KONRAD ADENAUER STIFTUNG

EAGLE EYE TALKS

EPRC
Economic Policy Research Center
ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი

კონრად ადენაუერის ფონდი (KAS) და ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (EPRC)

#KAS #EPRC

ეკონომიკური არენა - EAGLE EYE TALKS

ჯანდაცვის რეფორმა

ახალი ინიციატივა

სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები?

სარჩევი

ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვა 5

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობები 7

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ნაკლოვანებები 8

რეკომენდაციები 13

ნინო მირზიკაშვილი

2019 წელს კონრად ადენაუერის ფონდმა (KAS) და ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრმა (EPRC) დააფუძნეს ეკონომიკური დისკუსიების პლატფორმა, KAS EPRC ეკონომიკური არენა. პლატფორმა არის გრძელვადიანი ინიციატივა, რომლის მიზანია მოხდეს ეკონომიკურ და სოციალურ თემებზე კვლევაზე დაფუძნებული დისკუსიის ინიცირება. KAS EPRC ეკონომიკური არენა შესაძლებლობას მისცემს საკითხზე მომუშავე მხარეებს წარმოადგინონ არგუმენტირებული პოზიციები ეკონომიკური პოლიტიკის აქტუალურ თემებზე და მოხდეს მათი განხილვა ექსპერტული პოზიციებიდან. ინიციატივის ერთ-ერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენს დისკუსიის შემდეგ, პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავება, რომელიც გააერთიანებს დისკუსიის დროს წარმოდგენილ პოზიციებს და არგუმენტირებულ მოსაზრებებს და შეიმუშავებს რეკომენდაციებს გადაწყვეტილების მიმღები პირებისთვის.

პლატფორმის ფარგლებში, 2019 წლის 17 დეკემბერს გაიმართა დისკუსია სახელწოდებით: „ჯანდაცვის რეფორმა - სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები?“, რომელიც ეძღვნებოდა საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმას. დისკუსიას მოდერირება გაუწია ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრის (EPRC) აღმასრულებელმა დირექტორმა, ნინო ევგენიძემ. მომხსენებელთა შორის იყვნენ: თამარ გაბუნია - მინისტრის პირველი მოადგილე, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინიტრო, ლევან კობერიძე - საქართველოს პარლამენტის წევრი, ანდრია ურუშაძე-საერთაშორისო ექსპერტი, ნინო მირზიკაშვილი - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსულტანტი და ღია საზოგადოების ფონდის აღმასრულებელი საბჭოს წევრი.

წინამდებარე პოლიტიკის დოკუმენტი, სწორედ საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმას ეძღვნება, წარმოადგენს სისტემის ზოგად მიმოხილვას, მომხრე და მოწინააღმდეგე მხარეების მიერ დისკუსიის დროს წარმოდგენილ არგუმენტირებულ პოზიციებს და შემაჯამებელ რეკომენდაციებს.

ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვა

საუკეთესო ჯანმრთელობის მდგომარეობა მეტად მნიშვნელოვანია მოსახლეობის კეთილდღეობისა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრი ქვეყნების და მათ შორის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მთავარ მიზნებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მათი ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება, არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენება და ჯანდაცვის საჭიროებებზე დროული რეაგირება წარმოადგენს.[1]

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არაერთი რეფორმა გატარდა. 2006 წლიდან მთავრობამ გაატარა ბაზარზე ორიენტირებული რეფორმები. სახელმწიფო დაფინანსება პრიორიტეტული გახდა მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით. სახელმწიფო პროგრამებით სამედიცინო დაწესებულებების პირდაპირი დაფინანსება ჩაანაცვლა სადაზღვევო და სამედიცინო ვაუჩერებით დაფინანსების მოდელმა. მთავრობის დადგენილებით დამტკიცდა სადაზღვევო პირობები და კომპანიების მონაწილეობის პირობები. პირველ წლებში ვაუჩერის მფლობელი მოქალაქე თავად ირჩევდა სადაზღვევო კომპანიას და სადაზღვევო ვაუჩერის ღირებულებას, ანუ სადაზღვეო პრემიას ანაზღაურებდა სააგენტო. პრემიის გადახდა ხდებოდა სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე დაზღვევის შესახებ კანონის შესაბამისად. ერთი სახელმწიფო შემსყიდველის სისტემა შეცვალა კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე დამყარებულმა სისტემამ. 2012 წლის ბოლოსთვის საქართველოს 1 200 000 - მდე მოქალაქეს ჰქონდა სამედიცინო დაზღვევა, აქედან 850 000 -მდე მოქალაქეს ბიუჯეტის მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევა.

2007 წელს დაიწყო ახალი ინიციტივა - ჰოსპიტალური სექტორის განვითარება. ჰოსპიტალური განვითარების გენერალური გეგმის ფარგლებში თითქმის მთლიანად განახლდა სამედიცინო ინფრასტრუქტურა და მოხდა სამედიცინო სერვისის მომწოდებელთა უმეტესი ნაწილის განკერძოება, ნაწილის სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელით, და ნაწილის პირდაპირი პრივატიზაციის ფორმით. ამ წლებში სამედიცინო ინფრასტრუქტურაში განხორციელებულმა კერძო ინვესტიციამ 500 მლნ აშშ დოლარზე მეტი შეადგინა.

ჯანდაცვის დაფინანსება გაიზარდა 80 მლნ ლარიდან 380 მლნ ლარამდე. მნიშვნელოვნად შემცირდა არალეგალური გადახდების წილი 67%-დან 6%-მდე და ზოგადად კორუფციის დონე ჯანდაცვის სექტორში. ჯიბიდან გადახდები შემცირდა 90% -დან 75% -მდე.

აღსანიშნავია, რომ 2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოველთაო მოცვით, და თითოეული მოქალაქისათვის შეიქმნა ჯანდაცვის უფლებით უნივერსალური სარგებლობის ფუნდამენტი.[2]

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. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისგან განსხვავებით, სხვა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები ახორციელებდნენ, რომელთა ბენეფიციარებს წარმოადგენდნენ მხოლოდ სოციალურად დაუცველები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები, შშმ ბავშვები და მკვეთრად გამოხატული შშმ პირები. 2014 წელს ყველა სხვა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა გაუქმდა და მათი მოსარგებლე მოქალაქეებიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდნენ. შესაბამისად, კერძო სადაზღვევო კომპანიები ამ პერიოდიდან უკვე აღარ მონაწილეობდნენ სახელმწიფო პროექტებში.

---

1 ჯანმრთელობის ეროვნული მოხსენება, 2015წ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

2 საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა, 2017 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო იხდიდა ნოზოლოგიის (დაავადების) 70%, (ზოგ შემთხვევაში 80% ან 90%) ხოლო სოციალურად დაუცველი მოქალაქეებისთვის – 100 %. დარჩენილ თანხა 30%, თანაგადახდის სახით პაციენტის გადასახდელი იყო. მნიშვნელოვნია, რომ 2017 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა, რითაც შეიცვალა სამიზნე ჯგუფები და დაფინანსების პირობები. მოსარგებლეების დაყოფა განხორციელდა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით (ცვლილება არ შეეხო მიზნობრივ ჯგუფებს (სოციალურად დაუცველებს, ასაკით პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, სტუდენტებს, პედაგოგებს, ვეტერანებს და სხვა)). თუმცა, იმის გამო, რომ ყველა კლინიკას ჰქონდა თავისი ტარიფი და სახელმწიფო არ არეგულირებდა პაციენტის ჯიბიდან გადასახადის მოცულობას, პაციენტს სხვადასხვა სამედიცინო ორგანიზაციასთან თანაგადახდის გადახდა უწევდა სხვადასხვა ოდენობით. ზოგიერთ შემთხვევაში თანაგადახდის მოცულობა ძალიან სოლიდური თანხა იყო და ტვირთად აწვებოდა პაციენტს. აღნიშნული ქმნიდა სისტემის გამჭვირვალობის პრობლემას.

სტატისტიკური ინფორმაციით, 2011-წლიდან 2018 წლის ჩათვლით კლინიკების რაოდენობა 229-დან 273-მდე გაიზარდა[3]. ჭარბი სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, ხშირ შემთხვევაში, მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინების გარეშე იქმნებოდა. კლინიკების რაოდენობის ასეთი სწრაფი ზრდა თავიდანვე არასწორად დაგეგმილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შედეგი იყო. მთავრი პრობლემა კი ჯანდაცვაზე მზარდი ფინანსებია, კერძოდ, საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტის ყოველწიური მატება.

2012 წელს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების (მათ შორის ჯანმრთელობის დაზღვევა) ჯამური დაფინანსება 332 მლნ ლარს შეადგენდა. ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება ყოველწლიურად მზარდია და 2019 წელს მილიარდ ლარს აჭარბებს. მისი უდიდესი წილი, 70%-ზე მეტი, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯებია. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდების წილი შემცირდა. თუმცა, 2017 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის დანახარჯების დაახლოებით 55%-ს მოსახლეობა კვლავ საკუთარი ჯიბიდან იხდიდა.

მიუხედავად ბოლო წლებში ჯანმრთელობაზე დანახარჯების მნიშვნელოვანი ზრდისა, არსებული მონაცემებით, ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის, საქართველო ჯერ კიდევ ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა სახელმწიფო ჯანდაცვაზე დანახარჯის წილით როგორც მთლიან ჯანდაცვაზე დანახარჯებში (2017 – 38%), ასევე მშპ-სა (2017 – 2.9%) და სახელმწიფო ბიუჯეტში (2017 – 10%).[4]

2019 წლის 28 ოქტომბერს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრმა ეკატერინე ტიკარაძემ სამედიცინო საზოგადოებას გააცნო ჯანდაცვის მიმართულებით დაგეგმილი რეფორმა: „მხოლოდ ერთობლივი სწორი ნაბიჯების დროა“. აღნიშნული რეფორმა რამდენიმე მიმართულებას მოიცავს.

კერძოდ: ***ანაზღაურების ახალ სისტემაზე გადასვლა***, რაც ითვალისწინებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიწოდებული სერვისების ტარიფების გათანაბრება.

მეორე მნიშვნელოვანი მიმართულებაა ***ტელემედიცინის დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე,*** რაც მოიცავს პირველად ჯანდაცვის დონეზე ტელემედიცინის განვითარებას.

3 ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი 2018, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

4 ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშები, 2017, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

აღნიშნული რეფორმის ფარგლებში ყურადღება გამახვილდა ***სამედიცინო განათლებაზე,*** კერძოდ, რეფორმა მიზნად ისახავს საუნივერსიტეტო კლინიკების გაძლიერებას, რეზიდენტების წახალისებას და მათ საზღვარგარეთ გაგზავნას წამყვან კლინიკებში სახელმწიფოს ხარჯზე. ასევე, გაგრძელდება იმ დარგების მხარდაჭერა, რომელშიც სამედიცინო კადრების დეფიციტია. „ადამიანურ კაპიტალში დიდი ინვესტიცია“ არის რეფორმის ერთ-ერთი მიმართულება.

რეფორმა შეეხება ***მედიკამენტების საკითხსაც,*** რადგან სწორედ ამ კომპონენტზე მოდის ჯიბიდან გადახდების ყველაზე დიდი მაჩვენებლი. მინისტრი აცხადებს რომ, უნდა არსებობდეს სტრატეგია, რომელიც შეეხება ფასების დარეგულირებას და მედიკამენტების ჭარბად დანიშვნის კონტროლს. ასევე, ხარისხის კომპონენტში აქცენტი გაკეთდება წამლის რეგისტრაციაზე.

ასევე, რეფორმის ფარგლებში ყურადღება გამახვილებულია ***ინფრასტრუქტურულ პროექტებზე,*** რაც მოიცას ამბულატორიების მშენებლობა- რეაბილიტაციას.

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოსახლეობას გაუჩნდა მნიშვნელოვანი სოციალური გარანტიები. თუმცა, პროგრამის მასშტაბებმა გააჩინა რისკები, რომლებიც დაკავშირებული იყო: სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების ზრდასთან; პროგრამის ეფექტურ მართვასთან; კერძო სადაზღვევო ბიზნესის განვითარებასთან. როგორც უკვე აღინიშნა, ამ პროგრამის მეშვეობით მოსახლეობის ბაზისური ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა მოხდა. ცალსახაა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმამ უზრუნველყო ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება: კერძოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა ნახევარზე მეტი (51.4%) მანამდე დაზღვეული არ ყოფილა. 2010 წელთან შედარებით, 2017 წელს ავადმყოფობის გამო მოსახლეობა უფრო ხშირად აკითხავდა ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელს და შემცირდა თვითმკურნალობაზე გაწეული ხარჯები.

ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევის თანახმად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ შეამცირა სერვისებზე ფინანსური ბარიერები, განსაკუთრებით ჰოსპიტალურ სერვისებზე, ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაიზარდა მედიკამენტებსა და ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე. 2017 წელს მოსახლეობის 82% ეძებდა სამედიცინო მომსახურებას, თუკი ავადმყოფობდა 6 თვის განმავლობაში, მაშინ როდესაც იგივე მონაცემი 2014 წელს იყო 79%. იმ პაციენტების რაოდენობა, ვინც აცხადებს, რომ სჭირდებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ ვერ მოხვდნენ საავადმყოფოში, შემცირდა, კერძოდ 2.2% 2014 და 1.2% 2017 წელს.

განახევრდა იმ პაციენტების წილი, რომლებიც ექიმთან ვიზიტის დროს მოელოდნენ კონსულტაციის ღირებულების გადახდას - შემცირდა 69.4%-დან 36.7%-მდე 2014 წელს, (2010 წელთან შედარებით) და 34.5%-მდე 2017 წელს.[5]

სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალურმა ხელმისაწვდომობამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯიბიდან დანახარჯები და გაზარდა ფინანსური დაცულობა. თუმცა, ჯიბიდან გადახდილი თანხები მაღალი რჩება ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში. მოსახლეობა კარგად არის ინფორმირებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ (მოსახლეობის 74% ინფორმირებულია) და გაუმჯობესდა ჯანდაცვის სისტემის მიმართ მომხმარებელთა გამოცდილება. 2017 წლის მონაცემებით მოსახლეობის 56% შეუძლია მივიდეს სამედიცინო დაწესებულებაში 15 წუთში (2014 წელს 49%); სტაციონარზე დანახარჯი წარმოადგენს 67 %, მაშინ როცა 25% აკუმულირებულია პირველად ჯანდაცვაში; მოსახლეობის დიდი ნაწილი პირდაპირ სტაციონარს აკითხავს (32% 2017 წელს, ხოლო 31% 2014 წელს) ვიდრე პირველად ჯანდაცვას.

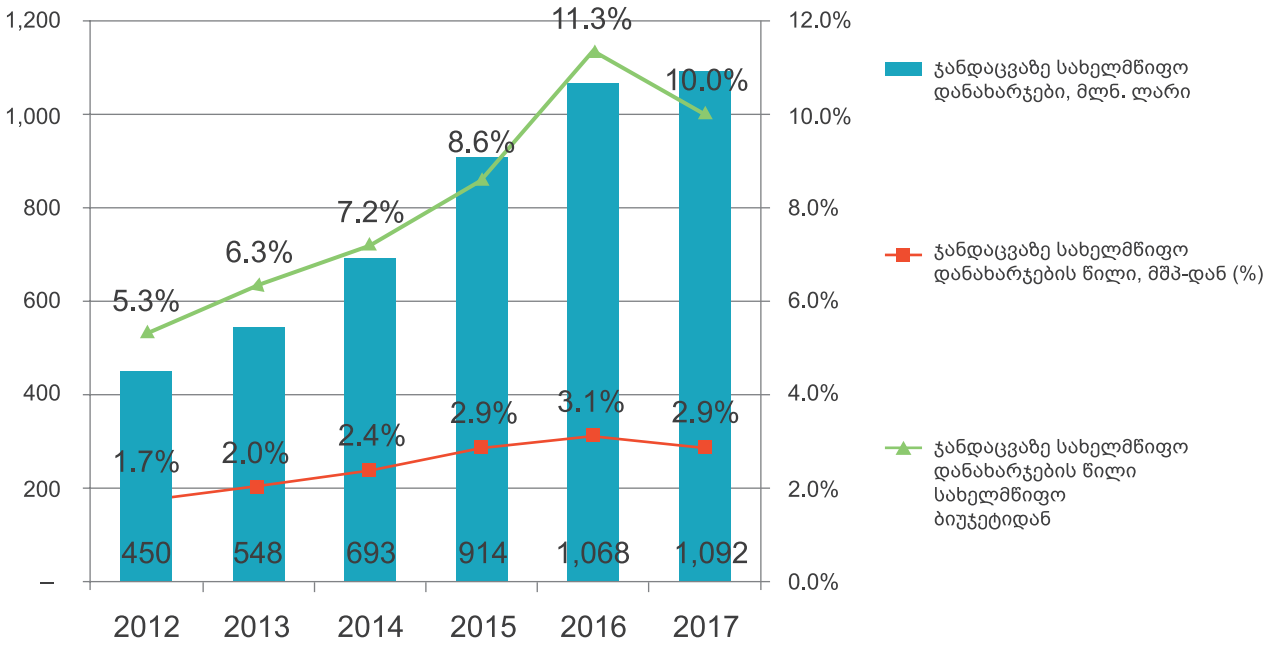
აღნიშნულის მიუხედავად, მნიშვნელოვანი ნაბიჯებია გადასადგმელი ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისათვის, ასევე ჯანდაცვით მომსახურების სრულ სპექტრზე ხელმისაწვდომობის ზრდისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით.

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ნაკლოვანებები

დაფინანსების პრობლემები - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან 6 წლის შემდეგ, მისი ფინანსური მაჩვენებლების და სხვა მონაცემების შესწავლით ნათლად გამოჩნდა, რომ პროგრამის შექმნისას არ იყო სათანადოდ გაცნობიერებული მოსალოდნელი რისკები, რომლებიც პროგრამის განხორციელებისსხვადასხვაეტაპზეიჩენდათავს.პროგრამასარგააჩნდასამოქმედოგეგმადასტრატეგია, რომელიც ხელს შეუწყობდა პროგრამის ეფექტურ და თანმიმდევრულ განვითარებას. პროგრამის არსებული ფორმით გაგრძელება დაკავშირებულია მთელ რიგ რისკებთან. მათ შორის: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე გაწეული ხარჯების ზრდის არსებული ტენდენცია წარმოშობს საფრთხეს, რომ სახელმწიფო ვეღარ უზრუნველყოფს პროგრამის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური რესურსის მოძიებას და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების საფასურის დროულ დაფარვას, რაც გამოიწვევს პროგრამის ფუნქციონირების შეფერხებას. ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების თანახმად, ნათელია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მკვეთრი ზრდა.

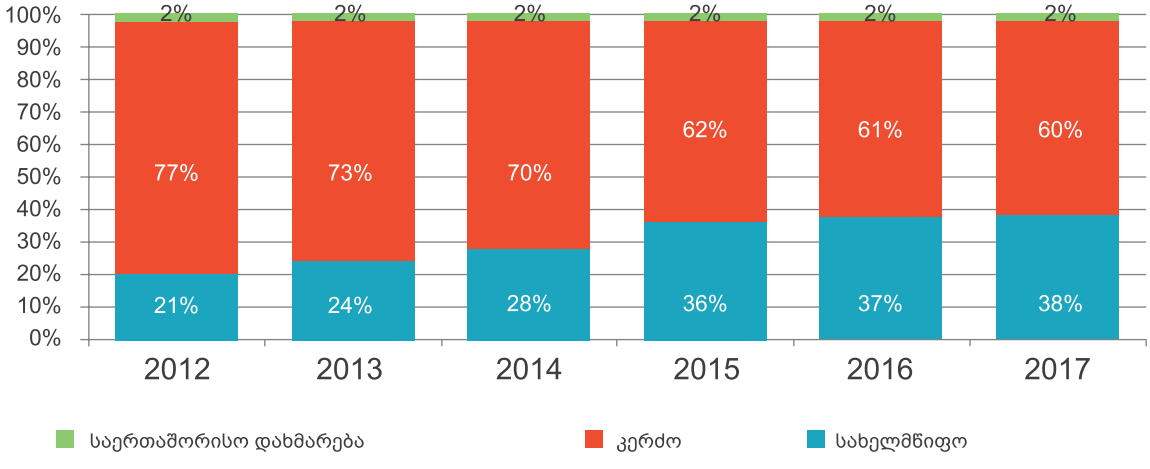
5 ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2018. World Bank,USAID, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები



ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშები 2001-2017

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა



ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშები 2001-2017

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა - გარდა დაფინანსების პრობლემების, პრობლემაა მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, კერძოდ, გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მიხედვით, საქართველოში ოჯახები ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 69%-ს მედიკამენტების შესაძენად ხარჯავენ. ზოგიერთი ოჯახის მიერ სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეულ ხარჯებს UNICEF კატასტროფულად მაღალს უწოდებს. კვლევა აჩვენებს, რომ 2017 წელს შინამეურნეობების დაახლოებით 27% აღნიშნა, რომ მედიკამენტების შეძენა მათთვის უმთავრესი პრობლემა იყო.[6]

ადამიანური რესურსები ჯანდაცვაში - ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ადამიანების რაოდენობით საქართველო სრულ ასიმეტრიაში მოდის ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით, რადგან: თითქმის ორჯერ მეტი ექიმი ყავს საქართველოს ვიდრე საშუალო ევროპულ ქვეყანას, ანუ დაახლოებით 10,000 ექიმით მეტი, თითქმის ორჯერ ნაკლები ექთანი (საშუალო სამედიცინო პერსონალი), ანუ დაახლოებით 12,500-ით ნაკლები.[7] ეს დისბალანსი კიდევ იმით მწვავდება, რომ არის საექიმო სპეციალობები, სადაც საქართველოს ექიმი არასაკმარისი რაოდენობით ჰყავს. მაგალითად: ფსიქიატარია, ფთიზიატრია-პულმონოლგია და ასე შემდეგ.

პირველადი ჯანდაცვა - 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ერთ-ერთი მიზანი იყო: (#36 დადგენილება) „ამბულატორიული მომსახურების გაზრდა ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების რაციონალიზაციის მიზნით“. მიუხედავად ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ნაკლებ აქცენტს აკეთებდა და აკეთებს პირველად ჯანდაცვასა და დაბალხარჯიან ამბულატორულ მომსახურებაზე, რაც თვით პროგრამის ძირითად მიზნებს ეწინააღმდეგება. ეს კი იწვევს გადაუდებელ სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯების ზრდას (უკვე არსებული მდგომარეობა ამ აზრს თვალნათლივ ადასტურებს), რაც სერიოზულ პრობლემებს შეუქმნის თავად პროგრამის განხორციელებას.

ამბულატორიულ მომსახურებაზე სახელმწიფო დანახარჯი გაორმაგდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ, თუმცა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯის წილი 2016 წლის შემდეგ ფაქტობრივად არ იცვლება და მთლიანი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის მხოლოდ მეოთხედს შეადგენს, ხოლო ჰოპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები მზარდია და 2015 წლიდან მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის დაახლოებით 2/3 შეადგენს. ამბულატორიული მიმართვიანობის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა 30%-ით და არ აჭარბებს 4 ვიზიტს წელიწადში (ეს მაჩვენებლი 2.5-ჯერ ნაკლებია საშუალო ევროპული ქვეყნის მაჩვენებელზე).

მაშინ როცა ამავე პერიოდში ძვირადღირებული ჰოსპიტალური სერვისების უტილიზაციამ მეტად მოიმატა და განსაკუთრებით გადაუდებელი ოპერაციების შემთხვევაში დაფიქსირდა სერვისების მოხმარების დაახლოებით 300%-იანი მატება.

აღსანიშნავია, რომ კაპიტაციური (ერთ სულ მოსახლეზე) დაფინანსების სისტემა არსებული სახით არაეფექტიანია და ეს ანაზღაურება 1.93 ლარის ოდენობით აბსოლუტურად არ არის საკმარისი იმ მომსახურების მისაწოდებლად, რომელიც ამ საფასურის ნაცვლად მოიაზრება.

ამას გარდა პარლამენტის მიერ დამტკიცებულ დოკუმენტში - “საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030” აღნიშნულია, რომ: „საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ელექტრონული სისტემის სხვა მრავალი კომპონენტის ტელემედიცინის, მობილური ჯანმრთელობის, ტელეპრევენციის, დისტანციური განათლების განვითარებისათვის აუცილებელია საკანონმდებლო და ტექნოლოგიური ცვლილებების გატარება და ევროკავშირის ანალოგიურ სისტემებთან ჰარმონიზებული ინტეროპერაბილური სისტემის შექმნა“.

6 მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა, გაეროს ბავშთა ფონდი 2017

7 კურაციოს კველვა: ჯანდაცვის ბარომეტი მეათე ტალღა 2017წ

„კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება პირველადი ჯანდაცვის დეფინიცია, სისტემის ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი და მარეგულირებელი გარემო, სუსტი უკუკავშირი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და ჰოსპიტალურ დაწესებულებებს შორის, მომსახურების ფრაგმენტულობა, ნაკლები ყურადღება დაავადებათა პრევენციაზე, მათ ადრეულ გამოვლენასა და მართვაზე. ქვეყნის დონეზე არაერთგვაროვანი და საკმაოდ განსხვავებულია პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის ხარისხი. ათწლეულია არ ჩატარებულა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების ინვენტარიზაცია“- ნათქვამია პარლამენტის მიერ მიღებულ სტრატეგიაში 2030 წლისათვის.

შესაბამისად, ბევრი პრობლემაა დაგროვილი, როგორც ჰოსპიტალურ ისე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სისტემის ბენეფიციარი არის მთელი მოსახლეობა, მათ შორის სამედიცინო პერსონალი და ჯანდაცვის სპეციალისტებიც. მათთან კომუნიკაციისა და კოორდინირებული მოქმედების გარეშე ნებისმიერი რეფორმის წარმატება ეჭვის ქვეშ დგება. აქედან გამომდინარე ღია დისკუსიები და განხილვები დარგის სპეციალისტებთან და ექსპერტებთან მეტად მნიშვნელოვანია.

ახალი რეფორმის ფარგლებში ***ანაზღაურების ახალ სისტამაზე გადასვლა*** მიმდინარეობს, რაც მოიცავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიწოდებული სერვისების ტარიფების გათანაბრებას. ამ დადგენილების მიზანია სამედიცინო დაწესებულებებმა, რომლებიც ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, კონკრეტული სამედიცინო სერვისები ერთიანი დადგენილი ტარიფით მიაწოდონ. სახელმწიფოს, როგორც შემსყიდველის ინტერესი არის - შეზღუდოს მზარდი დანახარჯი ჯანდაცვის სექტორში. ხშირ შემთხვევაში სახელმწიფო არის ერთადერთი გადამხდელი და აუცილებელია, ფასების რეგულირება, მაგრამ სახელმწიფო ნაკლებად თამაშობს მარეგულირებლის როლს და გვევლინება მომსახურების შემსყიდველად და, შესაბამისად, სახელმწიფო, როგორც შემსყიდველი, დაინტერესებულია ნაკლები გადაიხადოს.

სამინიტროს წარმომადგენლები აცხადებენ, რომ აღნიშნული რეგულაციები გაზრდის სამედიცინო სერვისებზემოსახლეობისფინანსურხელმისაწვდომობასმთლიანადსაქართველოში. კერძოდ,ტარიფების გათანაბრების შედეგად, როდესაც განსაზღვრულია ნოზოლოგიის ფასის ჭერი, პაციენტისათვის გასაგები იქნება ესა თუ ის მომსახურება რა ფინანსურ ვალდებულებასთანაა დაკავშირებული. შესაბამისად, არ იქნება განსხვავებული ფასები სხვადასხვა კლინიკებში. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო აპირებს საკმაოდ სოლიდური თანხების დაზოგვას. როგორც ჯანდაცვის მინისტრის პირველი მოადგილე აცხადებს: „რეანიმაციის სერვისისთვის ის დანაზოგი, რომელიც გათანაბრებით შეიძლება მივიღოთ, ესაა დაახლოებით, 30 მლნ ლარის ფარგლებში, რაც შეეხება კარდიოქირურგიის დარგს, აქ სახელმწიფოს მხარეს ძალიან მცირეა დანაზოგი, სადღაც 3 მლნ ლარი აქვს მოსალოდნელი დანაზოგი, თუმცა აქ მოსალოდნელია 11 მლნ ლარის დაზოგვა პაციენტების მიერ, რომელიც მოდის ჯიბიდან გადახდის წილზე და სხვადასხვა დანამატის ხარჯზე. მაგალითად, კონკრეტული ექიმის არჩევისთვის მისი ჰონორარი ან სხვა დამატებითი ხარჯი, რომელიც ჩვენ არგუმენტირებულად ვერ ჩავთვალეთ იმისთვის, რომ შეგვენარჩუნებინა ტარიფი“.[8]

ანაზღაურების ახალი სისტემის უპირატესობებს და ნაკლოვანებებს დრო გვიჩვენებს, თუმცა აღნიშნულ რეგულაციებს უფრო უარყოფითი ეფექტი ექნება ჯანდაცვის სისტემაზე და მომხმარებელზე, ვიდრე დადებითი.

კერძოდ, ზოგ შემთხვევაში სერვისების ფასი რეალურ ღირებულებაზე გაცილებით ნაკლებია, რაც, ცხადია, მიუღებელია კერძო სამედიცინო პროვაიდერებისათვის. კერძო მიმწოდებელები სამართლიანი და ადეკვატური ტარიფების დაწესებას მოითხოვენ, მაგრამ ტარიფების გათანაბრება თვითღირებულებაზე ნაკლები ფასით დაუშვებელად მიაჩნიათ. როგორც სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლები აცხადებენ: „#520 დადგენილებით შემოთავაზებული ტარიფები ხშირ შემთხვევაში უფრო ნაკლებია, ვიდრე სახარჯი მასალის ღირებულება და ამ ტარიფებით შეუძლებელია არათუ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, არამედ ზოგიერთი სერვისების მიწოდება საერთოდ შეწყდება“.

8 https://bm.ge/ka/article/ramdeni-mln-is-ekonomias-elodeba-tikaradzis-uwyeba-klinikebistvis-tarifebis-gatanabrebit/43942

არაადეკვატური ტარიფები საფრთხეს უქმნის მაღალტექნოლოგიური სერვისების განვითარებას. ნიშანდობლივია, რომ რეფორმა შეეხო მედიცინის ყველაზე უფრო განვითარებულ მაღალტექნოლოგიურ და მნიშვნელოვან სამედიცინო მიმართულებებს, როგორიცაა რეანიმაციული მომსახურება, კარდიოლოგია, კარდიოქირურგია, არითმოლოგია. შესაბამისად, სერვისების მიწოდების პრობლემა აღნიშნულ დარგებში შეიქმნება.

რაც მთავარია, #520 დადგენილებით საფრთხე ექმნება პირველ რიგში პაციენტებს, რომლებიც საერთოდ ვეღარ ისარგებლებენ მთელი რიგი სერვისებით, ხოლო რიგ სერვისებზე მნიშვნელოვნად შეეზღუდებათ წვდომა, რადგანაც ეს რეფორმა კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს ზოგიერთი სამედიცინო მიმართულებების არსებობას საქართველოში.

„რეგულირების შემოთავაზებული მოდელი სრულად ვერ პასუხობს ჯანდაცვის სფეროში არსებულ გამოწვევებს - უხარისხო და არასაჭირო მომსახურების მიწოდებას და შესაბამისად ბუნდოვანია სახელმწიფოს სტრატეგიული ხედვა და პრობლემის მოსაგვარებლად საჭირო კომპლექსური ნაბიჯების თანმიმდევრობა. სამედიცინო ხარჯების რეგულირება წარმოადგენს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთ კომპონენტს და ვერ იქნება ეფექტიანი ყოვლისმომცველი სტრატეგიული მიდგომის გარეშე“.[9]

9 ჯანდაცვის ადვოკატირების კოალიაცია 2019წ

რეკომენდაციები

- პირველ რიგში მნიშვნელოვანია აქტიური კომუნიკაცია სამედიცინო დარგის წარმომადგენლებთან, ჯანდაცვის ადგილობრივ და საერთაშორისო ექსპერტებთან რეფორმების დაგეგმვის ფაზაში პროცესების გამჭვირვალობის მიზნით, რაც ხელს შეუწყობს ყველა მონაწილე მხარეების აქტიურ ჩართულობას რეფორმის დაგეგმვასა და განხორციელებაში.

- ჯანდაცვის დაფინანსების სრულყოფილი სტრატეგიის შემუშავება. კერძოდ, დეტალურად განისაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც სრულად დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც დაბალანსებული იქნება რეალურ შესაძლებლობებთან. დაფინასების ისეთი სქემების შემოღება, როგორიცაა შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურება, სტრატეგიული შესყიდვის მექანიზმების ამუშავება, ხარჯების შეკავების სხვადასხვა მეთოდების (სელექტიური კონტრაქტირება, DRG) დანერგვა.

- ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

- კვლავ გამოწვევად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საქართველოში. ინფრასტრუქტურისა და საკადრო რესურსის თვალსაზრისით ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის არსებული მექანიზმები (ნებართვები, ლიცენზიები და სერტიფიცირების სისტემა) საჭიროებს სრულყოფას, განვრცობასა და მონიტორინგის მექანიზმების დახვეწას. დაწესებულებების დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის ხელშეწყობა.

- ჯანდაცვის სისტემა არ უნდა იყოს საარჩევნო ციკლზე დამოკიდებული, უწყვეტობა თანმიდევრობა, ეფექტურობა და მომსახურების ხარისხზე ფოკუსირება მეტად მნიშვნელოვანია.