (პაციენტს) ხშირ შემთხვევაში არასაკმარისი ინფორმაცია აქვს შესაძენი მომსახურების შესახებ და ამ ინფორმაციის მოსაძიებლად არასაკმარისი დრო აქვს. (2) ჯანდაცვიაზე დანახარჯი იმდენად მაღალია, რომ მომსახურების შემსყიდველისთვის (პაციენტისთვის) მისი დაფარვა საკუთარი ჯიბიდან ფაქტიურად შეუძლებელია.

საქართველოში ჯანმრთელობის მომსახურების შესყიდვაზე მოსახლეობა სოლიდურ თანხებს ხარჯავს. დღეისათვის, კერძო ფორმატური და არაფორმატური გადასახადები (ჯიბიდან გადახდის (out of pocket payment) დანახარჯები) საქართველოში შეადგენს ჯანდაცვის დანახარჯების დაახლოებით 80%-ს. ჯანდაცვის მომსახურების შესყიდვაზე განუღმა დანახარჯებმა, შესაძლებელია ოჯახის გაღატაკებაც კი გამოიწვიოს.

სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ ჩატარებული სპეციალური კვლევის თანახმად (იხილეთ გაზეთი “24 საათი” 19.11. 2007) მიმდინარე წელს სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილის 5 მილიარდ 115 მილიონ 147 ათასი ლარიდან დაახლოებით

მილიარდ 200 მილიონ ლარზე მეტით დაფინანსდა ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სფერო. ამ თანხიდან დაახლოებით 200 მილიონი ლარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას მოხმარდა, სტატისტიკის დეპარტამენტის კვლევის მასალებით (მონაცემები ოფიციალურად ჯერ კიდევ არ არის გამოცხადებული) მოსახლეობის დანახარჯების სტრუქტურა ასეთია: წამლები – 403 ათას 123 ლარი (49%), საავდმყოფო – 279 ათას 718 ლარი (34%), ამბულატორია – 139 ათას 859 ლარი (17%), სულ 822 ათას 700 ლარი (100%).

საერთოდ, ჯანდაცვის ბაზარი არასრულყოფილია და მოითხოვს სახელმწიფოს ჩარევას, სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვაში მსოფლიოში ვარირებს სრული დომინირებიდან (ინგლისი, სკანდინავია, ჯანადა, ყოფილი საბჭოთა კავშირი) მინიმალურ ჩარევამდე (შვეიცარია, გარდამავალი ეკონომიკის და განვითარებადი ქვეყნების ნაწილი, მათ შორის საქართველო).

არ არსებობს უფასო ჯანდაცვა, სისტემის დაფინანსება ხდება ან გადასახადებით ან პირდაპირი მომსახურების მიღებისას.

ჯანდაცვის დაფინანსების ძირითადი წყაროებია: გადასახადები (სავალდებულო), სადაზღვევო შენატანები (სოციალური დახმარების სისტემაში – სავალდებულო, კერძო სადაზღვევო სისტემაში – ნებაყოფილობითი); პირდაპირი კერძო (ჯიბიდან) დანახარჯები – ნებაყოფილობითი (არაფორმალური); სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯები (დაახლოებით 200 მილიონი ლარი), საქართველოში ჯანდაცვაზე და სოციალურ პროგრამებზე მთლიანი ეროვნული დანახარჯებიდან (დაახლოებით 1 მილიარდი ლარი 2007 წელს) მოსახლეობის მიერ „ჯიბიდან“ გატებული თანხა (ზემოთ მოხსენიებული კვლევის თანახმად) 160 მილიონ ლარს აღწევს.

არსებული სუსტი მხარეების აღმოსაფხვრელად მთავრობამ სათანადო პროგრამა შეიმუშავა. ჯანდაცვის რეფორმა 2007 წელს შემდეგ მიმართულებებს მოიცავს: საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების გენერალური გეგმა; სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა; სამედიცინო დახმარების განვითარების სამთავრობო გეგმა; წამლის ეროვნული პოლიტიკა; საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში საჯარო პოლიტიკის პრიორიტეტული მიმართულებები; კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ.

საქართველოს მთავრობამ ქვეყანაში სიღარიბის დონის შესამცირებლად აირჩია სტრატეგია, რომელიც გულისხმობს მოსახლეობის უკიდურესად ღარიბი ფენისათვის ჯანდაცვის ძირითადი ხარჯების დაფინანსებას სახელმწიფოს მხრიდან, რისთვისაც შემუშავდა “სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების” სახელმწიფო პროგრამა. აღნიშნული პროგრამის ეფექტიანობის

ანალიზი, როგორც აღვნიშნეთ, წინამდებარე ანგარიშის მთავარ მიზანს წარმოადგენს. თუმცა სანამ უშუალოდ პროგრამის ანალიზზე გადავიდოდეთ, მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია მიმოვიხილოთ ქვეყანაში სიღარიბის დონის ოფიციალური სტატისტიკური მაჩვენებლები და ასევე სახელმწიფო დაფინანსებით მიმდინარე პროგრამების უკუხილი სიღარიბის დონის შემცირებასთან.

სიღარიბის დონე

საქართველოსთვის სიღარიბე სოციალურ პრობლემათაგან ყველაზე მწვავედ შეიძლება ჩაითვალოს. 2003 წლის მონაცემებით სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის რაოდენობა 54%-ს აღემატებოდა. 2005 წელს საარსებო მინიმუმის გაანგარიშების მეთოდის ცვლილებამ გავლენა მოახდინა სიღარიბის ინდიკატორებზე და სიღარიბის დონის პარამეტრებზე.

თუ ადრე სიღარიბის ინდიკატორების გამოთვლისას დაკვირვების ერთეულს შინამეურნეობა წარმოადგენდა, ახალი მიდგომისას დაკვირვების ერთეული ინდივიდია. თუ ადრე სიღარიბის დონედ ითვლებოდა ღარიბ შინამეურნეობათა ხვედრითი წილი ყველა შინამეურნეობაში, ახალი მიდგომით იგი განისაზღვრება, როგორც ღარიბი მოსახლეობის ხვედრითი წილი მთელს მოსახლეობაში. 2005 წლამდე საარსებო მინიმუმის გაანგარიშება ხდებოდა ნორმატიულ-სტატისტიკური მეთოდით და ეფუძნებოდა 1992 წელს დადგენილი მინიმალური სასურსათო კალათის შემადგენლობას, რომელიც ითვალისწინებდა დღეში 2500 კილოკალორიის მიღებას. 2005 წლიდან საარსებო მინიმუმის გაანგარიშების მეთოდის ცვლილება ეფუძნება მოსახლეობის ფაქტობრივ მინიმალურ მოხმარებას. გაანგარიშების მეთოდის ცვლილების შედეგად, საშუალო მომხმარებლის საარსებო მინიმუმი 138 ლარიდან 84 ლარამდე შემცირდა.

როგორც აღვნიშნეთ, საქართველოში სიღარიბის ოფიციალური ინდიკატორების გამოსათვლელად გამოყენებული კეთილდღეობის მაჩვენებელი წარმოადგენს შინამეურნეობის ერთ ეკვივალენტურ მოზრდილზე გათვლილ სამომხმარებლო ხარჯებს და ეს მაჩვენებელი მიენიჭება როგორც მთელს შინამეურნეობას, ისე მის თითოეულ წევრს. რაც შეეხება სიღარიბის ზღვარს, ოფიციალური ინდიკატორების გამოსათვლელად აიღება სიღარიბის ოფიციალური ზღვარი, ანუ, „საარსებო მინიმუმი“.

სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ გადაანგარიშდა 2004 წლის სიღარიბის დონე, ხოლო 2005 წლის შესაბამისი მაჩვენებლები გაანგარიშებული იქნა სიღარიბის განახლებული ზღვრის (ანუ საარსებო მინიმუმის) მიმართ. 2004 წლისათვის სიღარიბის დონემ 35,7%, ხოლო 2005 წლისათვის 35,5% შეადგინა. სტატისტიკურად

სიღარიბის დონის უღების მიუხედავად, სიღარიბის დონე, სიღრმე და სიმწვავე ქვეყანაში სამწუხაროდ კვლავაც ერთ-ერთი უპირველესი პრობლემაა.

ქვეყანაში სიღარიბის გამომწვევ ძირითად მიზანს უმუშევრობა წარმოადგენს, შესაბამისად, პრობლემის დაძლევა მისი გამომწვევი მიზეზების დაძლევის გარეშე შეუძლებელია. ეკონომიკური განვითარების ხელშეწყობა, ბიზნეს გარემოს გაუმჯობესება, ახალი სამუშაო ადგილების შექმნა ქვეყანაში სიღარიბის დონის შემცირების პირდაპირპროპორციულია. ასევე მნიშვნელოვანია ერთიანი ეფექტური სოციალური პოლიტიკის შემუშავება.

<p style="text-align: center;">სიღარიბის ზვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა</p>

მთავრობამ 2005 წელს მიიღო დადგენილება (№ 51) “ქვეყანაში სიღატაკის დონის შემცირებისა და მოსახლეობის სოციალური დაცვის სრულყოფის ღონისძიებათა შესახებ”. დადგენილების მთავარი მიზანი სიღარიბის დონის შემცირებასთან ერთად სოციალური დახმარებების მიზანმიმართულად და ეფექტიანად განხორციელებაა. სიღარიბის შემცირება/დაძლევა და მოსახლეობის სოციალური დაცვა საქართველოს მთავრობის 2007-2010 წლების ძირითადი მონაცემებისა და მიმართულებების დოკუმენტის (Basic Data and Directions) ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია. ეს მიზანი ჩადებული იყო ასევე 2005 წელს საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მიერ ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიაში (Economic Development and Poverty Reduction Strategy), საქართველოს ეროვნულ ანტიკორუფციულ სტრატეგიაში, ათასწლეულის განვითარების მიზნებში (Millennium Development Goals), ევროპის სამეზობლო პოლიტიკის სამოქმედო გეგმაში (European Neighbourhood Policy Action Plan) და ა.შ. სიღარიბის დაძლევის მიზნით საქართველოსათვის განუღი დახმარების მიუხედავად, პრობლემა კვლავაც მწვავედ დგას და სიღარიბის შემცირებისკენ გადადგმული ნაბიჯები ხშირ შემთხვევაში არაეფექტურად ხორციელდება.

საქართველოს მთავრობის 2007-10 ძირითადი მონაცემებისა და მიმართულებების დოკუმენტის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანი რეფორმების განხორციელების შედეგად შემცირებული უკიდურესი სიღარიბეა. “სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის” წარმატებულმა განხორციელებამ უნდა “შეამციროს მოსახლეობის ამ ნაწილის სიღარიბის სიღრმე და სიმწვავე” (საქართველოს მთავრობის 10/01/07 დადგენილება 2, დანართი 3).

ვინაიდან ჯანმრთელობა და სოციალური დაცვა დღეს ქვეყნის ერთ-ერთ პრიორიტეტად არის მიჩნეული, ამ უთხით სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მიემართება სოლიდური თანხები. სახარჯო პოლიტიკის უთხით, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროსკენ მიმართული სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები 2007 წელს პირველ ადგილზე იყო 999,718 მილიონი ლარით (ბიუჯეტის პროექტში ცვლილებებამდე), და მეორე ადგილზე 2006 წლის ბიუჯეტში 775 მილ. ლარით. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლების სახელმწიფო ბიუჯეტის დოკუმენტში ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სექტორი თავდაცვის შემდეგ ყველაზე მეტად ფინანსდება, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვისათვის მიმართული ფინანსური რესურსები მაინც არასაკმარისია და ამასთან, არსებული რესურსებიც არაეფექტურად იხარჯება.

საქართველოში სახელმწიფო დაფინანსებით არაერთი პროგრამა მიმდინარეობს ჯანდაცვის, განათლებისა და სხვა სექტორებში. ამ პროგრამებს შორის ერთ-ერთი უმსხვილესი სწორედ “სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამაა.” სამწუხაროდ, სახელმწიფო პროგრამათა უმრავლესობა იგეგმება წინანასწარი ეკონომიკური ანალიზისა და გათვლების გარეშე. გადაწყვეტილების მიღება ამა თუ იმ სახელმწიფო პროგრამის დაგეგმვა-აღსრულებაზე ხშირ შემთხვევაში პოლიტიკურ ნებაზე უფრო არის დამყარებული, ვიდრე ეკონომიკურ ეფექტზე ორიენტირებული, შესაბამისად, ამგვარი პროგრამები თუ ერთჯერადი აქციები, სასურველ შედეგს არ იძლევა. გადაწყვეტილებების დიდი ნაწილი მიიღება ცენტრალიზებულად, პოლიტიკურ პროცესებზე და ნებაზე დაყრდნობით და ამ შემთხვევაში არ არის გათვალისწინებული რეალური საჭიროებანი, ანალიზი ეფექტიანობის უთხით, გრძელვადიანი შედეგი (მაგ. სიღარიბის დონის შემცირება) და ა.შ. ამავდროულად, საჯარო ფინანსების ხარჯვა ხშირ შემთხვევაში შეუსაბამობაშია ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვის სისტემასთან (Medium Term Expenditure Framework). მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება და პოლიტიკა შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების გრძელვადიან სტრატეგიასაც.

იმისთვის რომ შევაფასოთ პროგრამების და სხვადასხვა სახის ფულადი, სასურსათო თუ სხვა დახმარებების ეფექტიანობა და წარმატება, პირველ რიგში საჭიროა სიღარიბის დონეზე მისი ზემოქმედების განსაზღვრა.

“სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა” გულისხმობს „სოციალური დახმარებისა და დასაქმების სახელმწიფო სააგენტოს“ მიერ რეგისტრირებული ე.წ. უკიდურეს ეკონომიკურ სიღებჭირეში მყოფი მოსახლეობის აუცილებელი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფას. საქართველოში 2003-2005 წლებში მუშაობდა აღნიშნული პროგრამის ალტერნატიული პროგრამა კერძოდ “სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის

ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა”, სადაც ბენეფიციართა რაოდენობა არ იყო განსაზღვრული, რაც ზრდიდა არამიზნობრივად მიმართული დახმარებების აღბათობას. სწორედ ამ მიზნით აუცილებელი გახდა მიზნობრივი ჯგუფების ფორმირება და შესაბამისად 2006 წლიდან უკვე ფუნქციონირებს ზემოაღნიშნული პროგრამა.

სახელმწიფოს მხრიდან ამ პროგრამის ჩამოყალიბების გრძელვადიანი (long term) მიზანი უნდა იყოს ერთის მხრივ ქვეყანაში სიღარიბის დონის შემცირება, ხოლო მეორეს მხრივ ტარიბი მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის მდომარეობის გაუმჯობესება. კვლევისას მეტად საინტერესოა ამ ორ კომპონენტზე ყურადღების გამახვილება და გამოკვლევა: შემცირდა თუ არა სიღარიბის სიღრმე და სიმწვავე პროგრამის განხორციელების შემდეგ? და მეორე გაუმჯობესდა თუ არა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თუმცა აქვე აღსანიშნავია, რომ ეს პროგრამის განხორციელების საწყის ეტაპზე რთული შესაფასებელია. ჩვენ შეგვიძლია მხოლოდ ვივარაუდოდ და გავანალიზოთ სავარაუდო ეკონომიკური და სოციალური ეფექტი, რომელიც ამ პროგრამის განხორციელებამ შეიძლება მოუტანოს ქვეყანას.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის მონაცემთა ბაზის ფორმირება
--

„სიღატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების იდენტიფიკაციის, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებისა და მონაცემთა ფორმირების სახელმწიფო პროგრამის“ მიზანია სოციალურად დაუცველი ტარიბი ოჯახების მონაცემთა ბაზის შექმნა მათ სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსზე დაყრდნობით, რომელიც საშუალებას მოგვცემს დავგეგმოთ და განვახორციელოთ როგორც ფულადი, ისე სხვა სახის სოციალური დახმარების პროგრამები.

სოციალური დახმარების პროგრამის ეფექტური ფუნქციონირების ყველაზე მნიშვნელოვანი წინაპირობაა სწორი არჩევანის გაკეთება დახმარების მიმღებთა (ბენეფიციარები) იდენტიფიკაციისას, განსაკუთრებით ისეთ სიტუაციაში, როდესაც არსებული რესურსები მწირია, ხოლო სიღარიბის ზღვარს მიღმა მცხოვრები მოსახლეობის ხვედრითი წილი კი საკმაოდ დიდი.

სოციალური დახმარებისა და დასაქმების სახელმწიფო სააგენტომ დაიწყო პროგრამაზე მუშაობა „ქვეყანაში სიღატაკის დონის შემცირებისა და მოსახლეობის სოციალური დაცვის სრულყოფის ღონისძიებათა შესახებ“ (17.03.05) და „სოციალურად დაუცველი ოჯახების (შინამეურნეობების) სოციალურ-ეკონომიკური

მდგომარეობის შეფასების მეთოდოლოგიის დამტკიცების შესახებ“ (4.08.05) მთავრობის დადგენილებათა შესაბამისად.

მონაცემთა ბაზის შექმნა ითვალისწინებდა შემდეგ ეტაპებს: მაძიებელი ოჯახის განაცხადის მიღება, განაცხადის დამუშავება, ოჯახების იდენტიფიცირება მათი მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის მიზნით და დადგენილი მეთოდოლოგიის შესაბამისად მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე, სარეიტინგო ქულის მინიჭება.

მეთოდოლოგიის ძირითადი მახასიათებლებია:

- სარეიტინგო ქულის გაანგარიშება (ე.წ. კეთილდღეობის ინდექსი), რომელიც შეესაბამება ოჯახის კეთილდღეობის დონეს, დადგენილი წესის შესაბამისად;
- ოჯახის კეთილდღეობის ინდექსის გამოთვლის პროცედურა ეფუძნება სოციალური აგენტის მიერ შევსებული კითხვარის შედეგებს;
- კითხვარის თითოეულ ინდიკატორს ენიჭება შესაბამისი წონა – სიდიდე, ოჯახის კეთილდღეობის ინდექსზე ეფექტის მოხდენის მიხედვით;
- ოჯახის კეთილდღეობის ინდექსის მიხედვით შესაძლებელია ოჯახების რანჟირება სიღარიბის დონის მიხედვით.

<p style="text-align: center;">სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის მონიშვნის - 2006 წელი</p>

2003-2005 წლებში საქართველოში ხორციელდებოდა „სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა“, რომლის დროსაც არ იყო განსაზღვრული ბენეფიციართა დაახლოებითი კონტიგენტი, რაც ზრდიდა არამიზნობრივად და გაუმჭვირვალედ მიმართულ დახმარებათა აღბათობას. სწორედ ამ მიზნით, აუცილებელი გახდა მიზნობრივი ჯგუფების მონაცემთა ბაზის ფორმირება. შესაბამისად, 2006 წლის ივლისში დაწყებული „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა“ „სოციალური დახმარებისა და დასაქმების სახელმწიფო სააგენტოს“ მიერ რეგისტრირებული ე.წ. უკიდურეს ეკონომიკურ სიდუხჭირეში მყოფი მოსახლეობის აუცილებელი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფას ითვალისწინებს.

2006 წლის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების“ კომპონენტის ბიუჯეტი 18 მლნ ლარით განისაზღვრა. პროგრამა 2006 წლის ივლისიდან დაიწყო და ამ პერიოდისათვის საქართველოს სოციალური დახმარების ერთიანი სახელმწიფო ფონდის

ინფორმაციით, მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული იყო 865 998 ბენეფიციარი, რომელთაგანაც 2006 წლის ბოლომდე, სამედიცინო მომსახურებით ისარგებლა 385 408 მოქალაქემ. პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავდა:

- სამეანო დახმარებას;
- ამბულატორიულ მომსახურებას;
- გეგმიურ სტაციონარულ მომსახურებას მათ შორის წინასაოპერაციო გამოკვლევებს, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, მაგნიტობირთვულ ტომოგრაფიას;
- მწვავე ჰოსპიტალური შემთხვევების მყურნალობას;
- თანაგადახდას ყველა სხვა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში;

რეგიონების მიხედვით აღნიშნული ნოზოლოგიები გადანაწილდა შემდეგი ცხრილი №1-ის შესაბამისად:

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში სტატისტიკური მონაცემები რეგიონების მიხედვით 2006 წელი ივლისი-დეკემბერი

№	რეგიონი	ბენეფიციარი თა რაოდენობა	ამბულატორიული ვიზიტების რაოდენობა	მწვავე ჰოსპიტალუ რი შემთხვევის რაოდენობა	გეგმიური სტაციონარულ დახმარება	სამეანო დახმარების შემთხვევათა რაოდენობა	მათ შორის მშობიარობები ს შემთხვევათა რაოდენობა „უფასო მშობიარობის ბარათით“
1	თბილისი	88897	64536	4692	11604	6085	379
2	იმერეთი	157482	68002	2769	921	4197	256
3	სამეგრელო -ზემო სვანეთი	116553	40176	2102	120	1382	1030
4	აჭარა	101415	28897	1966	294	2802	325
5	გურია	37162	17483	442	218	832	109
6	რაჭა- ლეჩხუმი-ქვ. სვანეთი	21826	3301	578	9	62	17
7	ქვემო ქართლი	90978	24453	729	48	3024	223
8	შიდა ქართლი	70494	22817	1357	94	1076	298
9	კახეთი	98271	34540	1632	261	1991	124
10	მცხეთა- მთიანეთი	36354	9798	369		271	226
11	სამცხე- ჯავახეთი	46566	14770	579	78	958	106

წყარო: სოციალური დახმარების ერთიანი სახელმწიფო ფონდი

2006 წელს „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება“ მოიცავდა: ამბულატორიულ დახმარებას „ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში“ და „გეგმიურ სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას“, რომელიც საკმაოდ მოცულობითი იყო. მიუხედავად ამისა, იყო მთელი რიგი პრობლემები ე.წ. „მწვავე ჰოსპიტალური“ ნოზოლოგიების (ნოზოლოგიები, რომლებიც არ შედის არც ურგენტულ და არც გეგმიურ სტაციონარულ დახმარებაში. მაგ. გასტროენტეროლოგიური ზოგიერთი დაავადება და.ა.შ.) მყურნალობისა და დაფინანსების თვალსაზრისით.

საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს სახაზინო სამსახურის ოპერატიული ინფორმაციის თანახმად, 2006 წელს საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან საქართველოს სოციალური დახმარების ერთიანი სახელმწიფო ფონდის, „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების კომპონენტის“ დაფინანსებისათვის დაიხარჯა 15, 362,185.92 ლარი.

იმის გამო, რომ ეს პროგრამა საკმაოდ მოკლევადიანი იყო 2006 წელს, ძირითადად შემოვიფარგლებით იმ პრობლემების წარმოჩენით, რომელიც 2006 წლის პროგრამის მიმდინარეობისას გამოიკვეთა და რომლებიც დროულ გადაჭრას და მათი გამოსწორებისათვის ეფექტიანი ნაბიჯების გადადგმას ითხოვს:

- აუცილებელია მოხდეს იმ ეკონომიკური ფაქტორების გაანალიზება, რომელთა მიხედვითაც ამგვარი პროგრამები უნდა დაიგეგმოს, და რასაც ხშირ შემთხვევაში უგულებელყოფენ და არ ითვალისწინებენ სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებისას. მაგალითად, პროგრამის ფარგლებში 2006 წლის ივლისიდან დეკემბრამდე (6 თვე) სახელმწიფო ბიუჯეტში განწერილი იყო 18 მილიონი ლარი 6 თვეზე. 2007 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში სანყის ეტაპზე მოხდა ამ თანხის ავტომატურად გადატანა, რაც 12 თვეზე 36 მილიონ ლარს შეადგენდა. მოგვიანებით პროგრამის დაფინანსება 36 მლნ ლარიდან დაახლოებით 43 მლნ ლარამდე გაიზარდა. ეს ნათელი მაგალითია იმისა, პროგრამის დაგეგმვისას არ იქნა გათვალისწინებული 2007 წლის ინფლაციის მაჩვენებელი 2006 წელთან შედარებით და ამ პროგრამის დაფინანსებაც 2007 წელს შესაბამისად, ამის გათვალისწინების გარეშე დაიგეგმა.
- ყველაზე მეტად გაუმართავი იყო ბენეფიციართა (მოსახლეობის) ინფორმირების სისტემა. ცნობილია, რომ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, ეს ის კონტიგენტია, რომელთათვისაც თითქმის მიუწვდომელია საინფორმაციო საშუალებები. აუცილებელია ინდივიდუალურად მოხდეს თითოეული მათგანის ინფორმირება საკუთარი უფლებების შესახებ;
- ასევე საკმაოდ გართულებული იყო ბენეფიციარებისათვის პროგრამით გათვალისწინებული გეგმიური სამედიცინო დახმარების მიღების სქემა. აღნიშნული სქემა თბილისის მოქალაქეებისათვის ამგვარად გამოიყურებოდა:

ბენეფიციარი - პოლიტიკინიკა (რეგისტრაციის მიხედვით) – სოციალური დახმარების ერთიანი სახელმწიფო ფონდი-კომისია-პოლიტიკინიკა-ბენეფიციარი-სტაციონარი. კიდევ უფრო რთულია რეგიონებსა და რაიონებში მცხოვრები მოქალაქისათვის: ბენეფიციარი -პოლიტიკინიკა (რეგისტრაციის მიხედვით)-ფონდის რეგიონალური ფილიალი – ფონდის ცენტრალური ოფისი-კომისია-ფონდის რეგიონალური ფილიალი – პოლიტიკინიკა – ბენეფიციარი – სტაციონარი (ან თბილისში ან რეგიონალურ საავდმყოფოში). კიდევ უფრო რთულია თბილისში დროებით მცხოვრები ბენეფიციარებისათვის, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან რაიონებში. ასეთი ცენტრალიზებული ინფრასტრუქტურა ძალიან რთულს ხდის ბენეფიციარებისათვის მიიღოს ჯანონით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარების სერვისი.

- რეგიონებში და შესაბამისად რაიონებშიც ძალიან ცუდად არის განვითარებული ოჯახის ექიმის ამბულატორიული დახმარების ინსტიტუტი, რაც კიდევ უფრო ართულებს ზემოაღნიშნული სქემით მუშაობას.
- აუცილებელია მოსახლეობის რეგისტრაცია მონაცემთა ბაზაში იყოს უფრო გამჭვირვალე, სარეგისტრაციო ქულების გრადაციის მიხედვით და ამის შესაბამისად ხდებოდეს სხვადასხვა მოცულობის სადაზღვეო პაკეტის შემუშავება. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა უნდა მოიცავდეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის სხვა კომპონენტებით გათვალისწინებული თანაგადახდას, გეგმიურ სტაციონარულ დახმარებას. ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას უფრო მოცულობითს და პრევენციულს, მედიკამენტებით უზრუნველყოფას ყველაზე ხშირი ქრონიკული დაავადებების დროს მაინც.
- მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში არსებობს ფართო კონსენსუსი იმის თაობაზე, რომ თითოეულ ადამიანს (მდიდარსა თუ ღარიბს) უნდა ჰქონდეს ძირითადი სამედიცინო დახმარების მიღების შესაძლებლობა (ეგალიტარიზმი). ჯანდაცვის სისტემა, ისევე როგორც ყველა სხვა საბიუჯეტო სფერო, დაფინანსებულია გადასახადის გადამხდელთა მიერ. სწორედ ამ სახსრების საშუალებით ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სისტემა უზრუნველყოფს ღარიბთათვის სამედიცინო მომსახურებას. სახელმწიფოს ფაქტიურად არ რჩება სახსრები საშუალო ფენისათვის მსგავსი მომსახურების გასაწევად. ანუ საშუალო ფენა ამ შემთხვევაში არათანასწორ მდგომარეობაშია.

„სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის მონიტორინგი“ - 2007 წელი

2007 წლის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება:

- გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მკურნალობა;
- გეგმიური ჰოსპიტალური მკურნალობა;
- მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება;
- მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების, ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის და რეფერალური დახმარების კომპონენტით გათვალისწინებულ სერვისები.

გარდა ჩამოთვლილისა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა მოსარგებლეს სხვა დანარჩენი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების.

პროგრამის ბიუჯეტი 2007 წელს შეადგენს 43 990.0 ათას ლარს.

2007 წლის აღნიშნული პროგრამის გათვალისწინებით ხელშეკრულება გაუფორმდა 431 სამედიცინო დაწესებულებას, გეგმიური სტაციონარული დახმარების პროგრამით გაფორმდა 194 კონტრაქტი, აქედან თბილისში 78 კონტრაქტი. ხელშეკრულებები გაფორმდა ერთ პირთან მოლაპარაკების გზით.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში 2007 წლის ცხრა თვის განმავლობაში დაფიქსირდა 80 906 შემთხვევა.

აღნიშნული პროგრამით კომპონენტებისა და რეგიონების მიხედვით შემთხვევათა რაოდენობა მოცემულია ცხრილი №2-ში

№	რეგიონი	მწ.ჰოსპიტალური	მ.შ. განსაკუთრებული ურგენტული	სამეანო დახმარება	მ.შ.მშობიარობა „პოლისით“	გეგმიური სტაციონარული
1	თბილისი	6438	497	7999	715	3102
2	იმერეთი	4337	318	4628	499	784
3	სამეგრელო-ზსვანეთი	3305	610	1914	977	239
4	აჭარა	4253	628	3133	720	232
5	გურია	740	79	678	266	281

6	რაჭა- ლეჩხუმი- ქვ.სვანეთი	1075	16	84	30	1041
7	ქვ.ქართლი	866	61	2160	308	63
8	შიდა ქართლი	2221	546	1802	203	162
9	ქახეთი	2922	77	1639	251	546
10	მცხეთა- მთიანეთი	879	68	1178	208	10
11	სამცხე- ჯავახეთი	808	51	1501	199	71

გარდა ცხრილში მოცემული ნოზოლოგიური ჯგუფების ადგილი ჰქონდა შემდეგ შემთხვევებს: ანტირაბიული - 694 შემთხვევა, 15 წლის ზემოთ 2786 შემთხვევა, ონკოლოგია 6860 შემთხვევა. მწვავე ჰოსპიტალურ შემთხვევათა შორის ხშირი ნოზოლოგიები წარმოდგენილია ცხრილი №3-ში.

არასსტაბილური სტენოქარდია	1147
ვირუსული პნევმონია, სხვაგვარად არაკლასიფიცირებული (სამ. სიმძიმის)	3461
ვირუსული პნევმონია, სხვაგვარად არაკლასიფიცირებული (მძიმე)	

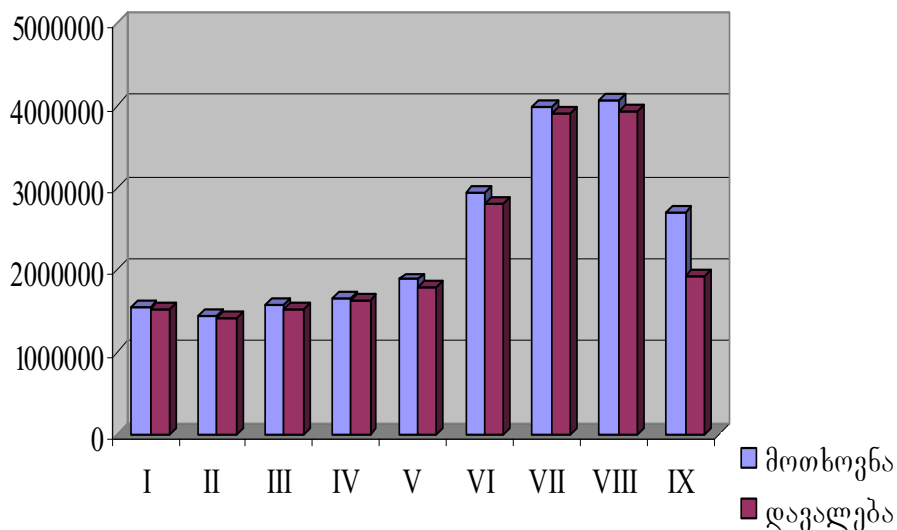
გეგმიური სტაციონარული დახმარების ქვეკომპონენტის გათვალისწინებით 2007 წლის ივნისის თვიდან ჩატარებული ოპერაციათა შედარებით ხშირ ნოზოლოგიათა ჩამონათვალი წარმოდგენილია ცხრილი №4.

კოდი	ნოზოლოგია	შემთხვევათა რაოდენობა
უ01209	კატარაქტა.ოპერაცია ბროლით.	965
უ00102*	ჭრილობა,პირველადი ქირურგ.დახმარება.	558
უ00101*	ამოვარდნილობა,დაუზუსტ.უბნის მოტეხილობა,იმობილიზაცია.	276
უ01008	ენდოპროტეზირება.	237
უ01111	ტონზილექტომია ადგ. ანესთეზიით.	194
უ01799	ონკოჰემატოლოგიური კვლევა.	188

უ01431	უროლოგიური სადიაგნოსტიკო კვლევა.	159
უ01339	ქრ.ტონზილიტი,ადენიტი, უნარყოზოდ.	158
უ01237	ოფთალმოლოგიის დიაგნ.კვლევა.	125
უ01502	საზარდულის, ბარძაყის თიაქარი.	114

2007 წლის იანვარ-სექტემბრის განმავლობაში მოთხოვნილმა თანხამ შეადგინა 21 809 634.13 ლარი. დავალებულმა თანხამ კი 20 435 904.42 ლარი. თვეების მიხედვით აღნიშნული მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილი № 5 და გრაფიკი №1-ით.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
მოთხოვნა	1556424.5	1431961.4	1568747.3	1654836.3	1883527.03	2948229.04	3994913.32	4075531.83	2695463.48
დავალება	1529528.3	1404011.2	1523500.5	1622383.7	1782758.96	2805221.05	3911218.59	3936417.01	1920865.08



2007 წლის ივნისის თვიდან მოთხოვნილი და დავალებული თანხის მატება აიხსნება გეგმიური სტაციონარული დახმარების ქვეკომპონენტით გათვალისწინებული ხელშეკრულებების გაფორმებით.

2007 წლის სექტემბრის თვიდან მოთხოვნილი თანხების უღება გამოწვეულია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი თბილისისა და იმერეთის მოსახლეობაზე სადაზღვევო ვაუჩერებისა გადაცემით.

რაც შეეხება საქართველოს მასშტაბით სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოქალაქეთა რაოდენობას, თუ 2007 წლის იანვარში აღირიცხა 609 081 ბენეფიციარი,

სექტემბრის თვეში დაზღვეულთა რაოდენობამ შეადგინა 672 963. მათ შორის 71 834 თბილისში, ხოლო 129 227 იმერეთში.

დანესებულებებიდან შემოსული შესრულებების საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ პოლისების გარკვეულმა რაოდენობამ ერთიდაიმავე დანესებულებაში რამდენჯერმე იმჟურნალა. მაგალითად;

1. 1 შემთხვევა 20 ჯერ მჟურნალობის ღვაძიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში პოლისით №010103600001/02;
2. 2 შემთხვევა 18 ჯერ მჟურნალობის ღვაძიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში პოლისით №010302000333/01;
3. 2 შემთხვევა 17 ჯერ მჟურნალობის ღვაძიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში პოლისით №010103600001/02;
4. 2 შემთხვევა 16 ჯერ მჟურნალობის;
5. 1 შემთხვევა 15 ჯერ მჟურნალობის;
6. 2 შემთხვევა 14 ჯერ მჟურნალობის;
7. 17 შემთხვევა 13 ჯერ მჟურნალობის;
8. 9 შემთხვევა 12 ჯერ მჟურნალობის. (მ.შ. 1 ჰემატოლ. და ტრანსფ. ინსტიტუტში);
9. 18 შემთხვევა 11 ჯერ მჟურნალობის. (მ.შ. 1 ჰემატოლ. და ტრანსფ. ინსტიტუტში);
10. 17 შემთხვევა 13 ჯერ მჟურნალობის;
11. 32 შემთხვევა 9 ჯერ მჟურნალობის;
12. 44 შემთხვევა 8 ჯერ მჟურნალობის;
13. 61 შემთხვევა 7 ჯერ მჟურნალობის;
14. 102 შემთხვევა 6 ჯერ მჟურნალობის; (თბილისის №4 კლინიკურ საავადმყოფოში, თსსუ ცენტრალურ კლინიკაში, №5 სპგ-ში, იმუნოლოგიის სკ ცენტრი).

ზემოაღნიშნული სტატისტიკიდან გამომდინარე აღნიშნული საკითხი მოითხოვს თითოეული ამგვარი შემთხვევის ადგილზე შესწავლას.

2007 წლის 1 ნოემბრის მდგომარეობით, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში“ დახარჯულია 13 580876.51 ლარი.

დღეისათვის, 2007 წლის ნოემბრის მდგომარეობით, საქართველოში სულ დარეგისტრირებულია 672 963 ბენეფიციარი. იხ. ცხრილი № 6.

	ბენეფიციარი	ვაუჩერი
თბილისი	71 834	27 146*
იმერეთი	129 227	47 976*
გურია	33 874	
რაჭა	20 930	
ქახეთი	83 400	
მცხეთა-მთიანეთი	25 527	
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	99 774	
სამცხე-ჯავახეთი	23 229	
ქვემო ქართლი	53 726	
შიდა ქართლი	58 781	
აჭარა	71 506	
აფხაზეთი	1 211	

***ერძო სადაზღვევი კომპანიებში დაზღვეულ ბენეფიციართა რაოდენობა**

უკვე 2007 წლის სექტემბრიდან, მთავრობის ინიციატივით, ექსპერიმენტის სახით იმერეთსა და თბილისში დარეგისტრირებული ბენეფიციარების სამედიცინო მომსახურება სახელმწიფომ ერძო სადაზღვევი კომპანიებისაგან შეისყიდა.

2007 წლის 10 აგვისტოდან ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტომ მთავრობის დადგენილების შესაბამისად, მოამზადა ვაუჩერი - სახელმწიფო სუბსიდირების სააგენტოს მიერ 2007 წლის 1 ივლისამდე თბილისსა და იმერეთის რეგიონში რეგისტრირებული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი ყველა იმ ოჯახისათვის, რომელთა სარეგისტრაციო ქულა შეადგენს ან ნაკლებია 70 000-ზე. დადგენილების შესაბამისად, ჯანდაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს 31 აგვისტომდე უნდა უზრუნველყო ვაუჩერის მიწოდება ბენეფიციარებისათვის. ვაუჩერის მიღების შემდგომ ბენეფიციარებს უფლება ჰქონდათ 31 ოქტომბრამდე თავად აერჩიათ რომელიმე სადაზღვევი კომპანია. შესაბამისად, მიღებულ ვაუჩერს, მისი ხელშეკრულების გაფორმების შემდეგ გადაცვლიან არჩეული სადაზღვევი კომპანიის სამედიცინო პოლისში. იმ შემთხვევაში თუ ბენეფიციარი არ გააკეთებს არჩევანს დათქმულ ვადაში ჯანმრთელობის და სოციალური დახმარების სააგენტო თავად მიაკუთვნებს მათ რომელიმე სადაზღვევი კომპანიას.

2007 წლის 10 აგვისტოს ჯანმრთელობის და სოციალური პროგრამების სააგენტომ დაიწყო ვაუჩერების დარიგება, თბილისელი ბენეფიციარი უნდა მისულიყვნენ საცხოვრებელი ადგილის რეგისტრაციის მიხედვით სააგენტოს მიერ შერჩეულ

პოლიტიკინიკაში. მოსახლეობის ინფორმირება დაევალა თბილისში „პოლიტიკინიკებს“, ხოლო იმერეთში სოფლის ამბულატორიებს. მაგ: გლდანინაძალადევის რაიონში მცხოვრები ყველა ბენეფიციარი ვაუჩერს მიიღებდა გლდანში 31 პოლიტიკინიკაში, ვაკე-საბურთალოს რაიონში ვ. ფშაველას გამზირზე 1 სამ.პროფ.ცენტრში ყველა დევნილი ავჭალაში ერთ-ერთ პოლიტიკინიკაში და ა.შ. ხოლო იმერეთში რაიონების მიხედვით (შერჩეული იყო სკოლები) 10-15 აგვისტომდე სამტრედია, ხონი, ვანი 15-20 აგვისტომდე ხარაგაული, ზესტაფონი, ტყიბული 20-25 აგვისტომდე თერჯოლა, ჭიათურა. საჩხერის რაიონს სადაზღვეო კომპანია „ქართუ“ მოემსახურება მონოპოლიური პრინციპით.

ვაუჩერების დარიგებას უზრუნველყოფდნენ ჯანმრთელობის და სოციალური პროგრამების სააგენტოს თანამშრომლები, რომლებსაც კატეგორიულად ეკრძალებოდათ გაენიათ ბენეფიციარისათვის რეკომენდაცია რომელიმე სადაზღვეო კომპანიის მომსახურების თაობაზე. თავის მხრივ სადაზღვეო კომპანიის აგენტებს ეკრძალებოდათ პოლიტიკინიკის ან სკოლის შენობის შიგნით შესვლა.

სადაზღვეო კომპანიებმა განსაკუთრებით იმერეთის რეგიონში ისარგებლეს მოსახლეობის ინფორმირების დაბალი დონით და დაიწყეს ე.წ. „ვაჭრობა“ ვაუჩერებზე. სადაზღვეო კომპანიების აგენტები სოფლებში აგროვებდნენ ბენეფიციარებს და ავტობუსებით ჩაჰყავდათ რაიონულ ცენტრებში ვაუჩერის მისაღებად, სანაცვლოდ მიღებულ ვაუჩერში ბენეფიციარებს სთავაზობდნენ მატერიალურ ანაზღაურებას (5-დან 20 ლარამდე 1 ვაუჩერზე), ყვების პროდუქტებს. (შაქარი, ფქვილი) ასევე, ადგილობრივი ტელევიზიით დაიწყო რეკლამირება ვაუჩერებით ლატარიის გათამაშების შესახებ. შენობიდან გამოსულ „ვაუჩერიან“ ბენეფიციარს „თავს ესხმოდნენ“ სადაზღვეო კომპანიების აგენტები და იქვე ადგილზე „საველე პირობებში“ უფორმებდნენ ხელშეკრულებებს და აძლევდნენ დაპირებულ ანაზღაურებას ვაუჩერის სანაცვლოდ. უკვე „დაზღვეული“ ბენეფიციარის 90%-ს არანაირი ინფორმაცია არ ჰქონდათ „არჩეული“ სადაზღვეო კომპანიის თუნდაც საბაზისო სადაზღვეო პაკეტის ან კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულების შესახებ. ხშირ შემთხვევაში უკვე „ვაუჩერჩამორთმეული“ ბენეფიციარი კვლავ მიმართავდა სააგენტოს ვაუჩერისათვის, და იმის გასარკვევად თუ როგორ უნდა მოქცეულიყო, რომ მიეღო უთვნილი სამედიცინო მომსახურება.

შექმნილი ქაოსის გამო, რადგანაც ადგილი ჰქონდა ბენეფიციარებთა უფლებების მასიურ დარღვევებს და ისინი თითქმის ჯარგავდნენ თავისუფალი არჩევნის უფლებას, 15 აგვისტოს ჯანმრთელობის და სოციალური პროგრამების სააგენტო იძულებული გახდა შეეწყობა ვაუჩერების დარიგება, როგორც თბილისში ასევე ქუთაისში. ხელისუფლების გადაწყვეტილებით, ვაუჩერები დასარიგებლად გადაეცა მმართველ პარტიას, „ნაციონალურ მოძრაობას“, რომელთა აქტივისტები უზრუნველყოფდნენ

ვაუჩერებისა და საინფორმაციო ბუჯეტების მიწოდებას ბენეფიციარებისათვის რეგისტრირებული საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

ამ არაეთიკური ქმედების გამო, კერძო სადაზღვეოებსა და შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს შორის გაფორმდა მემორანდუმი, რაც ავალდებულებს სადაზღვეო კომპანიებს აღარ მიმართონ ვაუჩერის მოპოვების არაეთიკურ ხერხებს.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში სადაზღვეო სისტემის დანერგვა და განვითარება უმნიშვნელოვანესი პროცესია. შექმნილმა სიტუაციამ ცხადყო რომ ასეთი პრინციპით გადასვლა კერძო სადაზღვეო სისტემაზე ნაადრევი აღმოჩნდა, პირველ რიგში, ამისათვის მზად თავად სადაზღვეო კომპანიები არ აღმოჩნდნენ.

ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ბენეფიციარები მიეკუთვნებიან სოციალურად დაუცველ ფენას, არ არიან საკმარისად ინფორმირებული საკუთარ უფლებებში და ხშირ შემთხვევაში უჭირთ არჩევნის გაკეთება.

როგორ მუშაობენ კერძო სადაზღვეო კომპანიები?

სადაზღვეო კომპანია „ალდაგი – BCI“ - სიტარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში სადაზღვეო კომპანიამ იმერეთის რეგიონსა და თბილისში მცხოვრები პროგრამაში ჩართული მოსახლეობის 36,5% დააზღვია (რაც 56 660 ადამიანს შეადგენს).

პროგრამის დაწყებიდან ა.წ. 10 ოქტომბრის ჩათვლით, სადაზღვეო კომპანიის ინფორმაციით, სადაზღვეო კომპანია „ალდაგი-BCI-მ 358 ურგენტული შემთხვევა ანაზღაურა, რაც შეეხება გეგმიურ ოპერაციებს, ჩვეულებრივი პროცედურების გავლის შემდგომ კეთდება და დაფინანსების მხრივ პრობლემები არ იქმნება. რაც შეეხება ვადებს, როგორც სადაზღვეო კომპანია განმარტავს, დაზღვეულ ბენეფიციარს მაქსიმუმ ორი თვის განმავლობაში უტარდება მისთვის საჭირო გეგმიური ოპერაცია.

სადაზღვეო კომპანია “GPI ჰოლდინგი” - 2007 წლის ოქტომბრის მდგომარეობით, „ჯი-პი-აი ჰოლდინგში“ დაზღვეულთა რაოდენობა შეადგენს 59 254 ადამიანს. კომპანიამ ურგენტული შემთხვევების დაფინანსება 1 სექტემბრიდან დაიწყო და უკვე 200-ზე მეტი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ანაზღაურა. რაც შეეხება გეგმიურ ოპერაციებს, ეს მომსახურებაც დაწყებულია. ყოველდღიურად არაერთი ადამიანი მიმართავს სადაზღვეო კომპანიებს საგარანტიო წერილით გეგმიურ ოპერაციებზე. როგორც თბილისში, ასევე იმერეთში უკვე გაცემულია ამგვარი საგარანტიო წერილები, დაახლოებით 400 000 ლარის ღირებულების. ჯი-პი-აის პოლისით უკვე 550-მდე დაზღვეულმა თბილისისისა და იმერეთის 40 სხვადასხვა სამედიცინო

დანესებულებაში ჩაიტარა გეგმიური მყურნალობა. რაც შეეხება ამბულატორიულ მყურნალობას, 6000-ზე მეტ ადამიანს აუნაზღაურდა სხვადასხვა ტიპის ამბულატორიული მყურნალობის საფასური.

დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია “ირაო” – კომპანია „ირაოს“ მიერ 2007 წლის სექტემბერში თბილისსა და იმერეთის რეგიონში დაფინანსდა 90-მდე გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევა, კომპანიაში შევიდა 80 მდე განცხადება გეგმიური ოპერაციის ჩატარების მოთხოვნით, რომელთა ნაწილიც სექტემბრის თვეში დაფინანსდა. ჩატარდა რესურსტვადი დიაგნოსტიკური გამოკვლევა, მიიღეს 10 მშობიარე, ქიმიოთერაპიულ ურსს იტარებს 11 პაციენტი.

ამბულატორიულ მომსახურებაზე კომპანიას გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება თბილისისა და იმერეთის რეგიონის პირველადი ჯანდაცვის ყველა დანესებულებასთან.

სადაზღვევო კომპანია „სახალხო დაზღვევა“ - 12 სექტემბრის მონაცემებით, იმერეთისა და თბილისის მასშტაბით „სახალხო დაზღვევაში“ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 23 000 ბენეფიციარია. დარეგისტრირდა 380 სამედიცინო სარჩელი. აქედან, 150 ურგენტული შემთხვევის, დანარჩენი 230 გეგმიურის. გეგმიური სამედიცინო სარჩელების ნაწილი დიაგნოსტიკას (წინასაოპერაციო და დიაგნოზის სავერიფიკაციო კვლევები), ნაწილი კი ოპერაციებს ეხება. გეგმიური ოპერაციებიდან 40 უკვე დაიგეგმა და ჩატარდა.

2007 წლის ნოემბრის ინფორმაციით, დღეისათვის თბილისისა და იმერეთის მონაცემებით, სადაზღვევო კომპანიების სასარგებლოდ არჩევანი უკვე გაკეთებული ჰქონდა 69 462 უმწეო ოჯახს, რაც თითქმის 187 822 ფიზიკურ პირს შეადგენს.

კომპანია	გადანაწილებული ვაუჩერები			ნომბერი სულ		
	ფიზ. პირი	ოჯახი	თანხა	ფიზ.პირი	ოჯახი	თანხა
BCI	3349	1387	24137.80	64933	23869	466970.69
GPI	3371	1550	24322.60	65606	24849	472058.17
IRAO	1496	638	10774.72	28721	9950	206290.04
სახალხო	1417	581	10191.08	28562	10794	205034.00
ჯამი	9633	4156	69426.20109	187822	69462	1350352.901

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინფორმაციით, 2008 წლიდან მთელს საქართველოში სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევას სახელმწიფო კერძო სადაზღვევო კომპანიებიდან შეისყიდის

სერვისის მიწოდებადი ორგანიზაციების ავტომატიზაცია

„სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის“ მონიტორინგის პროექტის ფარგლებში ფონდმა „ღია საზოგადოება საქართველომ“ ჩაატარა სერვისპროვაიდერების (სამედიცინო დაწესებულებების) გამოკითხვა. გამოკითხვა ჯანდაცვის დაწესებულების 100-მდე წარმომადგენელი, სერვისპროვაიდერებისათვის მომზადებული კითხვარის ანალიზისას გამოიყვება შემდეგი:

ძირითადი პრობლემები იკვეთება ამბულატორიულ რეგულში, პროგრამაში მონაწილე ბენეფიციარების ყველაზე დიდი მიმართვიანობა არის ამ მიმართულებით და მათ პროგრამა ავალდებულებს ბენეფიციარს გაუწიოს მომსახურება მიხერული ანაზღაურების პირობებში და ხშირ შემთხვევაში თითქმის უფასოდ. 2006 წლის პროგრამის ფარგლებში სავალდებულო იყო 3 ვიზიტი ბინაზე და თითოეულ ვიზიტზე ანაზღაურება შეადგენდა 0.40 ლარს. ამბულატორიულ ინსტრუმენტალ-ტაბორატორიულ დიაგნოსტიკაზე კაპიტაციურად თითო ბენეფიციარზე 0.25 ლარი. (მიღებულ თანხას ანაწილებს ამბულატორიის ხელმძღვანელი) ამბულატორიული პროგრამით განსაზღვრული სპეციალისტების ყოველთვიური ანაზღაურება შეადგენდა 144 ლარს. ხოლო საშუალო და უმცროსი მედ. პერსონალის ხელფასი არ იყო გათვალისწინებული, მაშინ როცა მათზე პირველადი და ყველაზე დიდი დატვირთვა მოდის.

ასე რომ, ამბულატორიის ხელმძღვანელები კითხვარის შევსებისას პროგრამის ძირითად პრობლემად და ხარვეზად ასახელებენ მწირ ბიუჯეტს. თითქმის ყველა გამოკითხული საჭიროდ თვლის უკვე რეგისტრირებული ბენეფიციარების „სიღარიბის ზღვარის“ გადამოწმებას, რადგან ჯარგად იციან მათთან რეგისტრირებული ბენეფიციარების სოციალური მდგომარეობა და ხშირ შემთხვევაში ბენეფიციარის სოციალური მდგომარეობიდან გამომდინარე ისინი არ თვლიან მოქალაქეს „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფად“.

რაც შეეხება სტაციონარული სერვისპროვაიდერების ხელმძღვანელების მიერ შევსებული კითხვარების ანალიზს, აქ გამოიყვება შემდეგი: ძირითადი პრობლემა არის გართულებული ბიუროკრატიული სქემა გეგმიური სტაციონარული მომსახურების მისაღებად. ბენეფიციარმა უნდა მიმართოს ამბულატორიას და მათ მიერ დასმული დიაგნოზით გადის დაფინანსების საკითხი „კომისიაზე“ და შემდეგ მიდის ბენეფიციარი სტაციონარში, სადაც შეიძლება აღნიშნული დიაგნოზი არ დადასტურდეს და ბენეფიციარი საჭიროებდეს აბსოლუტურად სხვა ჩარევას და საკითხი თავიდან უნდა განიხილოს „კომისიამ“. უფრო რთული შემთხვევაა როცა ბენეფიციარი არის რაიონიდან.

პრობლემურია ასევე ისეთი შემთხვევები, როდესაც კლინიკას მიმართავენ პაციენტები ისეთი დაავადებებით რომელიც საჭიროებს სტაციონარულ თერაპიულ მკურნალობას, (მაგ გულის იშემიური დაავადება, მწვავე გასტრიტის, ღვიძლის უკმარისობა და ა.შ) რის ანაზღაურებასაც პროგრამა არ ითვალისწინებს.

გამოკითხულთა უმრავლესობა თვლის, რომ შესრულებული სამუშაო ანაზღაურებული უნდა იქნეს ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, რადგან ხელშეკრულებით განსაზღვრული ნოზოლოგიური ღირებულების ტარიფი უფრო მცირეა დაწესებულებების შიდა სტანდარტით განსაზღვრულ ტარიფზე. ასევე პრობლემურია ის, რომ ტარიფის დადგენისას არ იყო გათვალისწინებული წინასაოპერაციო დიაგნოსტიკა.

რაც შეეხება სამედიცინო დახმარების კომპონენტს გამოკითხულთა უმრავლესობა თვლის რომ 200 ლარი, რომელიც გამოყოფილია აღნიშნული მომსახურებისათვის, მიხერული ღირებულებაა ამ სერვისის გასაწევად.

ძირითადი ხარვეზი გამოკითხულთა აზრით, ყველა კომპონენტში განპირობებულია მწირი ბიუჯეტით, მიღებული ანაზღაურება ვერ ფარავს კომუნალურ ხარჯებს, კლინიკა ტაბორატორიულ დიაგნოსტიკას და რაც ყველაზე მთავარია მედპერსონალის შრომის ანაზღაურებას, მაგრამ მიუხედავად ხარვეზებისა ყველა გამოკითხული თვლის, რომ აუცილებელია პროგრამის გაგრძელება თუნდაც არსებული მოცულობით და მიესალმებიან თუ მათი მოსაზრება გათვალისწინებული იქნება.

კითხვარების ანალიზმა ცხადყო, რომ პროგრამის გაგრძელება აუცილებელია, როგორც ყველა გამოკითხული აღნიშნავს ამ პროგრამის ფარგლებში ბევრმა ისეთმა მოქალაქემ მიიღო გეგმიური სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც პროგრამის არ არსებობის შემთხვევაში ნამდვილად ვერ შეძლებდა ჩატარებინა შესაბამისი მკურნალობა. კარგი იქნებოდა მსგავსი კითხვარები თუ შემუშავდება პროგრამაში მონაწილე ბენეფიციარებისათვის და გათვალისწინებული იქნებოდა მათი აზრი პროგრამის მიმდინარეობის შესახებ.

რადგანაც, 1 სექტემბრიდან თბილისსა და იმერეთში სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებას შესაბამისი პროგრამის ფარგლებში ახორციელებენ კერძო სადაზღვეო კომპანიები, ბენეფიციართა თითქმის 90%-მა უკვე გააკეთა არჩევანი და დაეზღვია, მაგრამ როგორც ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სახელმწიფო სააგენტოში, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში შედიოდა ბენეფიციართა განცხადებები, რომლებიც ითხოვდნენ მათი სადაზღვეო ხელშეკრულების გაუქმებას და გადაზღვევას რომელიმე სხვა კომპანიაში, რადგან მათმა რჩეულმა სადაზღვევო კომპანიამ ვერ გაუწია ის სამედიცინო

მომსახურება, რასაც ბენეფიციარი საჭიროებდა. ძირითად პრობლემას ბენეფიციარები რა თქმა უნდა აწყდებიან გეგმიური სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში. როგორც წესი ბენეფიციარი პირველ რიგში მიმართავს სტაციონარს, რათა გაარკვიოს მისთვის საჭირო მყურნალობისა თუ დიაგნოსტიკის მოცულობა, ხშირ შემთხვევაში სტაციონარის ექიმის აზრი და ჯერძო სადაზღვეო კომპანიის “ოჯახის ექიმის” აზრი ერთმანეთს არ ემთხვევა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შესახებ, რაც იწვევს ბენეფიციარების უკმაყოფილებას.

აღნიშნული სიტუაციიდან გამომდინარე იქმნება აუცილებლობა შეიქმნას ე.წ. პრეტენზიების განმხილველი კომისია, რომელსაც თავის მხრივ დაესწრებიან როგორც სადაზღვეო კომპანიის წარმომადგენლები, ასევე ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების სააგენტოს და სამინისტროს წარმომადგენლები და განიხილება თითოეული პრეტენზია და კონკრეტული შემთხვევა.

რამდენად წარმატებულია ექსპერიმენტი იმერეთსა და თბილისში ამას 2008 წლის ოქტომბერში ჯერძო სადაზღვეო კომპანიების მიერ შესრულებული სამუშაოების ანალიზი ცხადყოფს. სასურველია მოხდეს ამ ანალიზის შედარება სააგენტოს მიერ შესრულებულ სამუშაოსთან, რადგან ცნობილია, რომ 2008 წლიდან დაგეგმილია მთლიანად საქართველოში რეგისტრირებული ბენეფიციარების დახმარების განხორციელება ჯერძო სადაზღვეო კომპანიების მიერ. საინტერესოა ასევე მოხდეს იმ ხელშეკრულებების შედარება შესაბამისი ნოზოლოგიების ღირებულებით, რომელიც სერვისპროვაიდერებს აჯავშირებთ ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოსა და ჯერძო სადაზღვეო კომპანიებთან.

ჯანდაცვის დაფინანსების არსებული მდგომარეობის მოკლე მიმოხილვა და შედარება სოციალისტური ბანაის ცალკეულ ქვეყნებთან
--

ჯანდაცვის სექტორის ზოგადი ეკონომიკური შეფასებისათვის მოკლედ მიმოვიხილავთ საქართველოში დღეს არსებულ სიტუაციას და შევადარებთ აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის რამოდენიმე ქვეყანას. ქვეყნების ამ ჯგუფთან შედარება გამართლებულია ინსტიტუციური მოწყობისა და სოციალური და ეკონომიკური განვითარების დონის მეტ-ნაკლები ერთგვაროვნებით.

ქვეყანათა ჯგუფი ცხრილ №7-ში დალაგებულია ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) სიდიდით (მსყიდველობითი უნარის გათვალისწინებით). ცხრილის ანალიზისას იკვეთება ერთი მეტად ნიშანდობლივი ტენდენცია: ერთ სულზე ყველაზე მაღალი მშპ-ს მქონე შვიდი ქვეყანა ასევე ღიდერობს ერთ სულზე სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯებით.

ცხრილი №7

	მშპ ერთ სულზე (PPP) დოლარი 2006 წ	სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე (PPP) დოლარი 2004წ	მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე (PPP) დოლარი 2004 წ	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან 2005 წ
ესტონეთი	16692	590	776	4.2
პოლონეთი	15149	567	810	4.5
ლატვია	15806	387	750	3.3
რუსეთი	12178	341	570	3.2
ბულგარეთი	10022	354	634	4.3
ყაზახეთი	9568	245	393	2.4
უკრაინა	7832	240	361	3.9
აზერბაიჯანი	6476	39	159	0.9
სომხეთი	5177	74	320	1.3
საქართველო	3642	66	209	1.8
მოლდოვა	2744	114	202	4.2
ტაჯიკეთი	1494	19	83	1

საგულისხმოა, რომ ყორელაცია არ იკვთება ქვეყნების ეკონომიკური განვითარების დონისა და ერთ სულზე ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებს შორის, მათ შორის კერძო დანახარჯებს შორის. ეს შესაძლოა მიუთითებდეს იმაზე, რომ ჯანდაცვის კერძო სექტორის განვითარება შედარებით ნაკლებად უკავშირდება ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას. ამის მიზეზი შეიძლება ის იყოს, რომ ჯანდაცვის კერძო მომსახურება რომელიმე ქვეყანაში მატალი ხარისხის და შედარებით ძვირ სერვისებს განეკუთვნება, ამიტომაც მატალია მისი ადმინისტრირების ხარჯები. აქვე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ცხრილში მოყვანილ შედარებით განვითარებულ შვიდ ქვეყანასა და მოლდოვაში ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მიერ განეული ხარჯები მშპ-ს 2%-ს აჭარბებს. ჯანდაცვის დაფინანსების მაჩვენებლებით გამორჩეული ყველა ქვეყანა (გარდა ყაზახეთისა) ევროპის კონტინენტზე მდებარეობს. ეს შესაძლოა მიუთითებდეს ამ ქვეყნების პოლიტიკური მართვისა და ეკონომიკური მონეობის უფრო მატალ ხარისხსა და სახელმწიფო ფინანსების უფრო მკაფიოდ გამოკვეთილ ორიენტაციას სოციალურ სფეროზე.

ცხრილში მოყვანილი ფაქტები ნათლად მიუთითებს იმაზე, რომ გარდამავალ პერიოდში ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსებას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება. სამწუხაროდ, ზემოთმოყვანილი პარამეტრებით საქართველო მხოლოდ აზერბაიჯანსა და ტაჯიკეთს უსწრებს, რომლებშიც ჯანდაცვის ხარჯები ერთ სულზე

ასახვით, სრულიად არაადეკვატურად შეიძლება ჩაითვალოს. აღსანიშნავია, რომ მოლდოვა, რომელიც საქართველოზე ბევრად ნაკლებ ეკონომიკურ პოტენციალს ფლობს, მაინც ახერხებს ჯანდაცვისათვის უფრო მეტი თანხების გამოყოფას.

საქართველოს მთავრობის „ძირითადი მონაცემებისა და მიმართულებების“ დოკუმენტის მიხედვით ნავარაუდევია ჯანდაცვის სფეროში სამკურნალო, ჯანდაცვითი და სოციალური, ასევე საინვესტიციო პროგრამების სახით დაფინანსების თანდათანობით ზრდა. 2007 წელს ჯამური დაფინანსება დაახლოებით 279 მილიონ ლარს შეადგენს, რაც მშპ-ს თითქმის 1.9%-ია. ეს დაფინანსება 2010 წლისათვის 377 მილიონამდე უნდა გაიზარდოს, რაც მშპ-ს 1.9% ნტი იქნება. ნავარაუდევია სამკურნალო პროგრამების დაფინანსების უფრო სწრაფი ზრდა, ვიდრე დანარჩენი ორი კომპონენტისა. ამიტომაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მიმართება მშპ-სთან უახლოეს მომავალში უცვლელი რჩება. აქედან გამომდინარე, საქართველო ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მიერ განუვლი ხარჯებით ზემოთმოყვანილ ქვეყნების ჯგუფში უახლოეს მომავალშიც ერთ-ერთ ბოლო ადგილზე დარჩება. სავარაუდოდ, გაიზრდება ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებიც, მაგრამ ეს ალბათ საკმარისი არ იქნება სიტუაციის მნიშვნელოვნად შესაცვლელად. თუ დავუშვებთ, რომ ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების ზრდის ტემპი განსახილველ პერიოდში ეკონომიკის ნავარაუდევ რეალურ ზრდის ტემპს გაუტოლდება (10%), მათი მოცულობა ერთ სულ მოსახლეზე 200 დოლარს არ გადააჭარბებს. ცხრილში მოყვანილ ქვეყნებში ექიმთა რიცხვი ყოველ 100000 კაცზე 66-73 სპეციალისტის ფარგლებში მერყეობს. აქედან გამომდინარე საქართველოში ჯანდაცვის სექტორის შედარებით დაბალი ბრუნვის გათვალისწინებით და ექიმთა ფარდობითი რიცხვის ერთგვარი მოსალოდნელი შემცირების ფონზეც კი, უახლოეს მომავალში, სამწუხაროდ არსებითად ვერ შეიცვლება მედიკოსთა მატერიალური მდგომარეობა. ეს კი დადებითად ვერ აისახება სექტორის განვითარებაზე. ახლო მომავალში პროგნოზირებულია მოსახლეობის ძალზედ ნელი ზრდა და თანდათანობითი დაბერება. ამ ფაქტისა და სახელმწიფო დანახარჯების ნელი ზრდის ტემპის გათვალისწინებით, საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე კვლავაც დაბალი დარჩება. ეს ცხადია, აშკარად არაა საკმარისი ჯანდაცვის სფეროში სერიოზული პროგრესის მისაღწევად, მით უმეტეს, მოსახლეობის უღარიბესი ფენების მდგომარეობის არსებითად გასაუმჯობესებლად.

საქართველოს დაზღვევის სექტორის განვითარების ტენდენციების მოკლე მიმოხილვა

საქართველოს სადაზღვევო სექტორი ბოლო წლების სწრაფი განვითარების მიუხედავად, მაინც საკმაოდ მცირეა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით. გასულ წელს დაზღვევის სექტორის მიერ მიღებულმა პრემიის ჯამურმა მოცულობამ 70 მილიონ ლარს გადააჭარბა, რაც ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით 16 ლარზე მეტს შეადგენს. სადაზღვევო სექტორი საკმაოდ სწრაფი ტემპით ვითარდება და მისი საშუალო წლიური ზრდის ტემპები (ნომინალური) ბოლო 7 წლის განმავლობაში 50% აჭარბებს, თუმცა ბოლო წლებში შეინიშნება ზრდის ტემპის ერთგვარი სტაბილიზაცია. სადაზღვევო კომპანიების მიერ გასულ წელს გაცემულმა ანაზღაურებამ 23 მილიონ დოლარს გადააჭარბა. უდიდესი სადაზღვევო კომპანია „BCI ალდაგის“ ჯამურმა პრემიამ დაახლოებით 30 მილიონი ლარი, ანუ მთელი ბაზრის 41%-ზე მეტი შეადგინა. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ სამედიცინო დაზღვევის სფეროში მიღებული პრემია დაახლოებით 19 მილიონ ლარს, ანუ მთელი სადაზღვევო მომსახურების ბრუნვის დაახლოებით 27%-ს შეადგენს. სამედიცინო დაზღვევის წილი მთელს პრემიაში წლების მანძილზე შედარებით სტაბილური იყო და 2001-2005 წლებში 18-19% ფარგლებში მერყეობდა. აქვე გასათვალისწინებელია ის ობიექტური გარემოება, რომ სამედიცინო დაზღვევა ზოგადად საკმაოდ ძვირი მომსახურებაა, ამიტომაც ქართულ სადაზღვევო კომპანიებს პრემიის თითო ლარზე ანაზღაურების სახით 70 თეთრის გაცემა უნევთ. ამ კრიტერიუმით დახმარების ეს ფორმა სხვა ყველასთან შედარებით ძვირი მომსახურებაა (ავტომობილების დაზღვევა, ტვირთი, ფინანსური რისკი, სიცოცხლის დაზღვევა, უბედური შემთხვევები, ქონების დაზღვევა და სხვა).

ზემოთმოყვანილი ინფორმაცია ცხადყოფს, რომ ქართული სადაზღვევო კომპანიების ჯამური ბრუნვა ჯერ კიდევ არ არის საკმარისი მოსახლეობის ფართო ფენების დასაზღვევად. ჯანდაცვის დაზღვევაზე გაცემული ანაზღაურებისა და პრემიის მაჩვენებელი მიუთითებს იმაზე, რომ დაზღვევით მოსარგებლე პირთა რიცხვი არც ისე დიდია. თუ ჯანდაცვის სტანდარტული წლიური სადაზღვევო პაკეტის მოცულობას 150-200 ლარის ფარგლებში მოვიჩნევთ, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ გასულ წელს სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა რიცხვი 100-140 ათასი უცის ფარგლებში მერყეობდა. აქვე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ქართულ სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე დომინირებს კორპორატიული დაზღვევა, რაც გულისხმობს დამქირავებლის მიერ დაქირავებული მოსამსახურეების ჯგუფების დაზღვევას. ამის მიზეზი სავსებით გასაგებია, რადგან ინდივიდუალური დაზღვევა საკმაოდ ძვირია, ხოლო სადაზღვევო კომპანია ადამიანთა ჯგუფის დაზღვევით მიღებული პრემიით ახერხებს ინდივიდების ცალ-ცალკე დაზღვევასთან დაკავშირებული რისკების გამოთანაბრებას. ამგვარად, დღევანდელი სამედიცინო დახმარების ბაზარი, განვითარების საკმაოდ დამაიმედებელი ტენდენციების მიუხედავად, ბრუნვის სიდიდიდან გამომდინარე ჯერ კიდევ არ არის სრულად მზად დამატებით 700 ათასი

კაცის მომსახურებისათვის, თუმცა მეორეს მხრივ, სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებამ შეიძლება სექტორის განვითარებას შემდგომი მძლავრი ბიძგი მისცეს, თუკი პროგრამის ადმინისტრირება და მონიტორინგი წარმატებით განხორციელდება. ამაში გადამწყვეტი როლი უნდა ითამაშოს მთავრობის მიერ შემუშავებული პროგრამის დიზაინის სიზუსტემ, უტარიბესი მოსახლეობის გამოვლენისა და მათი ჯანმრთელობის დაცვის მოთხოვნათა მკაფიოდ განსაზღვრამ და მინდინარეობის პროცესში პროგრამის საფუძვლიანმა მონიტორინგმა.

დასკვნა

საქართველოს მთავრობამ სოციალურად დაუცველი ფენების სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად, ჩვენის აზრით, სწორი სქემა აირჩია, რომელიც თავისთავად მთავრობის ხელთ არსებული ოპტიმალური არჩევანი შეიძლება იყოს რამდენიმე მოსაზრებიდან გამომდინარე: 1. მოსახლეობის ღარიბი ფენების მხოლოდ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების მეშვეობით მომსახურება გაცილებით ძვირი დაჯდება ჯერძო სექტორის მონაწილეობით იგივე საქმიანობის წარმოებასთან შედარებით. გარდა ამისა, მხოლოდ სახელმწიფოს მონაწილეობა, სავარაუდოდ, უორუფციასა და არაუფექტიანობას გამოიწვევდა. 2. მხოლოდ ჯერძო სექტორისთვის მოსახლეობის ღარიბი ფენების მომსახურების გადაჯისრება შეეძლო გამოეწვია ის, რომ ღარიბი მოსახლეობა საერთოდ ვეღარ ისარგებლებდა სამედიცინო მომსახურებით. 3. სახელმწიფო-ჯერძო თანამშრომლობა და ვაუჩერების დარიგება მოსახლეობასა და სადაზღვევო კომპანიებს თეორიულად არჩევანის საშუალებას უქმნის, რაც ბაზარზე კონკურენტული ფასებისა და ხარისხის ჩამოყალიბების საწინდარია. აქედან გამომდინარე, მიგვაჩნია, რომ მთავრობის მიერ აღებული გეზის თეორიული საფუძველი სოლიდურია, თუმცა ზემოთმოყვანილი სამი გადამწყვეტილებიდან ყველაზე რთულად შესასრულებელი იქნება სწორედ დაგეგმვა, განხორციელება, მონიტორინგი და მოთხოვნისა და მიწოდების მხარეს მდგომი ეკონომიკური აგენტების ქმედებათა და პრეფერენციათა დადგენა.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ვაუჩერების დარიგების პირველი ეტაპი სირთულეებით ხასიათდებოდა, რაც სავარაუდოდ მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობით იყო გამოწვეული, წინასწარი შესწავლითი სამუშაოების არასაკმარისი მოცულობით და სახელმწიფო და ჯერძო სამედიცინო დაწესებულებების ინსტიტუციური მზაობის ნაკლებობით ასეთი მასშტაბური პროგრამის დასაფინანსებლად. მართალია, თითოეულ ღარიბ მოსახლეზე გადააანგარიშებით ჯანდაცვის დახმარების ჰაჯეტი არც თუ ისე დიდია, ის ამ ეტაპზე შესაძლოა ოპტიმალურად ჩაითვალოს ორი მიზეზის გათვალისწინებით: 1. სამწუხაროდ, სახელმწიფოს ფინანსური შესაძლებლობები ჯერ კიდევ მწირია, 2. უფრო „ძვირი“ ვაუჩერების დარიგებამ პროგრამის სიახლიდან გამომდინარე, შესაძლოა დიდ დანაჯარგებთან მიგვიყვანოს. თუმცა აქვე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პროგრამის ფულადი მოცულობა თითქმის

მთლიანად უდრის გასულ წელს კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფირმების მიერ მიღებულ ჯამურ პრემიას, ამან კი შესაძლოა სერიოზული პრობლემები შეუქმნას სადაზღვევო კომპანიებს ადმინისტრირების თვალსაზრისით, რაც მათი ადამიანური, ფინანსური და ინსტიტუციური რესურსების სიმწირით იქნება გამოწვეული. უფრო თვალსაჩინოა ის, რომ იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვევით ღარიბი ფენების დიდი ნაწილი ისარგებლებს, ამ ახალი კლიენტების მასა სადაზღვევო ფირმების დღემდე არსებულ კლიენტთა ბაზას რამდენჯერმე გადააჭარბებს, რაც აუცილებლად გამოიწვევს შეფერხებებს.

პრობლემურად მიგვაჩნია შერჩეული 700 ათასი ადამიანის პრეფერენციათა (საჭიროებათა) და სამედიცინო სფეროს შესაძლებლობებთან შეთანხმება. ჯერ ერთი, მკაფიოდ უნდა გამოვლენილიყო ამ ადამიანთა ჯგუფში ყველაზე მეტად გავრცელებული დაავადებები და დახმარების ჰაქეტი შეძლებისდაგვარად აღეკავებოდეს უნდა ყოფილიყო შედგენილი. სამწუხაროდ, ჩვენს ხელთ არ არსებობს ინფორმაცია ჩატარდა თუ არა ასეთი შესწავლა. ასეთი პრაქტიკა საკმაოდ გავრცელებულია და აუცილებელ წინაპირობას წარმოადგენს სახელმწიფო დახმარების პროგრამების მატალი ეფექტიანობის მისაღწევად. მაგალითისათვის, მოვიყვანოთ ბრაზილიის მაგალითს, სადაც ღარიბი ფენებისათვის ქვეყნის ბიუჯეტი ყოველწლიურად მილიარდობით დოლარს ხარჯავდა, მაგრამ გამოკვლევების თანახმად, ამ თანხის უდიდესი ნაწილი მოსახლეობის მდიდარი ფენების ჯიბეებში იღუპებოდა, რადგანაც მთავრობა, კარგი განზრახვის მიუხედავად, ვერ ახერხებდა იმ ჯგუფების იდენტიფიცირებას, რომლებიც ნამდვილად საჭიროებდნენ დახმარებას. ზოგადად ასეთი ტიპის დახმარება უნდა იყოს საჭიროებებზე დაფუძნებული (Means tested). ამაში იგულისხმება შემდეგი მექანიზმი: მოსახლეობის უღარიბესი ფენებისთვის გამიზნული პროდუქტი თუ მომსახურება უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად დაზუსტებული, მარტივი და იაფი, რათა მხოლოდ ღარიბ მოსახლეობას გაუჩნდეს მისი მოხმარების სურვილი. წინააღმდეგ შემთხვევაში საქმე გვექნება ისეთ მდგომარეობასთან, როცა სახელმწიფო დახმარებით მოსახლეობის ის ფენები ისარგებლებენ, რომლებიც მას შედარებით ნაკლებად საჭიროებენ. აუცილებელია წინასწარ იყოს ცნობილი დამახასიათებელია თუ არა საქართველოს მოსახლეობის უღარიბესი 700 ათასი ადამიანისთვის უფრო მეტად რაიმე ისეთი დაავადება (ვთქვათ ინფექციური) რაც შედარებით ნაკლებად გვხვდება მოსახლეობის უფრო მდიდარ ფენებში? განსხვავდება თუ არა ღარიბი მოსახლეობის ასაკობრივი, განსახლების, ეროვნული, განათლებისა თუ სხვა მახასიათებლები დანარჩენი მოსახლეობისაგან? როგორია ამ ადამიანთა სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის ზოგადი კულტურა? ხომ არ ჯობია მათი მედიკამენტებით დაზღვევა? და სხვა. ამ კითხვებზე პასუხგაუცემლად დაზღვევის მექანიზმების ეფექტიანი მუშაობა მეტად გართულდება.

უნდა დადგინდეს დაზღვევის ჰაქეტის ათვისებასთან დაკავშირებული ტრანსაქციული დანახარჯები. მაგალითად, თუ დაზღვევის მიმღები სოფლად ცხოვრობს და

მოშორებულია მსხვილ ადმინისტრაციულ ცენტრებს, სადაც ის კვალიფიციურ დახმარებას მიიღებდა, მაშინ პოლისის რეალური ღირებულება ბევრად ნაკლები იქნება ნომინალზე, რამაც შეიძლება ბენეფიციარს მისი ე.წ. „გაყიდვისაქენ“ უზიდავოს.

ბენეფიციართა ინფორმირებისათვის საჭიროა მძლავრი საინფორმაციო კამპანიის მუდმივი წარმოება, რაც მათ შეუმცირებს ზემოთხსენებულ ტრანსაქციულ დანახარჯებს, გარკვევს უფლებებსა და მოვალეობებში და ექიმთან ვიზიტისა და წამლების შექენის უკეთ დაგეგმვის საშუალებას მისცემს.

იმ შემთხვევაში, თუ სამიზნე ჯგუფი ჯარგად არ არის შერჩეული, თვალსაჩინო გახდება დახმარების სექტორისათვის დამახასიათებელი ორი ფუნდამენტური პრობლემა: არახელსაყრელი შერჩევა (Adverse selection) და მორალური რისკი (Moral hazard). პირველ შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანიები იძულებულნი გახდებიან სულ უფრო შეამცირონ მომსახურების მოცულობა, რადგანაც მოკლებულნი იქნებიან მათთვის შერჩეული პოტენციური კლიენტების ჯგუფის მახასიათებლების გამოვლენის საშუალებას. ამ შემთხვევაში სადაზღვევო ფირმა მოემსახურება ყველაზე მაღალი რისკის მქონე პირებს, ხოლო დანარჩენები მომსახურების გარეშე დარჩებიან. მორალური რისკის დროს ყველაზე მაღალი რისკის მქონე კლიენტთა ჯგუფებს გაუჩნდებათ სურვილი იმაზე მეტი ზომით ისარგებლონ დაზღვევის მომსახურებით, ვიდრე მას სრულყოფილი ინფორმაციის არსებობის (ანუ იმ შემთხვევაში, თუ დამზღვევს მათი ქმედებებისა და რისკების ზუსტი მონიტორინგის საშუალება ექნება) პირობებში მოინდომებდნენ.

სახელმწიფო პროგრამათა უმრავლესობა იგეგმება წინასწარი ეკონომიკური ანალიზისა და გათვლების ჩატარების გარეშე. ამის მიზეზებად შეიძლება ჩაითვალოს პროფესიონალი კადრების სიმცირე, პროგრამის დაგეგმვის მოკლე ვადა და ა.შ. შესაბამისად, არასწორი დაგეგმვის შემთხვევაში ამგვარი პროგრამების საბოლოო ეფექტი ხშირად არასაკმარისია. მაქსიმალური შედეგის მისაღწევად, სავალდებულოა ანალიზი გაუკეთდეს იმ ეკონომიკურ ფაქტორებს, რომელთა მიხედვით ამგვარი პროგრამები უნდა დაიგეგმოს, და რომლებსაც, ხშირ შემთხვევაში უგულებელყოფილია სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებისას. აუცილებელია, რომ სახელმწიფო პროგრამები შესაბამისობაში მოდიოდეს ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვის სისტემასთან. პროგრამების ეფექტურობის გაზრდისათვის, პროგრამები საშუალოვადიან პერიოდზე უნდა იყოს გათვლილი.

დასკვნის სახით, ჩვენს ხელთ არსებული ინფორმაციის გათვალისწინებით შეგვიძლია განვაცხადოთ, რომ მთავრობის ახალი პროგრამა თეორიულად მისასაღმებელი ინიციატივაა, თუმცა მისი მასშტაბები, სიახლე და ქართულ სამედიცინო და სადაზღვეო სფეროში არსებული პრობლემები შესაძლოა მისი წარმატებული განხორციელების შემაფერხებლად იქცეს. ალბათ უპრიანი იქნებოდა თავიდან შედარებით ნაკლები

ზომის, საპილოტო პროგრამის მომზადება და განხორციელება, რაც დღეს უკვე მოქმედი პროგრამის უკეთ დაგეგმვის საშუალებას შექმნიდა. საბოლოოდ პროგრამის ეფექტიანობისა და ეფექტურობის შეფასების საშუალებას სახელმწიფოს მიერ შემოთავაზებული ვაუჩერებით მოსარგებლე პირთა შემდგომი კვლევა მოგვცემს.