თენგიზ ვერულავა

ჯანდაცვის პოლიტიკა



ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
2016

თენგიზ ვერულავა
ჯანდაცვის პოლიტიკა

რედაქტორები:

ლეილა კარიმი	ფსიქოლოგიისა და სტატისტიკის დოქტორი, ტრობეს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის სკოლის პროფესორი (ავსტრალია)
ოთარ გერზმავა	მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
რევაზ ჯორბენაძე	მედიცინის აკადემიური დოქტორი
გიორგი ხიშტოვანი	ეკონომიკის დოქტორი
პაატა იმნაძე	მედიცინის აკადემიური დოქტორი
ოთარ ვასაძე	მედიცინის აკადემიური დოქტორი
კახაბერ ჯაყელი	ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი

კორექტორი
ეკატერინე ელიავა

დამკაბადონებელი
სოფიო კევლიშვილი

ყდის დიზაინერი
თამარ ბასილია

© თენგიზ ვერულავა, 2016

პირველი გამოცემა

ISBN 978-9941-18-247-1

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა
ქაქუცა ჩოლოყაშვილის 3/5, თბილისი, 0162, საქართველო

ILLIA STATE UNIVERSITY PRESS
3/5 Cholokashvili Ave. Tbilisi, 0162, Georgia

სარჩევი

ავტორის შესახებ 7
წინასიტყვაობა 9

I თავი
ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები, ამოცანები 11
1.1. რა არის ჯანდაცვის სისტემა? 11
1.2. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები 12
1.2.1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდება 12
1.2.2. დაფინანსება 15
1.2.3. რესურსების შექმნა 16
1.2.4. ზედამხედველობა 17
1.3. ჯანდაცვის სისტემის მიზნები 20
1.4. ჯანდაცვის სისტემის შუალედური ამოცანები 23

II თავი
ჯანდაცვის დაფინანსება 25
2.1. ჯანდაცვის დაფინანსების მიზნები 25
2.2. ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციები 29
2.2.1. შემოსავლების შეგროვება (მობილიზაცია) 30
2.2.2. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელი 32
2.2.3. შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება) 34
2.2.4. შემოსავლების განაწილება 36

III თავი
სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობა 43
3.1. ჯანდაცვაზე ფინანსური ბარიერები 44
3.1.1. დაზღვევით მოცვა 44
3.1.2. დაზღვევა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა 48
3.1.3. მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა 49
3.1.4. ჯანმრთელობის დაზღვევა და ჯანმრთელობის შედეგები 55
3.1.5. არასრული დაზღვევა 56
3.2. ჯანდაცვის არაფინანსური ბარიერები 57

IV თავი
ჯანდაცვის ხარჯები 65
4.1. ჯანდაცვის ხარჯები და ჯანმრთელობის მაჩვენებლები 65
4.2. მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე მშპ მიხედვით 70
4.3. ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით 72

4.4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 73
4.5. კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე 81
4.6. სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების სტრუქტურა 83
4.7. ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის მიზეზები 87
4.8. ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავება 91

V თავი
სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია 103
5.1. რეგიონალური მოდელი 104
5.2. შერეული მოდელი 106
5.3. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ტიპები 110
5.4. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები 113

VI თავი
პირველადი ჯანდაცვა 123
6.1. პირველადი ჯანდაცვის არსი და როლი 123
6.2. პირველადი ჯანდაცვის მოდელის უპირატესობა 127
6.3. პირველადი ჯანდაცვის მოდელი 129
6.4. პირველადი ჯანდაცვის ქსელი 132

VII თავი
ჰოსპიტალური მომსახურება 145
7.1. ჰოსპიტალური რეფორმების I გეგმა 145
7.2. ჰოსპიტალური რეფორმების II გეგმა 148
7.3. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების III გეგმა 149
7.4. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მაჩვენებლები 153
7.4.1. საავადმყოფობის რაოდენობა და საწოლთა ფონდი 153
7.4.2. საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები 158

VIII თავი
ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურება 163
8.1. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების განვითარება 163
8.2. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების სერვისები 164
8.3. ხანგრძლივი მომსახურების პროვაიდერები 167
8.4. შინმოვლის სერვისები საქართველოში 171
8.5. შინმოვლის სერვისების დაფინანსება 175

IX თავი
ადამიანური რესურსები 181
9.1. სამედიცინო პერსონალი 181
9.2. სამედიცინო განათლება 194

X თავი
დაავადებათა პრევენცია 207
10.1. პირველი ეპიდემიოლოგიური რევოლუცია 207
10.2. მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუცია 208
10.3. პრევენციის სახეები 210
10.4. თამბაქოს მოხმარება 212
10.5. ფიზიკური აქტივობა 215
10.6. ჯანსაღი კვება 218
10.7. ჭარბი წონა 220
10.8. ალკოჰოლის მოხმარება 220
10.9. გულსისხლძარღვთა დაავადებების კო-მორბიდული რისკ-ფაქტორების მართვა 222
10.10. სიმსივნეების პრევენცია 223

XI თავი
სამედიცინო მომსახურების ხარისხი 227
11.1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის არსი 227
11.2. სამედიცინო მომსაურების ხარისხის კონცეფციის განვითარება 230
11.3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ძირითადი კომპონენტები 233
11.4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მოქმედი ფაქტორები 238
11.5. პაციენტის უსაფრთხოება 239
11.6. მტკიცებულებებზე დამყარებული კლინიკური პრაქტიკა 250
11.7. მოსახლეობის კმაყოფილების დონე 255

XII თავი
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა 261
12.1. სოციალური დაზღვევის ძირითადი თავისებურებები 261
12.2. მოსახლეობის მოცვა 262
12.3. სამედიცინო ფონდების ორგანიზაცია 265
12.4. შენატანები – განაკვეთი, ზღვარი, დამატებითი შენატანები 271
12.5. ფონდების არჩევის უფლება 274
12.6. სარგებლის პაკეტი 277
12.7. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის რეგულირება 278
12.8. შენატანების შეგროვება 281
12.9. რისკების გაერთიანება და ფონდებს შორის განაწილება 282
12.10. სოციალური დაზღვევის ძლიერი და სუსტი მხარეები 284

XIII თავი
ზოგადი გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსება 291
13.1. სემაშკოს მოდელის თავისებურებები 291
13.2. ჯანდაცვის ბევერიჯის სისტემა 296
13.3. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის თავისებურებები 312

XIV თავი
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა 315
14.1. ინერციის პერიოდი – 1989-1995 წლები 315
14.2. რეფორმების პირველი პერიოდი – 1995-2003 წლები 319
14.3. რეფორმების მეორე პერიოდი – 2004-2012 წლები 329
14.4. რეფორმების მესამე პერიოდი – 2013 წლიდან დღემდე 339

XV თავი
ჯანდაცვის ლიბერალური მოდელი 347
15.1. ძირითადი თავისებურებანი 347
15.2. კერძო სამედიცინო დაზღვევა 355
15.2.1. დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა 356
15.2.2. ინდივიდუალური დაზღვევა 361
15.3. სახელმწიფო პროგრამები 361
15.3.1. მედიქეა 364
15.3.2. მედიქეიდის პროგრამა 371
15.3.3. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა 374
15.3.4. ვეტერანების და მათი ოჯახების სამედიცინო მომსახურება 376
15.3.5. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება 376
15.4. ჯანდაცვის დანახარჯები 377

XVI თავი
სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა 397
16.1. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის პრინციპები 399
16.2. სინგაპურის მედისეივის პროგრამა 403
16.3. კატასტროფული სამედიცინო ხარჯები 405
16.4. მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა 406
16.5. მედიშილდი 407
16.6. დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება 407
16.7. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემა 410
16.8. სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მაჩვენებლები 412

ავტორის შესახებ

თენგიზ ვერულავა – დაიბადა 1966 წლის 11 იანვარს მარტვილის რაიონში, დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი (1990 წ.), თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საერთაშორისო ბიზნესის ფაკულტეტი (2000), დიდი ბრიტანეთის იორკის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომიკის ცენტრი (1997 წ.). 1998 წელს გაიარა სტაჟირება მაგდებურგის სამედიცინო დაზღვევის კომპანიაში (გერმანია); 2000 წელს – სამედიცინო დახმარების ხარისხის მართვის, ჯანდაცვის დაფინანსების, ხარჯების შეკავებისა და ბიუჯეტირების კურსი (უტრეხტი ნიდერლანდები); 2007-2008 წლებში – ჯანდაცვის ეკონომიკისა და დაზღვევის, ფინანსური სტრატეგიის, რისკის მენეჯმენტის, მართული ჯანდაცვის კურსები (სკრენტონის უნივერსიტეტი. აშშ); 2011 წელს – ანდერაითინგის კურსი (ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტი. USAID). 2001 წელს მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის წოდება, 2006 წლიდან მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი.

სამედიცინო ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ წლების მანძილზე მუშაობდა ქ. სენაკის ბავშვთა და რაიონულ საავადმყოფოებში. 1996-2007 წლებში მუშაობდა ჯერ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის, შემდეგ კი სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის სამეგრელო-ზემო სვანეთის ფილიალის უფროსად, 2007 წ. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს მრჩევლად, 2006 წლიდან – საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის ჯანდაცვის ეკონომიკისა და დაზღვევის დეპარტამენტის უფროსად. 2007-2009 წლებში – სასჯელაღსრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს პენიტენციალურ სისტემაში ჯანდაცვის რეფორმირების პროექტის მთავარი კოორდინატორი; „ავერსის დაზღვევის“ სადაზღვევო პროდუქტების შექმნისა და გადაზღვევის სამსახურის უფროსი; 2015 წლიდან აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის უფროსი.

1999 წლიდან ეწევა სამეცნიერო-პედაგოგიურ მოღვაწეობას. 2003 წელს გამოაქვეყნა ჯანდაცვის ეკონომიკის პირველი საუნივერსიტეტო სახელმძღვანელო. 2005-2011 წლებში საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომიკის და დაზღვევის კათედრის უფროსი, სრული პროფესორი; 2011 წელს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის დეკანი; 2013 წლიდან ილიას

სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლის დირექტორი, სამაგისტრო და სადოქტორო პროგრამების „ჯანდაცვის პოლიტიკა და მენეჯმენტი“ და „სადაზღვევო საქმე“ ხელმძღვანელი; 2010-2012 წლებში საქართველოს ახალი ეკონომიკური სკოლის სამეცნიერო ჟურნალის „თავისუფლების ბიბლიოთეკა“ მთავარი რედაქტორი, 2015 წლიდან სამეცნიერო რეფერირებადი ჟურნალის „ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა“ მთავარი რედაქტორი.

გამოცემული აქვს წიგნები: „ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები ნიდერლანდებში“ (2000), „ჯანდაცვის სისტემა ირანის ისლამურ რესპუბლიკაში“ (2000), „Health care system in Georgia“ (2001), „ჯანდაცვის ეკონომიკა“ (2003), „ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა“ (2009). გამოქვეყნებული აქვს 70-მდე სამეცნიერო ნაშრომი როგორც ქართულ ასევე საერთაშორისო რეფერირებად სამეცნიერო ჟურნალებში.

სამეცნიერო საქმიანობასთან ერთად ეწევა ლიტერატურულ მოღვაწეობას. პირველი მოთხრობა გამოაქვეყნა 1984 წელს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ლიტერატურულ ჟურნალ „პირველ სხივში“. მოთხრობები იბეჭდებოდა ლიტერატურულ ჟურნალში „ცისკარი“. გამოცემული აქვს წიგნები: „გონების ოდისეა“ (1999), „გრანელი“ (2009), „პიკასო“ (2001), Picasso (2002).

მონაწილეობა მიღებული აქვს მრავალ საერთაშორისო კონგრესებზე და სიმპოზიუმებზე (ნიდერლანდები, გერმანია, დიდი ბრიტანეთი, ესპანეთი, საფრანგეთი, ჩინეთი, ირანი, სასომხეთი, რუსეთი). 2001 წლიდან ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის (IHEA) წევრია. გამოქვეყნებული აქვს მრავალი სტატია წამყვან ჟურნალებში. როგორც კონსულტანტი და მკვლევარი თანამშრომლობს სხვადასხვა ორგანიზაციებთან ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკის, ჯანმრთელობის დაზღვევის საკითხებზე.

ჰყავს მეუღლე და ქალ-ვაჟი.

წინასიტყვაობა

ყოველი ცივილიზებული ქვეყნის სურვილია საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. ამოცანა მდგომარეობს ეროვნული შემოსავლის თუ რა მოცულობა შეგვიძლია დავხარჯოთ ჯანდაცვაზე, როგორ ეფექტურად გავანაწილოთ იგი შეზღუდული რესურსების პირობებში.

ჯანდაცვის პოლიტიკის, როგორც დისციპლინის მნიშვნელობა განსაკუთრებით გაიზარდა უკანასკნელ პერიოდში, რადგანაც ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პერიოდში სისტემის მმართველი წრეები მრავალი პრობლემის წინაშე დადგნენ. შეიძლება ითქვას, არსად მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემაში ასეთი სწრაფი ტემპებით არ ხდება ცვლილებები, როგორც საქართველოში, სადაც აგერ უკვე ათეულ წელზე მეტია მიმდინარეობს ძირეული რეფორმირების პროცესი. რეფორმების მსვლელობისას მრავალი კითხვები ისმება, რომლებიც მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მუშაკებისათვის, სისტემის მენეჯერებისათვის და რომელთაც შეისწავლის ჯანდაცვის პოლიტიკა.

ცხადია, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის წინაშე დასმული ამოცანების გადაწყვეტა შეუძლებელია კარგად განსწავლული კადრების გარეშე, რომელთა საფუძვლიანი მომზადება მწვავე პრობლემას წარმოადგენს. აღნიშნულის ერთ-ერთ მიზეზს ქართულ ენაზე საჭირო სასწავლო და მეთოდური ლიტერატურის აშკარა ნაკლებობა წარმოადგენს. წარმოდგენილი სახელმძღვანელოს უმთავრესი მიზანია ამ პრობლემის გადაწყვეტის ხელშეწყობა.

და ბოლოს, ჩემო კოლეგებო და ძვირფასო მკითხველებო, მადლიერი დაგრჩებით ნებისმიერი მოწოდებული შენიშვნისა და საქმიანი წინადადებისათვის, რომლებსაც უთუოდ გავითვალისწინებთ წიგნის შემდგომი გამოცემისას.

ავტორი

I თავი

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები, ამოცანები

1.1. რა არის ჯანდაცვის სისტემა?

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით ჯანდაცვის სისტემა არის „ყველა ის ღონისძიება, რომელთა უპირველესი მიზანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, აღდგენა და შენარჩუნება."[1]

2008 წელს ტალინში ჯანდაცვის სისტემებისადმი მიძღვნილ ევროპის რეგიონის მინისტრთა კონფერენციაზე წარმოდგენილ იქნა ჯანდაცვის სისტემის ახალი, შეჯერებული და უფრო დახვეწილი განმარტება, რომლის მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს:

- სამედიცინო მომსახურების (ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი)
  მიწოდებას – პირველად და მეორად პრევენციას, მკურნალობას, ზრუნვას და რეაბილიტაციას);
  სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის მიმართულ ქმედებებს: დაფინანსების, რესურსების ფორმირებისა და მართვის ფუნქციებს;
  მმართველობით ქმედებებს სხვა სექტორებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რელევანტურ ინტერვენციებზე გავლენის მიზნით, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა მათი პირველადი მიზანი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.[2]

ამგვარად, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი, სამედიცინო დაწესებულებები), პრევენციული ღონისძიებები (იმუნიზაცია, ოჯახის დაგეგმვა და ა.შ.), ფინანსური უზრუნველყოფა (დაგეგმვა, ადმინისტრირება, რეგულირება), საკადრო და ფიზიკური ინფრასტრუქტურა (სწავლება, სამედიცინო აღჭურვილობა და წამლები), სხვა მონაწილეები, რომლებიც განსაზღვრავენ სისტემის შედეგებს.

ჯანდაცვის სისტემის ზოგიერთი ზოგადი მახასიათებელია:

1 WHO. 2008. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. World Health Organization. გვ. 5.

2 იქვე.

კომპლექსურობა: ბევრი პროდუქტი, ბევრი მოთამაშე, კომპლექსური ურთიერთობები;
კონფლიქტი: სხვადასხვა მონაწილეს განსხვავებული მიზნები გააჩნია და ყოველთვის არაა „პოზიტიური ჯამი";
დაკავშირებულია სოციალურ კონტექსთან: ტექნოლოგიები განპირობებულია კულტურით, ისტორიით, ტრადიციებით და სოციალური ნორმებით;
პოლიტიკური სპეციფიკა: არსებული მდგომარეობა ასახავს ძალაუფლებას საზოგადობაში, ცვლილებები მოითხოვენ პოლიტიკურ პროცესებს.

1.2. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ თავის ნაშრომში „მსოფლიო ჯანმრთელობის მოხსენება 2000" წარმოადგინა ჯანდაცვის სისტემების მთავარი ფუნქციები და მიზნები[1]

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს წარმოადგენს:[2]

სამედიცინო მომსახურების მიწოდება (პერსონალური და საზოგადოებრივი);
ჯანდაცვის დაფინანსება:
შემოსავლების შეგროვება, მობილიზაცია;
შემოსავლების გაერთიანება (აკუმულირება, რისკის და რესურსების გაერთიანება);
რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა).
რესურსების ფორმირება;
სტრატეგიული მართვა

1.2.1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდება

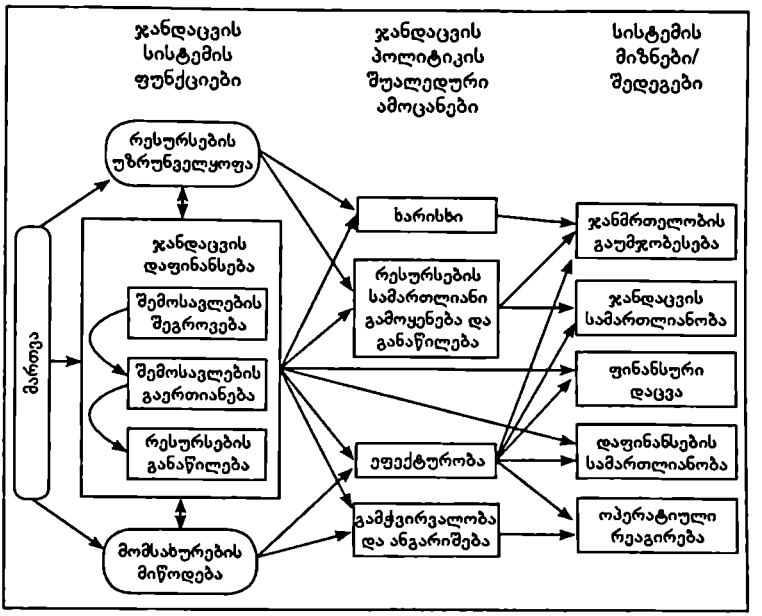
ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ფუნქცია არის სამედიცინო მომსახურების (სერვისები) მიწოდება. იგი იყოფა ორ დიდ კატეგორიად:

ჯანდაცვის პერსონალური სერვისები, რომლებიც მიეწოდება ინდივიდებს;
ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სერვისები, რომლებიც მიეწოდება მთელ მოსახლეობას ან გარკვეულ ჯგუფებს (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ჯანსაღი ცხოვრების წესი).

1 WHO. 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. გვ. 25.

2 იქვე.

ნახატი 1: ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციებს, ამოცანებსა და მიზნებს შორის კავშირი, ჯანმო 2000.



სამედიცინო მომსახურების კატეგორიებად დაყოფის მთავარ განმსაზღვრელ მომენტს წარმოადგენს თუ ვის მიეწოდება სერვისი, ინდივიდუალურ პაციენტს თუ მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს. ჯანდაცვის პერსონალური (ინდივიდუალური) სერვისები მოიცავს როგორც სამკურნალო ასევე პროფილაქტიკურ სამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სერვისები მთელი მოსახლეობისათვის ან მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისთვისაა განკუთვნილი. ჯანდაცვის საზოგადოებრივ სერვისებს განეკუთვნებიან: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსპექტირება (სანიტარიული ზედამხედველობა), თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებები...

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგიერთი სერვისები არის, როგორც პერსონალური (მაგ., თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა ან დიეტის კორექცია), ასევე მთელ მოსახლეობაზე გათვლილი (მაგ., სიგარეტის ბილბორდებზე გამაფრთხილებელი შეტყობინებები). იგივე შეიძლება ითქვას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთ სერვისებზე, როგორიცაა იმუნიზაცია და ტუბერკულოზის მკურნალობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ასევე მოიცავს ზოგიერთ ღონისძიებებს, რომლებსაც ახორციელებს არა ჯანდაცვის სამინისტრო, არამედ სხვა სამთავრობო ორგანიზაციები. ამის მაგალითია ხელისუფლების პოლიტიკა ალკოჰოლის და თამბაქოს შეძენაზე გადასახადის დაწესებაზე (თუმცა, საკამათოა, თუ რა არის ამ გადასახადების ძირითადი მიზანი – ჯანმრთელობის გაუმჯობესება თუ საბიუჯეტო შემოსავლების ზრდა).

მნიშვნელოვანია, თუ როგორ ხდება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზება და როგორ გავაუმჯობესოთ მიწოდებული სერვისების ხარისხი. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაცნობიერებას, მის გასაუმჯობესებლად გარკვეული სახის ცვლილებების განხორციელებას. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია შემდეგი ასპექტების გათვალისწინება:

(ა) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ავტონომიის ხარისხი. იგი გულისხმობს, თუ რამდენად აქვს სამედიცინო დაწესებულებას პერსონალის დაქირავება/გათავისუფლების უფლება, რამდენად დამოუკიდებლად შეუძლია განსაზღვროს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების დონე, რამდენად თავისუფალია კერძო და სახელმწიფო შემოსავლების გამოყენებაში და რამდენად აქვს ბიუჯეტის პოზიციებს (მუხლებს) შორის გადანაწილების თავისუფლება და ა.შ.;

(ბ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანგარიშგება, პასუხისმგებლობა. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანგარიშგების მექანიზმები მრავალგვარია (იერარქიული კონტროლი, ხელშეკრულებები);

(გ) უნდა იყოს თუ არა მიწოდება კონკურენტული? რამდენად არის პროვაიდერების კონკურენცია მათი შემოსავლების მიხედვით (დაფინანსების როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო წყაროები);

(დ) როგორია შემსყიდველსა (დამფინანსებელი) და მყიდველს შორის ურთიერთობა? აღნიშნულ მხარეებს შორის ურთიერთობა ინტეგრირებულია თუ ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელი, ანუ ორგანიზაციულად რამდენად დამოუკიდებელია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები მათი დამფინანსებლებისაგან (შემსყიდველი სააგენტოები), ან ინტეგრირებულია როგორც ერთი მთლიანი (როგორც მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების უმრავლესობა);

(ე) კერძო და სახელმწიფო. როგორია როგორც სახელმწიფო ასევე კერძო პროვაიდერების განვითარების მასშტაბი, და როგორაა უფრო მიზანშეწონილი?

1.2.2. დაფინანსება

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქცია არის დაფინანსება. მისი მიზანია დაფინანსების უზრუნველყოფა, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისათვის სწორი ფინანსური სტიმულების დადგენა, ყველასათვის ეფექტური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პერსონალური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.[1]

მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილს არ შეუძლია გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების ღირებულება, ან მისი მიღება განაპირობებს გაღარიბებას. ჯანდაცვის დაფინანსების მიზანია შეამციროს ან აღმოფხვრას ასეთი მდგომარეობა, ხელი შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას აქვს სამი ფუნქცია:

შემოსავლების მობილიზება და შეგროვება;
შემოსავლების გაერთიანება და აკუმულაცია;
მომსახურების შეყიდვა.

დაფინანსების წყაროების შეგროვება (შემოსავლების მობილიზაცია) – წარმოადგენს პროცესს რომლის მეშვეობით ჯანდაცვის სისტემა იღებს ფინანსურ სახსრებს ორგანიზაციებიდან, ინდივიდებიდან, შინამეურნეობებიდან და დონორებიდან.[2]

შენატანების შეგროვება ხორციელდება როგორც სავალდებულო (ზოგადი გადასახადები და სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები) ასევე ნებაყოფლობითი (ნებაყოფლობითი კერძო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები და ჯიბიდან გადახდა) გზით, აგრეთვე სესხისა და გრანტების სახით.

შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება) წარმოადგენს შეგროვებული შემოსავლების გაერთიანების და მართვის პროცესს, ავადმყოფობასთან დაკავშირებული კატასტროფული ხარჯებისგან პაციენტების დასაცავად მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადანაწილების საშუალებით.[3]

ფინანსური სახსრების მიმწოდებლებზე განაწილება (სერვისების შესყიდვა) გულისხმობს გაერთიანებული შემოსავლების სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე განაწილებას მათგან სერვისების შესყიდვის მიზნით. მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება მთელი მოსახლეობის ან მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისათვის.

---

1 WHO. 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. გვ. 95.

2 WHO. 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. გვ. 95.

3 იქვე. გვ. 96.

1.2.3. რესურსების შექმნა

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქცია არის რესურსების შექმნა (მობილიზება, ინვესტირება). იგი დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემაში შენატანების შექმნასთან. ჯანდაცვის სექტორში ინვესტიციებზე გადაწყვეტილებების მიღებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის სისტემის გრძელვადიანი სტრატეგიისათვის, რადგან ერთხელ გაკეთებული არჩევანის შედეგები შემდეგ რთულია შეცვალო. ეს გადაწყვეტილებები გავლენას ახდენენ მომავალში სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და დანახარჯებზე.

ჯანდაცვის სექტორში რესურსების შექმნა მოიცავს:

ადამიანური რესურსები: გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ყველა სახის პერსონალს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ინვესტიციები ჯანდაცვის ახალი პროფესიონალების მომზადებაში, ასევე, არსებული პერსონალის უწყვეტი განათლება;

ფიზიკური კაპიტალი, ინფრასტრუქტურა: სავაადმყოფოების, ამბულატორია-პოლიკლინიკების, სამედიცინო აპარატურის რაოდენობა და განაწილება და ა.შ., ასევე მნიშვნელოვანია ნაგებობებისა და მოწყობილობა-დანადგარების ტექნიკური მომსახურება და შენახვა;

მოხმარების საგნები, ხარჯვადი მასალები, სამედიცინო მასალები, მედიკამენტები: იგი მნიშვნელოვანია ფიზიკური და ადამიანური რესურსების ინვესტიციების პროდუქტიულობისათვის.

რესურსების შექმნის თვალსაზრისით ჯანდაცვის სისტემის საინვესტიციო პოლიტიკის საკვანძო საკითხებია:

1. ბალანსი – სწორი პროპორცია თითოეული კატეგორიის შეგნით და კატეგორიებს შორის. სწორი ბალანსის მიღება რთულია, მაგრამ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ამ მხრივ არსებობს რამდენიმე ასპექტი:

ა) სწორი პროპორცია თითოეული კატეგორიის შიგნით – ერთი კატეგორიის ფარგლებში, როგორიცაა ადამიანური რესურსები, აუცილებელია, რომ პროფესიონალთა სათანადო დონემ და რაოდენობამ გაიაროს მომზადება (სწორი პროპორცია). სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა სიჭარბე უარყოფითად ზემოქმედებს ჯანდაცვის სისტემაზე. ამ მხრივ, გასათვალისწინებელია ექიმების და ექთნების განაწილების სწორი თანაფარდობა.

(ბ) სწორი პროპორცია კატეგორიებს შორის – საჭიროა სხვადასხვა კატეგორიების სწორი თანაფარდობა (გამოცდილი პერსონალის, სხვადასხვა სახის სამედიცინო აპარატურის, ფიზიკური ობიექტების და მასალების ბალანსი). თუ ბალანსი არ არის სწორი. მაგ. პერსონალის და აღჭურვილობის არსებობის, მაგრამ მასალების (მაგ., რენტ-

გენის ფირი, ლაბორატორიული მასალები) არარსებობის შემთხვევაში ინვესტიციებს ექნება დაბალი პროდუქტიულობა. აღნიშული მიგვითითებს სწორი დაგეგმვის მნიშვნელობაზე.

2. ტექნოლოგიურ ცვლილებებთან ადაპტაცია (მისადაგება) – ტექნოლოგიური შეფასება. უახლოეს მიღწევებს ფარმაციის, მოწყობილობა-დანადგარების, სამედიცინო აპარატურის სფეროში აქვთ უდიდესი პოტენციალი. ჯანდაცვის სისტემებს უნდა შეეძლოს ასეთ ცვლილებებთან ადაპტირება, მაგრამ დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში ზოგიერთი ახალი ტექნოლოგიების ინვესტირება შეზღუდულია. ჯანმრთელობის პოლიტიკის ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქციაა ნებისმიერი ახალი ტექნოლოგიების (მათ შორის მედიკამენტების) დანახარჯებისა და ეფექტურობის შეფასების უზრუნველყოფა, რაც განიხილება როგორც გადაწყვეტილების მიღების საფუძველი.

3. ინფორმაციის წარმოება – რუტინულად განახლებადი ინვენტარიზაცია, რესურსების ნაკადების მონიტორინგი. ჯანდაცვის სისტემაში გადაწყვეტილებების მისაღებად აუცილებელია დარგში არსებული რესურსების (ადამიანური რესურსები, მოწყობილობა-დანადგარები) შესახებ საინფორმაციო მონაცემთა ბაზის წარმოება, რომელიც რეგულარულად განაახლდება (მაგ., ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების პერიოდული გამოქვეყნება).

4. დაგეგმვა და კოორდინაცია – პერიოდული ხარჯები და სხვა საკითხები, დაკავშირებული ფიზიკურ და ადამიანური კაპიტალის შესაძლო ინვესტიციებთან. მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემაში ახალი რესურსების შექმნაში ჩართული სხვადასხვა სამთავრობო და არასამთავრობო უწყებების კოორდინაცია. მაგალითად, ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების სისტემის მართვაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება ჯანდაცვის სამინისტროს, მაგრამ ჯანდაცვის ახალი პროფესიონალების წარმოებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება განათლების სამინისტროს. აუცილებელია, რომ ეს ორი სამინისტრო ახდენდნენ თავიანთი პოლიტიკის კოორდინაციას, რათა ჯანდაცვის პროფესიონალების მიწოდება შეესაბამებოდეს სისტემის მოთხოვნას.

1.2.4. ზედამხედველობა

ჯანდაცვის სისტემის მეოთხე მთავარი ფუნქცია არის „ზედამხედველობა," მართვა. იგი ახალი ტერმინია, რომელიც დაინერგა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2000 წლის მოხსენების მეშვეობით და ნიშნავს „საგულდაგულო და პასუხისმგებელ მართვას" მოსახლეობის კეთილდღეობისათვის. ზედამხედველობის ფუნქცია ყველაზე მეტად არის დაკავშირებული სახელმწიფოს მიერ პოლიტიკის განმსაზღვრელ როლთან.

ზედამხედველობა მოიცავს შემდეგ ფუნქციებს:

მოსახლეობის ინტერესების დაცვა, მთავრობის პასუხისმგებლობა;
ჯანმრთელობის პოლიტიკის ფორმულირება;
ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული მართვა;
ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციების უზრუნველყოფა;
ზეგავლენის გაძლიერება/გაფართოვება;
ჯანმრთელობაზე გარე ფაქტორების ზეგავლენასთან დაკავშირებული პოლიტიკა;
ინტერსექტორული თანამშრომლობა;
ცოდნის დაგროვება და გამოყენება;
ღონისძიებათა შესრულების მონიტორინგი და შეფასება აქტიური უკუკავშირით.

1) მართვა გულისხმობს მთავრობის პასუხისმგებლობას, მოვალეობას განახორციელოს განსაზღვრული ამოცანები.

2) ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმულირება და ჯანდაცვის სისტემის მომავალი განვითარების ხედვის განსაზღვრა. ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ფუნქციაა პოლიტიკის განსაზღვრა, რომელიც ხელს უწყობს სისტემის განვითარებას შესაბამისი მიმართულებით. ჯანდაცვის პოლიტიკა უნდა იყოს ყოვლისმომცველი, კომპლექსური და მოიცავდეს როგორც საჯარო, ასევე კერძო სექტორს. სახელმწიფო ახდენს თავისი ძალისხმევის კონცენტრირებას სათანადო მიმართულების შესაქმნელად და მისი განვითარების მონიტორინგს. იგი მიმართულია არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის ფარგლებში არამედ მის გარეთაც. ამ დროს აქცენტი კეთდება პოლიტიკის განსაზღვრაზე, სისტემის შექმნაზე, მის რეგულირებასა და სათანადო სტიმულების უზრუნველყოფაზე.

3) ჯანმრთელობაზე გარე ფაქტორების ზეგავლენასთან დაკავშირებული პოლიტიკა, ინტერსექტორული თანამშრომლობა – ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებს გარეთ არსებული ფაქტორები. მაგალითად, ეკონომიკური და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენა ჯანმრთელობაზე (მაგალითად, მასმედიის ხელმისაწვდომობა, კორუფცია, სოციალური სოლიდარობა, საბანკო სისტემა, და ა.შ.). ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ზეგავლენის მოახდინოს ამ ფაქტორებზე, რომლებიც არსებობენ ჯანდაცვის სისტემის საზღვრებს გარეთ. როგორც წესი, აღნიშნული ფუნქცია გულისხმობს ჯანდაცვის სამინისტროს საქმიანობას სხვა სახელმწიფო სტრუქტურებთან (მაგ. ფინანსთა სამინისტრო, სოფლის მეურნეობის სამინისტრო, ადგილობრივი მთავრობები). მისი მიზანია ჯანდაცვის საკითხებში მათი ჩართულობის წახალისება.

4) ცოდნის დაგროვება და გამოყენება, ღონისძიებათა შესრულების მონიტორინგი და შეფასება აქტიური უკუკავშირით – მნიშვნე-

ლოვანია ცოდნის დაგროვება და გამოყენება (ინფორმაცია და გაცნობიერება). იგი გულისხმობს, რომ ჯანდაცვის სექტორში არსებული პრობლემების გამოსავლენად და პოლიტიკის განხორციელების გასაანალიზებლად აუცილებელია მონიტორინგის სისტემის არსებობა. ამ მხრივ, ზოგიერთი საქმიანობა შეიძლება დელეგირებულ იქნას ჯანდაცვის სამინისტროს ფარგლებს გარეთ, მაგალითად, კვლევით ინსტიტუტებში, არასამთავრობო ორგანიზაციებში, ან უნივერსიტეტებში. გადაწყვეტილებები დამოკიდებულია ქვეყნის კონკრეტულ გარემოებებზე.

ჯანდაცვის მართვის პოლიტიკის მთავარი საკითხებია:

ლიდერობა, მართვა და კოორდინაცია;
ყოვლისმომცველი, კომპლექსური ხედვა;
ფრაგმენტაციისათვის თავის არიდება;
ეფექტური მართვა;
სარწმუნო და სასარგებლო საინფორმაციო სისტემები.

მართვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი საკითხია ***ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა ფუნქციების ეფექტიანი კოორდინაციის უზრუნველყოფა,*** ისეთი გარემოს შექმნა, რომელშიც სისტემის სხვადასხვა სფეროები იმუშავებენ ერთად, რათა ხელი შეუწყონ სექტორში საერთო მიზნების მიღწევას. იგი გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკურ ლიდერობას (ხედვის განსაზღვრა, კონსენსუსის მიღწევა, სექტორში სტრატეგიული გეგმების შემუშავება).

ყოვლისმომცველი, კომპლექსური პოლიტიკის უზრუნველყოფა, რომელიც ეხმიანება ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს, სტრატეგიული მართვას და ლიდერობას, სხვა სექტორებზე გავლენას, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ჯანმრთელობაზე. მნიშვნელოვანია, რომ პოლიტიკა მოიცავს არა მხოლოდ ჯანდაცვის სახელმწიფო, არამედ კერძო სექტორსაც.

მთავრობას აქვს ***ჯანდაცვის სექტორის მართვაზე სრული პასუხისმგებლობა.*** მიუხედავად იმისა, რომ კონკრეტული დავალებები შეიძლება დაეკისროს სხვა ორგანიზაციებსაც, აუცილებელია თავიდან იქნას აცილებული მრავალჯერადი ჯანდაცვის სისტემები სხვადასხვა მმართველებით, სექტორში კონტროლისათვის ბრძოლები (მაგ. ჯანდაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობის სოციალურ დაზღვევის ფონდს შორის. ან ჯანდაცვის სამინისტროსა და განათლების სამინისტროს შორის ადამიანური რესურსების საინვესტიციო პოლიტიკასთან მიმართებით).

ეფექტური მართვა არის ჯანდაცვის სექტორის „კარგი მმართველობის" სინონიმი. ეფექტური მმართველობა გულისხმობს: პოლიტიკის, პერსონალის და დაწესებულებების სტაბილურობას; პერსონალსა და მოსახლეობას შორის გამჭვირვალე და ეფექტური

კომუნიკაციის შენარჩუნებას; სამართლებრივი პროცესების მიმართ პატივისცემის შენარჩუნებას; ეფექტიანობაზე და ზედმეტი ბიუროკრატიისაგან თავისუფალი პოლიტიკის განხორციელებაზე აქცენტირებას; ისეთი გარემოს შექმნას, რომელიც ხელს უწყობს ინოვაციების და პოზიტიური ცვლილებების განხორციელებას.

და ბოლოს, ეფექტური მართვა მოითხოვს **საიმედო და სასარგებლო საინფორმაციო სისტემას.**

1.3. ჯანდაცვის სისტემის მიზნები

ჯანდაცვის სისტემის მიზნებს წარმოადგენენ:

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება;
ჯანმრთელობის სამართლიანობა, თანასწორობის პრინციპის დაცვა;
ფინანსური დაცვა (დაცვა ფინანსური რისკებისაგან);
დაფინანსების სამართლიანობა (ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება);
ჯანდაცვის სისტემის „გულისხმიერების" გაუმჯობესება – სისტემის უნარი, ოპერატიული რეაგირება მოახდინოს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებებზე (მოსახლეობის მოლოდინები, კონფიდენციალურობა, კომფორტი, ავტონომია, არჩევანი, ბაზისური პირობების ხარისხი, სოციალურ თანადგომაზე ხელმისაწვდომობა, კლიენტზე ორიენტირება);
არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენება.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გულისხმობს შესაძლებლობის ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას ადამიანის მთელი ცხოვრების პერიოდში.

ჯანმრთელობის სამართლიანობა გულისხმობს სამართლიანობის თვალსაზრისით ინდივიდებს, სოციალურ ჯგუფებს, რეგიონებს შორის განსხვავებების შემცირებას. მისი მიზანია ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. გარკვეულწილად, ჯანმრთელობის სამართლიანობისადმი მიდგომა განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით.

ფინანსური რისკისაგან დაცვა გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურებამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის გაღარიბება. მოსახლეობა დაცული უნდა იყოს ჯანდაცვის დანახარჯებით გამოწვეული ფინანსური რისკებისაგან. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა უნდა იყოს ისეთი, რომ საჭირო სამედიცინო მომსახურების მოსა-

ლოდნელმა ხარჯებმა არ განაპირობონ ინდივიდების ან მათი ოჯახების გაღატაკება. ჯანდაცვის სისტემამ ადამიანი არ უნდა დააყენოს ჯანმრთელობასა და ფინანსურ მდგომარეობას შორის არჩევანის წინაშე. ამ ამოცანის განხორციელების შესაფასებლად გამოიყენება სპეციალური მეთოდოლოგია, რომელიც ეყრდნობა შინამეურნეობის გამოკვლევის შემდეგი სახის მონაცემებს:

- შინამეურნეობის წილი, რომლებშიც სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯები „კატასტროფულ" დონეს აღწევს (ჯანდაცვაზე ხარჯები აღემატება ოჯახის საერთო ხარჯების განსაზღვრულ ზღვრულ სიდიდეს ან საარსებო მინიმუმს).
  ხარჯების დონე, რომელიც გაღარიბებას განაპირობებს, ანუ ჯანდაცვაზე ხარჯების გავლენა ღარიბთა რაოდენობაზე (იმ შინამეურნეობების წილი, რომლებიც აღმოჩნდნენ სიღარიბის ზღვარს ქვევით) ან „სიღარიბის სიღრმე" (ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო რამდენად დაშორდა შინამეურნეობა სიღარიბის ზღვარს).

დაფინანსების სამართლიანობა – ჯანდაცვის დანახარჯების ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ტვირთი (ყველა წყაროდან, მაგ., გადასახადები, ჯიბიდან გადახდები) სამართლიანად უნდა იყოს გადანაწილებული. სხვადასხვა ქვეყნებს განსხვავებული დამოკიდებულება აქვთ „სამართლიანობასთან", მაგრამ როგორც მინიმუმ, იგი ნიშნავს, რომ საერთო შემოსავალთან მიმართებით ღარიბის მიერ გადახდილი თანხა არ უნდა აღემატებოდეს მდიდრის მიერ გადახდილ თანხას. ყველა უნდა იყოს უზრუნველყოფილი „ძირითადი საჭიროებებით" (საკვები, ტანსაცმელი, თავშესაფარი), ხოლო დაფინანსების ტვირთის განაწილება გაანალიზებულ უნდა იქნას პიროვნების „დისკრეციული" შემოსავალთან მიმართებით.

ამგვარად, დაფინანსების სამართლიანობის უზრუნველყოფა მჭიდროდაა დაკავშირებული სოლიდარობასთან. აღნიშნული ამოცანის განხორციელება უნდა ატარებდეს მრავალმხრივ ხასიათს, კერძოდ, უნდა მოიცავდეს ჯანდაცვის ხარჯების ყველა წყაროს შესწავლას და მათ დამოკიდებულებას კონკრეტული შინამეურნეობის მიერ გაწეულ სამედიცინო დანახარჯებთან. სრული ანალიზის ჩასატარებლად აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების გამოვლენა. ფაქტიური მონაცემების მიხედვით, სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები, სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები) უფრო სამართლიან ხასიათს ატარებენ, ნაბაყოფლობითი გადასახადები (ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა) სამართლიანობის შედარებით დაბალი დონით

ხასიათდება, ხოლო ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენენ ყველაზე უფრო არასამართლიან ფორმას.

ჯანდაცვის სისტემის „გულისხმიერების" გაუმჯობესება (ჯანდაცვის სისტემისა და პიროვნება ურთიერთქმედება). სხვა მიზნებთან ერთად ჯანდაცვის სისტემა უნდა პასუხობდეს ადამიანების არასამედიცინო მოლოდინებსაც, კერძოდ, პიროვნების პატივისცემას და კლიენტზე ორიენტაციას.

პიროვნების პატივისცემა გულისხმობს ღირსების (პაციენტისათვის არადამამცირებელი), კონფიდენციალურობის (უფლება განსაზღვროს თუ ვის შეუძლია ჰქონდეს პირადი სამედიცინო ინფორმაციაზე წვდომა) და ავტონომიურობის (სამედიცინო მომსახურების თავისუფალი არჩევანის უფლება) პატივისცემას.

კლიენტზე ორიენტაცია გულისხმობს სწრაფ რეაგირებას ჯანმრთელობის საჭიროებებზე (გადაუდებელი მდგომარეობისას, სხვა შემთხვევებში მისაღები მოცდის დრო), ადექვატურ პირობებს (სუფთა საავადმყოფო, კარგი საკვები და ა.შ), სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევანის თავისუფლებას და „სოციალიზაციის" საშუალებას (მკურნალობის პერიოდში ოჯახთან და სხვა მნახველებთან შეხვედრის შესაძლებლობა).

ზოგადად, გულისხმიერება არის სუბიექტური. იგი შესაძლოა არ იყოს „პაციენტის კმაყოფილების" იდენტური. მნიშვნელოვანია გულისხმიერების სამართლიანობაც (მაგალითად არიან ადამიანები ან ჯგუფები, რომლებიც სხვებისგან განსხვავებით ნაკლებად მიმართავენ საავადმყოფოებს).

გულისხმიერი ჯანდაცვის სისტემა არის ის, რომელიც:

სწრაფად და ადვილად ხელმისაწვდომია;
არ გაცდევინებს;
ჰყავს მეგობრული და პატივისმცემელი პერსონალი;
უზრუნველყოფს კვლევების და მკურნალობის დროს თქვენს პრივატულობას;
არის გამჭვირვალე და გასაგები, მათ შორის პროვაიდერებიც გაძლევენ საკმარის დროს შეკითხვებისათვის და გასაგებად გიხსნიან ყველაფერს.

არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენება გულისხმობს მაქსიმალური შედეგების მიღწევას არსებული ხელმისაწვდომი რესურსების ფარგლებში.

მიზნების „გაშინაურება." მიზნები არის ზოგადი, მოსარგები ყველა ქვეყნისათვის. თვითოეული მიზნის მნიშვნელობა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში. მიზნების ეს ზოგადი ჩარჩო ქმედითი ხდება, როდესაც ქვეყნები „თარგმნიან" მათ სპეციფიურ ამოცანებად და შემდგომ სახავენ პრიორიტეტებს ამ მიზნებს შორის.

სისტემის გამჭვირვალობის და ანგარიშგების დონის ამაღლება გულისხმობს ყველა მხარეების მიერ მოსახლეობის ვალდებულებების და უფლებების გაგებას. იგი ასახავს სახელმწიფოს პასიხისმგებლობას მოსახლეობის მიმართ. ამასთან დაკავშირებით, სახელმწიფო პერიოდულად უნდა ახდენდეს მოსახლეობის მიმართ ანგარიშგებას, კერძოდ, პრაქტიკაში თუ როგორი ხარისხით სრულდება მის მიერ აღებული ვალდებულებები. გამჭვირვალობასთან პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურებისთვის არაფორმალური გადახდის დონე, ანუ პაციენტის მიერ მომსახურების მიმწოდებლებისათვის ფულის პირდაპირი, სალაროს გარეშე გადახდა ან საჩუქრის ჩუქება. ასეთი გადახდის დონე კორელაციაშია გამჭვირვალობის ხარისხთან. ანგარიშგების შეფასება შესაძლებელია შედარებით მარტივად – ფინანსურ რელსებზე თვალყურისდევნებით და ანგარიშგებით (აუდიტი), ან შედარებით რთულად – შეთანხმებულ ღონისძიებებთან დაკავშირებით შესრულებაზე ანგარიშგებით, ან უფრო რთულად – მოქალაქეების თვალით სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების ხარისხით.

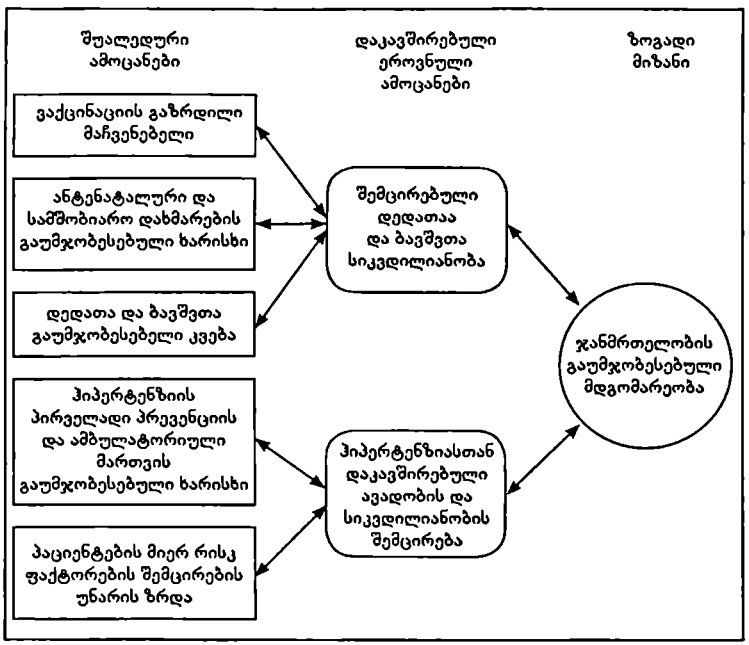
ანგარიშგების კარგ მაგალითს წარმოადგენს ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის ყოველწლიური ანგარიში, სადაც ქვეყნდება ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული ისეთი შედეგები, როგორიცაა მოსახლეობის დაკმაყოფილების დონე, საკუთარი უფლებების შესახებ ინფორმირებულობა, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და ხარისხის დონე, რესურსებსა და დადგენილ შეღავათებს შორის აუცილებელი ბალანსის შენარჩუნება, მომხმარებელტა მომსახურების ხარისხი, კორპორატიული მართვის პრინციპები და ეფექტური სამეურნეო მართვა.

1.4. ჯანდაცვის სისტემის შუალედური ამოცანები

ქმედებების განსახორციელებლად ზოგადი, ფართო მიზნების სანაცვლოდ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ზოგიერთი უფრო კონკრეტული ამოცანები უნდა გადაიჭრას. ქვემოთ მოცემულ ნახაზზე მოყვანილია ზოგადი მიზანი: ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, რომლის მისაღწევად შერჩეულია ორი ეროვნული ამოცანა: დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება. ამ ორი ზოგადი ამოცანის გარდა არსებობს უფრო კონკრეტული შუალედური ამოცანების შემუშავების აუცილებლობა, რომლებიც დაკავშირებულია ამ ფართო ეროვნულ მიზნებთან. ამ შემთხვევაში იგი შეიძ-

ლება იყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, ვაქცინაციის გაზრდილი მაჩვენებელი და ა.შ.

ნახატი 2: ზოგადი მიზნებიდან სპეციფიკურ ამოცანებამდე



ლიტერატურა:

- Constitution of WHO. 2006. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- WHO. 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.
- WHO. 2008. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf?ua=1.

II თავი

ჯანდაცვის დაფინანსება

2.1. ჯანდაცვის დაფინანსების მიზნები

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქციაა დაფინანსება. დაფინანსების სისტემა განსაზღვრავს რესურსების მობილიზაციას, გაერთიანებას და გადანაწილებას როგორც ქვეყნის მასშტაბით, ასევე ადგილობრივ დონეზე. იგი აგრეთვე განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ანაზღაურების წესებს, მეთოდოლოგიას.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაზეა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურების გარანტირებული და თანასწორუფლებიანი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის რესურსების ხარჯვისას გარანტირებული მაკრო და მიკროეკონომიკური ეფექტურობა, კლინიკური ეფექტურობის გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და მომხმარებლის კმაყოფილების ზრდა, სისტემის ხანგრძლივი ფინანსური სტაბილურობის გარანტირება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით: „ჯანდაცვის დაფინანსება არის ჯანდაცვის სისტემის ფუნქცია, რომელიც დაკავშირებულია ფულადი სახსრების მობილიზაციასთან, გაერთიანებასა და ხარჯვასთან, რათა დაკმაყოფილებულ იქნას ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდივიდუალური და კოლექტიური მოთხოვნილებები ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში. ჯანდაცვის დაფინანსების მიზანია უზრუნველყოს ფინანსებისადმი ხელმისაწვდომობა, ჩამოაყალიბოს სწორი ფინანსური სტიმულები მიმწოდებელთათვის და უზრუნველყოს ყველა ინდივიდუმის ხელმისაწვდომობა ეფექტიანი საზოგადოებრივი და პირადი ჯანდაცვისადმი."[1]

როგორც განმარტებიდან ჩანს, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მიზანია საჭირო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობისა და ფინანსური რისკებისაგან დაცვის ხელშეწყობა, „სოლიდარობის" (სამართლიანობა ფინანსური ტვირთის განაწილებასა და მომსახუ-

1 World Health Organization (2000). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

რების ხელმისაწვდომობაში) ხელშეწყობა, ეფექტიანობისა და ხარისხის ხელშეწყობა შესაბამისი სტიმულების და მიზანმიმართული ადმინისტრირების გზით, იყოს გამჭვირვალე და გასაგები ჯანდაცვის მუშაკებისა და მოსახლეობისათვის. სათანადო დაფინანსების სისტემა ამცირებს ან, სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში, თავიდან აცილებს ინდივიდებს და შინამეურნეობებს სერიოზული ფინანსური პრობლემებს და/ან გაღარიბების რისკს.

რატომ არის საჭირო ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა? რატომ არის შეუძლებელი რომ ჯანდაცვის დაფინანსება თავად ბაზარს მივანდოთ? უპირველესად, საბაზრო კონკურენცია, რომელიც აუცილებელია რესურსების ეფექტიანი ხარჯვისათვის, ხშირად დარღვეულია ჯანდაცვის სექტორში ბაზრის ჩავარდნებით. არსებობს მომსახურეობები, რომლებიც წარმოადგენენ საზოგადოებრივ პროდუქტს (მაგ. სუფთა წყალი), რომლითაც არაგადამხდელებიც სარგებლობენ. სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთ სახეს აქვს კვაზისაზოგადოებრივი ნიშნები (ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობა, იმუნიზაცია), რომლითაც სარგებელს ნახულობენ როგორც მყიდველები და გამყიდველები, ასევე საზოგადოების სხვა წევრებიც; სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკურობის გამო (ქირურგია, გადაუდებელი დახმარება) ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია; ინფორმაციული ჩავარდნა და ასიმეტრია (რეფერალური დახმარების უმეტესი ნაწილი, სამედიცინო დაზღვევა) საშუალებას არ აძლევს მონაწილეებს სწორად შეაფასონ ბაზრის გამოსავალი (შედეგები). ამგვარად, დაფინანსების პოლიტიკა საჭიროა როგორც ეფექტიანობის, ასევე სამართლიანობისათვის.

ჯანდაცვის და დაფინანსების პოლიტიკა განუყოფელია, ვინაიდან ეს უკანასკნელი განსაზღვრავს თუ რა თანხაა ხელმისაწვდომი, ვინ აკონტროლებს რესურსებს და როგორაა ისინი გამოყენებული, ვინ განსაზღვრავს რესურსების გადანაწილებას და მომხარებას, რა ფინანსური სტიმულები ეძლევათ პაციენტებს და მომსახურების მწარმოებლებს, ვის აქვს ბაზისურ სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო მომსახურების კატასტროფული ხარჯების გამო რამდენი ადამიანი ვარდება სიღარიბეში, შესაძლებელია თუ არა ჯანდაცვის ფასების ინფლაციის გაკონტროლება?

მსოფლიოში ბევრი ქვეყანა დგას ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში არსებული რთული გამოწვევებისა და პრობლემების წინაშე. ახალი მედიკამენტები და სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარება, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდა და მოსახლოების დაბერება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდას. ერთდროულად მაკროეკონომიკური, დემოგრაფიული, ფისკალური შეზღუდვები, მომსახურებაზე გაზრდილი ფასები და

სახელმწიფოს მწირი შესაძლებლობა მოახდინოს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო სახსრების მობილიზების ზრდა, აიძულებს მათ დაიწყონ თავინთი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირება.[1]

ჯოზეფ კუცინის მიხედვით, ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ამოცანები გამომდინარეობს ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნებიდან და შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს:[2]

> ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანები, რომლებიც თავისი არსით იდენტურია ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნების: ***ფინანსური რისკის წინააღმდეგ უნივერსალური დაცვის, ფინანსური ტვირთის სამართლიანი განაწილების ხელშეწყობა;***
>
> ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანები, რომლებიც წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზნების შუალედურ, ინსტრუმენტულ ამოცანებს: ***მომსახურების სამართლიანი მიწოდებისა და გამოყენების, მის მიწოდებაში ხარისხისა და ეფექტურობის ხელშეწყობა, ასევე, სისტემის გამჭვირვალობის, ანგარიშგების და ადმინისტრირების ეფექტურობის გაუმჯობესება.***

ფინანსური რისკისაგან დაცვა გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურებამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის გაღარიბება. ისინი არ უნდა იდგნენ ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ მდგომარეობს შორის არჩევანის წინაშე. ეს არის უშუალო კავშირი ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას შორის: ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად ხალხის გაღარიბება, ან პირიქით, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტურობა სამედიცინო მომსახურების მიღებისას ადამიანთა გაღარიბების რისკისგან დაცვის თვალსაზრისით. ამ ამოცანის შესრულების შეფასება შეიძლება შემდეგი ინდიკატორებით:

> შინამეურნეობების წილი, რომლებმაც განიცადეს „კატასტროფული" სამედიცინო დანახარჯები (ჯანდაცვაზე ხარჯები აღემატება ოჯახის საერთო ხარჯების განსაზღვრულ ზღვრულ სიდიდეს ან საარსებო მინიმუმს);
>
> ხარჯები, რომელიც იწვევს გაღარიბებას ანუ ჯანდაცვაზე დანახარჯების გავლენა ღარიბთა რაოდენობაზე (იმ შინამეურნეობების წილი, რომლებიც აღმოჩნდნენ სიღარიბის ზღვრის ქვემოთ) ან „სიღარიბის სიღრმე" (ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო რამდენად დაშორდა შინამურნეობა სიღარიბის ზღვარს).

---

1 გოგინაშვილი ქეთევან. 2008. ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში 1995-2008 წლებში, დისერტაცია, საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა. თბილისი.

2 Kutzin J. 2001. A descriptive framework for country-level analysis of Health care financing arrangements. Health Policy, 56. 171-204.

დაფინანსების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ გადახდის შესაძლებლობის შესაბამისად, ღარიბებმა არ უნდა გადაიხადონ მდიდრებზე მეტი. ამგვარად, დაფინანსების სამართლიანობის უზრუნველყოფა მჭიდროდაა დაკავშირებული სოლიდარობასთან. აღნიშნული ამოცანის განხორციელება გულისხმობს ჯანდაცვის ხარჯების ყველა წყაროს და მათი შინამეურნეობებთან უკუკავშირის ყოვლისმომცველ ანალიზს. სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები, სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები) უფრო სამართლიან ხასიათს ატარებენ, ნაბაყოფლობითი გადასახადები (ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა) სამართლიანობის შედარებით დაბალი დონით ხასიათდება, ხოლო ჯიბიდან პირდაპირი გადახდები წარმოადგენენ ყველაზე უფრო არასამართლიან ფორმას.

გამოყენების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ რესურსები და მომსახურება განაწილებული უნდა იყოს საჭიროების და არა ხალხის მიერ მომსახურებისთვის გადახდის შესაძლებლობის მიხედვით. ამ ამოცანის მიზანია ჯანდაცვაზე დანახარჯებისა და რესურსების სამართლიანი განაწილება, თუმცა მისი შეფასება საკმაოდ რთულია, რადგან არ არსებობს საჭიროების ობიექტურად შეფასების იაფი მეთოდოლოგია. არის მცდელობა საჭირო სერვისების გამოყენება დაუკავშირონ ჯანმრთელობის ან საჭიროების თვითშეფასებას. ასეთი მეთოდი არასრულყოფილია, მაგრამ საშუალებას იძლევა მოხდეს გამოყენებისა და საჭიროების მონაცემების ინტერპრეტაცია

სისტემის გამჭვირვალობის და ანგარიშგების დონის ამაღლება გულისხმობს ყველა მხარეების მიერ მოსახლეობის ვალდებულებების და უფლებების გაგებას. იგი ასახავს სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას მოსახლეობის მიმართ. ამასთან დაკავშირებით, სახელმწიფო პერიოდულად უნდა ახდენდეს მოსახლეობის მიმართ ანგარიშგებას. გამჭვირვალობასთან პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურებისთვის არაფორმალური გადახდის დონე, ანუ პაციენტების მიერ მომსახურების მიმწოდებლებისთვის ფულის პირდაპირი, სალაროს გარეშე გადახდა ან საჩუქრის ჩუქება. ასეთი გადახდების დონე კორელაციაშია გამჭვირვალობის ხარისხისთან. ანგარიშგების შეფასება შესაძლებელია შედარებით მარტივად – ფინანსურ რესურსებზე თვალყურისდევნებით და ანგარიშგებით (აუდიტი), ან შედარებით რთულად – შეთანხმებულ ღონისძიებებთან დაკავშირებით შესრულებაზე ანგარიშგებით, ან უფრო რთულად – მოქალაქეების თვალით სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების ხარისხით.

დაფინანსების სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხისა და ეფექტურობის ამაღლების სტიმულირება. ამასთან დაკავშირებით ეფექტურობის მთავარ მაჩვენებელს

წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურის შენახვასთან დაკავშირებული ხარჯების (მაგ., კომუნალური ხარჯები, პერსონალი) წილის შეფარდება პაციენტების მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებთან (მაგ., მედიკამენტები, სამედიცინო მასალები).

ადმინისტრაციული ეფექტურობის ხელშეწყობა მოიცავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ადმინისტრირებაზე ფუნქციურ პასუხისმგებლობისა და დუბლირების მინიმიზაციაზე ფოკუსირებას. ეს არ გულისხმობს ადმინისტრირების ხარჯების შემცირებას, არამედ ცდილობს ადმინისტრაციული ფუნქციების ხარჯთეფექტურობის მაქსიმიზაციას (პოლიტიკის ამოცანებზე გავლენის კუთხით).

ამრიგად, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანებს და ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებსა და მთავარ მიზნებს შორის არსებობს კავშირი. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა არ მოქმედებს დამოუკიდებლად, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების კოორდინირებული პოლიტიკითაა შესაძლებელი შუალედური და გრძელვადიანი მიზნების მიღწევა და საბოლოო შედეგის მიღება.

2.2. ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციები

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას აქვს სამი ურთიერთდაკავშირებული ფუნქცია:

- შემოსავლების მობილიზება და შეგროვება შინამეურნეობებიდან, კომპანიებიდან და საერთაშორისო საგენტოებიდან;
  წინასწარგადახდილი შემოსავლების გაერთიანება და აკუმულაცია;
  მომსახურების შესყიდვა, ანუ ინტერვენციების შერჩევისა და მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების პროცესი.

ამ ფუნქციებს შორის დამოკიდებულება განსაზღვრავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობას, ხარჯთეფექტურობას, სამართლიანობას. ზოგიერთ ქვეყანაში აღნიშნული ფუნქციები ინტეგრირებულია ერთ ორგანიზაციაში, ზოგან კი დაფინანსებისა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ერთმანეთისაგან განცალკევებულია.[1]

1 World Health Organization (2000). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. გვ. 95.

2.2.1. შემოსავლების შეგროვება (მობილიზაცია)

დაფინანსების წყაროების შეგროვება წარმოადგენს პროცესს რომლის მეშვეობით ჯანდაცვის სისტემა იღებს ფინანსურ სახსრებს ორგანიზაციებიდან, ინდივიდებიდან, შინამეურნეობებიდან და დონორებიდან.[1] იგი გულისხმობს თუ რომელი ორგანიზაციები ახორციელებენ შემოსავლების შეგროვებას, შენატანების გადახდის რა მეთოდები და ჯანდაცვის დაფინანსების რა წყაროები გამოიყენება.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების შემდეგი წყაროები არსებობს:

ზოგადი გადასახადები;
დაზღვევა:
სოციალური დაზღვევა: სავალდებულო, სახელმწიფო ან კერძო მენეჯმენტით;
ნებაყოფლობითი დაზღვევა.
სათემო დაფინანსება;
ინდივიდუალური დანაზოგების ანაბრები / კატასტროფული ხარჯების დაზღვევა;
„ჯიბიდან" გადახდები, მათ შორის ლეგალური და არალეგალური გადახდები;
დონორთა დახმარება;
ქველმოქმედება.

აღნიშნული შენატანების შეგროვება ხორციელდება როგორც სავალდებულო (ზოგადი გადასახადები და სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები) ასევე ნებაყოფლობითი (კერძო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები და ჯიბიდან გადახდა) გზით. სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები და ზოგადი, საერთო გადასახადები განისაზღვრება ხელფასის მიხედვით, და თითქმის არასდროს არ ითვალისწინებს რისკის ხარისხს. კერძო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები ჩვეულებრივ ითვალისწინებენ რისკის ხარისხს.

სახელმწიფო არ წარმოადგენს დაფინანსების წყაროს, იგი ახორციელებს მოსახლეობიდან შემოსული გადასახადების შეგროვებას. ამგვარად, ყველა შემოსავლების (დონორების გარდა) წყაროს წარმოადგენს თავად მოსახლეობა ან მოსახლეობის გარკვეული ქვეჯგუფები. სახელმწიფო შემოსავლების შემდეგი სახეები არსებობს: შემოსავლები სახელმწიფო საწარმოებიდან (მაგ. ნავთობი), პირდაპირი გადასახადები (ბეგარა), საშემოსავლო, მოგების, ქონების, სოცი-

1 World Health Organization (2000). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. გვ. 95.

ალური, არაპირდაპირი გადასახადები, გაყიდვები, დამატებითი ღირებულების (დღგ), აქციზი (თამბაქო, ალკოჰოლი და სხვ.), საბაჟო.

ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემებს შენატანების შეგროვების სხვადასხვა გზები აქვთ. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ძირითადად ხორციელდება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (ზოგადი გადასახადები), ან სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებით. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ძირითადად პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდის საშუალებით ხორციელდება. ქვეყნების 60%, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავალი 1000 დოლარზე ნაკლებია, ჯანდაცვის ხარჯების 40%-ს შეადგენს პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდები; ამავე დროს, საშუალო და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდები ჯანდაცვის ხარჯების 30%-ს შეადგენს.[1]

ცხრილი 1: ჯანდაცვის ხარჯებში მოსახლეობის პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდები ქვეყნების შემოსავლების დონის მიხედვით, 1997 წ.

სულადობრივი შემოსავალი წელიწადში (აშშ $)	ჯანდაცვის ხარჯების პროცენტული წილი						
	20-მდე	20-29	30-39	40-49	50-59	60 და მეტი	სულ
1000-მდე	7	10	9	7	11	19	63
1000-9999	16	18	23	15	8	8	88
10 000 და მეტი	19	7	4	5	0	2	37
სულ	42	35	36	27	19	29	188

წყარო: World Health Organization. 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში პაცინტების მიერ თანხების „ჯიბიდან" გადახდის მაღალი წილი ეწინააღმდეგება ჯანდაცვის დაფინანსების ამოცანებს, რადგან ამ დროს ხელმისაწვდომობა დამოკიდებული ხდება უფრო თანხის გადახდის შესაძლებლობაზე, ვიდრე სამედიცინო საჭიროებაზე. ასევე, არაფორმალური გადახდების დროს ჩნდება სისტემის გამჭვირვალობის პრობლემა, ასევე ძნელდება სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელთა სტიმულირების მექანიზმების ორგანიზება.

1 World Health Organization (2000). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. გვ. 96.

შემოსავლების შემგროვებელი ორგანიზაციები (რომლებიც ხშირად ახორციელებენ რესურსების გაერთიანებას და პროვაიდერებისგან სერვისების შესყიდვას) შეიძლება იყვნენ ცენტრალური და ადგილობრივი მთავრობები, სოციალური დაზღვევის სააგენტო, კერძო დაზღვევის ფონდები, ან ჯანდაცვის პროვაიდერები.

სოციალური და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ბევრ სისტემებში საგადასახადო შემოსავლების შეგროვება და მათი გაერთიანება (ერთიანი ფონდის შექმნა) უმეტესად ერთ ორგანიზაციაში და შესყიდვის ერთ პროცესშია ინტეგრირებული. საერთო სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების სისტემებში შემოსავლების შეგროვება ძირითადად ფინანსთა სამინისტროს მეშვეობით, ხოლო ჯანდაცვის სამინისტროსათვის სახსრების გამოყოფა სახელმწიფო ბიუჯეტის საშუალებით ხორციელდება.

ქვეყნის მიერ დაფინანსების მეთოდების კომბინაციის შერჩევა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მიზანს (სამართლიანობა, მოსახლეობის კმაყოფილება, ეფექტიანობა, მაღალი ხარისხი, მდგრადობა) სურს მიაღწიოს ქვეყანამ. საზოგადოებამ თავად უნდა გააკეთოს პრიორიტეტის მინიჭების არჩევანი ამ მიზნებს შორის.

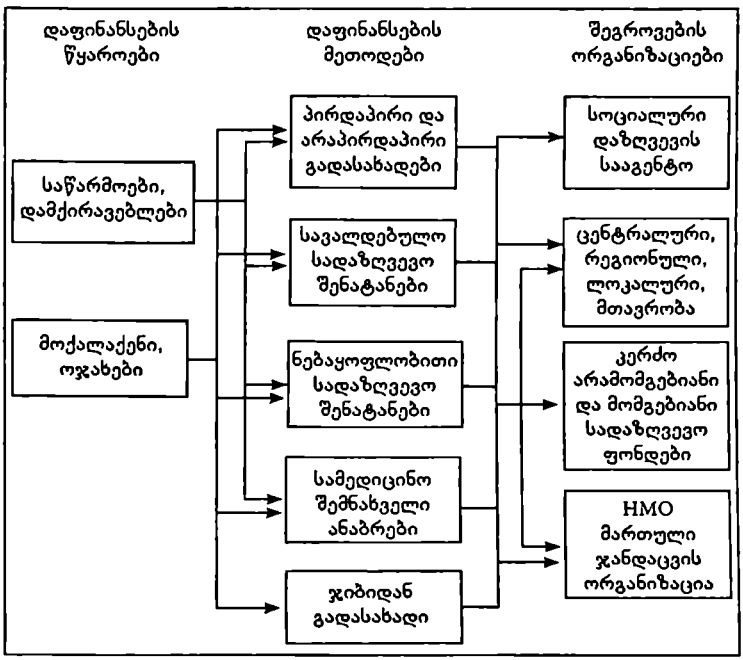
2.2.2. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელი

ხშირად ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელი განისაზღვრება დაფინანსების წყაროს მიხედვით, მაგ. უმეტესწილად სოციალური დაზღვევის შენატანებით დაფინანსებული „ბისმარკის" სისტემა ან უმეტესწილად გადასახადით დაფინანსებული „ბევერიჯის" სისტემა. ეს მოდელები გამოიყენება იმ პოლიტიკური და კულტურული გარემოს აღსაწერად, რომელშიც ეს სისტემები განიხილება.

ჯანდაცვის პირველი ნაციონალური სისტემის შექმნა უკავშირდება გერმანიის კანცლერს ოტო ფონ ბისმარკს, რომელმაც მუშათა კლასთან ურთიერთობის გაუმჯობესებისა და მათი სოციალისტური მოძრაობისაგან ჩამოშორების მიზნით ჩამოაყალიბა **სოციალური დაზღვევის გეგმა**. იგი ამოქმედდა 1983 წელს. დაფინანსება ხდებოდა დამქირავებლისა (1/3) და მომუშავეთა (2/3) შენატანებით. სახელმწიფოს როლი იყო მინიმალური და მხოლოდ განსაზღვრავდა პირობებს, რომლითაც ხდება საავადმყოფოს ფონდების, მწარმოებლებისა და პაციენტების ურთიერთობის მართვა. დაბალშემოსავლიან პირთა დაზღვევა სავალდებულო იყო.

საბჭოთა სემაშკოს მოდელი მოქმედებდა 1918-1991 წლებში. იგი წარმოადგენდა ჯანდაცვის ცენტრალიზებულ სისტემას სახელმწიფო დაფინანსებით. სამედიცინო დაწესებულებები და მომსახურების საშუალებები იყო სახელმწიფო საკუთრებაში და ფინანსდებოდა სა-

ნახატი 1: დაფინანსების წყაროები, მექანიზმები და შემგროვებელი აგენტები



წყარო: R. Busse, J. Schreyögg, C. Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007; adapted from Kutzin (2001) and Mossialos and Dixon (2002).

ხელმწიფო შემოსავლებიდან. თითქმის ყველა რესურსის დაგეგმვა, ორგანიზაცია, კონტროლი და განაწილება ხდებოდა ცენტრიდან. მომსახურება უფასო იყო ყველასთვის, თუმცა მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე, არ არსებობდა (ფორმალურად) კერძო სექტორი, ჯანდაცვის ბიუჯეტი დგებოდა ე.წ. ნარჩენი ბიუჯეტის პრინციპით. სემაშკოს მოდელი გავრცელებული იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, ჩინეთში, ჩრდილოეთ კორეასა და კუბაში.

უმეტესწილად გადასახადებით დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემა (ბევერიჯის მოდელი). 1942 წელს დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ლორდ ბევერიჯის მიერ წამოყენებული იქნა მოსაზრება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის დაფინანსების

შესახებ. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, 1948 წელს ხელისუფლებამ დაარსდა ეროვნული, ცენტრალიზებული ჯანდაცვის სამსახური (National Health Service – NHS), რომლის დაფინანსება ხდებოდა სახელმწიფოს მიერ. ჯანდაცვისათვის გადასახადები ქვეყანაში მოქმედი საგადასახადო სტრუქტურის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი შემოსავლების წილი განისაზღვრება სახელმწიფოს ბიუჯეტის შედგენის პროცესში. ექსპერტთა აზრით, ეს მოდელი არის ჯანდაცვის დაფინანსების შედარებით სამართლიანი გზა. დაფინანსების სამართლიანობა უშუალოდ დაკავშირებულია სისტემის განვითარებაზე.

ამერიკულ მოდელში ურთიერთობა მონაწილეებს შორის წმინდად კომერციულია, სახელმწიფო რეგულირება მინიმალურია, ძირითადად 2 სახელმწიფო პროგრამა მოქმედებს: ხანდაზმულთა და უმწეოთა სოციალური დაზღვევის პროგრამა, დაზღვევის გარეშეა დარჩენილი 40 მილიონზე მეტი ადამიანი.

მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ძირითადად ხორციელდება საერთო საგადასახადო შემოსავლებით, ან სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებით. ამის საპირისპიროდ, დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ძირითადად პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდის საშუალებით ხორციელდება.

2.2.3. შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება)

შემოსავლების გაერთიანება წარმოადგენს შეგროვებული შემოსავლების გაერთიანების და მართვის პროცესს, ავადმყოფობასთან დაკავშირებული კატასტროფული ხარჯებისგან პაციენტების დასაცავად მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადანაწილების საშუალებით (WHO. 2000).

ფინანსური სახსრების აკუმულირება (პულინგი – რესურსების თავმოყრა საერთო „ყულაბაში") ტრადიციულად ითვლება „დაზღვევის ფუნქციად", თუმცა, შემოსავლების გაერთიანება ხორციელდება როგორც სადაზღვევო, ასევე ზოგადი გადასახადების მეშვეობით. მისი მიზანია მოახდინოს, როგორც ღარიბი, ისე მაღალი რისკის ავადმყოფების და ხშირ შემთხვევებში უმუშევართა ან მოხუცებულთა სუბსიდირება. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია ისეთი ქვეყნებისათვის, რომელთაც შედარებით მცირე მოსახლეობა და შეზღუდული სახელმწიფო რესურსები გააჩნიათ (მაგ. საქართველო).

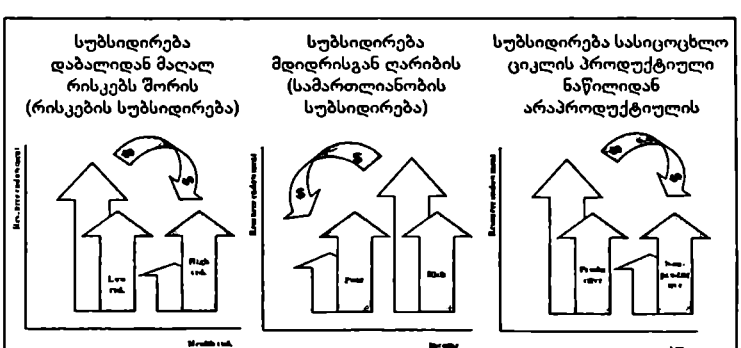
ფინანსური რესურსების გაერთიანება (პულინგი) მონაწილეებს შორის რისკის განაწილების უმთავრეს გზას წარმოადგენს. იგი უზრუნველყოფს ინდივიდების და ოჯახების დაცვას ავადმყოფობის შემთხვევაში საკუთარი ჯიბიდან სრული საფასურის გადახდისგან.

პულინგი ნიშვნელოვანია იმის გამო, რომ ჯანდაცვის მომსახურების საჭიროება არ არის თანაბრად გადანაწილებული.

შემოსავლების (ფინანსური რესურსების) გაერთიანება ემსახურება სოლიდარობის პრინციპის დაცვას. რაც უფრო დიდია პულის ზომა, მით უფრო დიდია ფინანსური დაცვისა და სოლიდარობის პოტენციალი რესურსების და მომსახურების გადანაწილების საშუალებით, შედარებით ჯანმრთელებიდან იმათზე, ვისაც უფრო ესაჭიროება.

რას ვგულისხმობთ რისკის გადანაწილებაში? ყველა ბენეფიციარი ერთდროულად არ მიმართვას ექიმს, რის გამოც რისკი მათ შორის გადანაწილდება. რისკის გადანაწილების მექანიზმით ხორციელდება დაავადების მკურნალობის ხარჯებთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილება ბენეფიციარებს შორის: მდიდრიდან ღარიბზე, ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, ცხოვრების ციკლის პროდუქტიული პერიოდიდან (ახალგაზრდა) არაპროდუქტიულზე (მოხუცი). ფინანსური რესურსების გაერთიანების (პულინგი) პრინციპი შეიძლება ასე ჩამოვაყალიბოთ: ავად გახდი მოიგე, ჯანმრთელი ხარ წააგე. რაც უფრო ბევრი ადამიანია გაერთიანებული მით მეტია შეგროვილი თანხების რაოდენობა, შესაბამისად, იზრდება მდგრადობა და ფართოვდება გარანტირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა. პულის შექმნა ამცირებს გაურკვევლობის გრძნობას როგორც მოქალაქეებში, ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებში.

ნახატი 2: რისკების გადანაწილება



ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი ფინანსური რესურსების გაერთიანება ხორციელდება სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციების ფართო წრის საშუალებით, მათ შორის:

ჯანდაცვის სამინისტრო,
ჯანდაცვის სამინისტროს დეცენტრალიზებული ქვეუწყებები,
ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები,
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევი ფონდები,
კერძო კომერციული და არაკომერციული სადაზღვევო ფონდები,
საზოგადოებრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები.

შემოსავლების გაერთიანება შესაძლებელია ხდებოდეს ერთ ფონდში, ან მრავალ ფონდებში. ამ მხრივ, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საბაზრო სტრუქტურას, კერძოდ კონკურენციის ან მონოპოლიის არსებობას: აქვს თუ არა მოსახლეობას სადაზღვევო კომპანიების არჩევანის საშუალება, თუ ისინი ტერიტორიული პრინციპით ან სამუშაოს მიხედვით არიან გადანაწილებულნი. მრავალი ფონდების არსებობის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია თუ როგორ უწევენ ისინი ერთმანეთს კონკურენციას ბენეფიციარებზე (ანუ ადამიანებს რამდენად შეუძლიათ აირჩიონ მათთვის სასურველი ფონდი). მრავალი ფონდის არარსებობის შემთხვევაში იგი განიხილება როგორც „ერთი გადამხდელის" სისტემა. აგრეთვე, მნიშვნელოვანი საკითხია, მრავალი ფონდის არსებობის შემთხვევაში წარმოადგენენ თუ არა ისინი დამოუკიდებელ ორგანიზაციებს. ასევე მნიშვნელოვანია, თუ ვინ ახორციელებს შეგროვებას: სახელმწიფო თუ კერძო ორგანიზაციები.

აკუმულირებული რესურსების გაზრდის პირდაპირი გზაა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ზრდა, ღარიბ ქვეყნებში დაბალია ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების წილი მშპ-სთან მიმართებაში, ამიტომაც ძნელია მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

რესურსების აკუმულირების მართვა შეიძლება მოხდეს სამი გზით: უმეტესწილად გადასახადებით დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემებით, უმეტესწილად სოციალური დაზღვევაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემებით ან კერძო სადაზღვევო პრემიუმებით.

2.2.4. შემოსავლების განაწილება

შემოსავლების, ანუ ფინანსური სახსრების მიმწოდებლებზე განაწილება გულისხმობს გაერთიანებული შემოსავლების სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე განაწილებას მათგან სერვისების შესყიდვის მიზნით.

მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება მთელი მოსახლეობის ან მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისათვის. ბევრ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას ახორციელებენ ის ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენენ ფინანსური საშუალებების გაერთიანებას (იმ ორგანიზაციების გამოკლებით, რომლებიც მხოლოდ ფინანსუ-

რი რესურსების ფონდებს შორის გადანაწილებას ახორციელებენ). სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას ახორციელებენ როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ორგანიზაციები: ჯანდაცვის სამინისტრო, სოციალური დაცვის სააგენტოები, ჯანდაცვის მუნიციპალური (რაიონული) ორგანოები, სადაზღვევო ორგანიზაციები, ინდივიდუალური პირები ან ოჯახები (ჯიბიდან პირდაპირი ან არაპირდაპირი გადახდები).

სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა შეიძლება იყოს როგორც პასიური, ასევე აქტიური (სტრატეგიული). იგი გულისხმობს, თუ რამდენად შეუძლიათ შემსყიდველებს რესურსების განაწილების შესახებ თავიანთი გადაწყვეტილებები დაუკავშირონ პროვაიდერების საქმიანობის შესახებ ინფორმაციას (რაოდენობა და ხარისხი) და მოსახლეობის საჭიროებებს.

პასიური შესყიდვა გულისხმობს წინასწარ განსაზღვრული ბიუჯეტით ან წარმოდგენილი ანგარიშების მიხედვით ანაზღაურებას. პასიური მიდგომა საბჭოთა კავშირის დროს ჩამოყალიბდა (მუხლობრივი ბიუჯეტები). ამ დროს დაბალი იყო ეფექტიანობა, პროდუქტიულობა, დიდი იყო მიმწოდებელთა სიმძლავრეების გაზრდის სტიმული.

სტრატეგიული შესყიდვა გულისხმობს როგორც ცალკეული პირების, ასევე მთლიანი მოსახლეობის მიმართ საუკეთესო შედეგების მიღწევის მიზნით მოქმედებების აქტიურ არჩევას კონტრაქტების და სტიმულების სელექციური სქემების მეშვეობით. ამ დროს მაღალი ხარისხის მომსახურებისა და დაბალი ფასების მოძიებისათვის ხდება საუკეთესო გზების მუდმივი ძიება, ხოლო გადაწყვეტილებები მიიღება იმის გათვალისწინებით, თუ საქმიანობის რომელი სახეების ყიდვაა მიზანშეწონილი, როგორი სახით და ვისგან. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის ამაღლების მიზნით ფინანსური რესურსების განაწილება ხორციელდება:

- ადგილებს შორის (რეგიონები, ქალაქები);
- მოსახლეობის ჯგუფებს შორის (სქესი, ასაკი, რელიგია, ეთნიკურობა და სხვა);
  დაავადებებს შორის (მწვავე/ქრონიკული, თერაპიული/ქირურგიული);
  სამედიცინო დაწესებულებების დონეებს შორის (პირველადი, ჰოსპიტალური, საზოგადოებრივი და სხვა...)

უკანასკნელ პერიოდში ბევრი ქვეყნები, მათ შორის ჩილე, უნგრეთი, ახალი ზელანდია და შეერთებული შტატები, ცდილობდნენ შემოეღოთ აქტიური (სტრატეგიული) შესყიდვის პრაქტიკა.

სტრატეგიული შესყიდვის დროს პროვაიდერების სტიმულირების მიზნით გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების

სხვადასხვა მექანიზმები (რეტროსპექტული ან პროსპექტული დაფინანსება), გლობალური ბიუჯეტირების ჩათვლით.

მიმწოდებელთა ანაზღაურება და სტიმულები – სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ანაზღაურების მეთოდები განაპირობებენ მათი წახალისების გენერირებას (მოტივაცია, იმოქმედოს კონკრეტული გზით). პოლიტიკის მიზნების მისაღწევად მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ანაზღაურების მეთოდების მკაფიოდ განსაზღვრა.

ანაზღაურების მეთოდების კატეგორიზაცია ხდება იმის მიხედვით, ფასი როგორაა განსაზღვრული პროსპექტულად თუ რეტროსპექტულად. ***პროსპექტული დაფინანსება*** გულისხმობს, რომ სამედიცინო დამხარების მოცულობა და მისი ფასი წინასწარ დგინდება და გადახდა წარმოებს მომსახურების განხორციელებამდე, მაგ. ბიუჯეტი, კაპიტაცია. ხოლო ***რეტროსპექტული დაფინანსება*** გულისხმობს, რომ სამედიცინო დამხარების მოცულობა და მისის ფასი დგინდება და გადახდა წარმოებს მომსახურების განხორციელების შემდეგ, მაგ. ანაზღაურება გაწეული მომსახურებისთვის ან დიაგნოზზე დამოკიდებული ჯგუფების მიხედვით. შესაბამისად, სერვისების მიმწოდებლების ანაზღაურებაც ხორციელდება პროსპექტულად ან რეტროსპექტულად და დამოკიდებულია დანახარჯებზე, ღირებულებაზე ან მიწოდებულ სერვისზე.

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების შემდეგი მეთოდები არსებობს:

ბიუჯეტურ-მუხლობრივი (ხაზოვანი) ანაზღაურება (ბიუჯეტი განსაზღვრულია თითოეული ფუნქციური საბიუჯეტო კატეგორიისათვის, მაგ. ხელფასი, მედიკამენტები, აღჭურვილობა, ადმინისტრაცია და ა.შ.);

გლობალური ბიუჯეტი (დამოკიდებულია დაწესებულების ტიპზე, წინა წლების უტილიზაციის მაჩვენებლებზე და ა.შ.);

კაპიტაცია (სულადობრივი ანაზღაურება – წარმოადგენს ანაზღაურების მეთოდს, რომლის დროსაც ხდება განსაზღვრული თანხის ყოველწლიური გამოყოფა თითოეულ პიროვნებაზე, რომელიც მიმაგრებულია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელზე, მაგ., ოჯახის ექიმი, ან მოცვის არეში მაცხოვრებელი პირი საავადმყოფოების შემთხვევაში;

შემთხვევაზე დაფუძნებული ანაზღაურება;

საწოლდღე (პერ-დიემი – წარმოადგენს წინასწარ განსაზღვრულ თანხას, რომელსაც მიმწოდებელი იღებს საავადმყოფოში პაციენტის მიერ გატარებული თითოეული დღისათვის, რომლის ოდენობა განსხვავდება როგორც საავადმყოფოს ასევე მისი განყოფილებების დონის მიხედვით);

გაწეული მომსახურების მიხედვით ანაზღაურება (Fee-for-service – წარმოადგენს თითოეული მოსახურების მიხედვით ანაზღაურებას);

1980-იანი წლებიდან სულ უფრო პოპულარული ხდება ანაზღაურება დიაგნოზზე დამოკიდებული ჯგუფების მიხედვით (DRG). ეს მეთოდი პირველად შემუშავებულ და დანერგილ იქნა აშშ-ში 1983 წელს, ხანდაზმულთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (Medicare) დასაფინანსებლად. იელის უნივერსიტეტში გაანალიზებულ იქნა 170 საავადმყოფოს 700 000 ისტორია და ცალკეული დაავადებების ერთ ჯგუფში გასაერთიანებლად გამოიყენებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები: დაავადებათა და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთგვაროვნება; სამკურნალოდ გამოყენებული საშუალებების მსგავსი მოცულობა და შემადგენლობა; დაავადებათა თითოეულ ჯგუფში გათვალისწინებულია თანმხლები დაავადებების არსებობა, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა; გათვალისწინებულია გეოგრაფიული მდებარეობა, პაციენტის ასაკი, სქესი, პერსონალის ანაზღაურების დონე, სამედიცინო დაწესებულების დონე. ამ მეთოდის სხვადასხვა ვარიაციები დანერგილია აშშ-ში, ავსტრალიაში, უნგრეთში, იტალიაში, სკანდინავიის ქვეყნებში, საფრანგეთში, ესპანეთში, გერმანიაში და მისი დანერგვა ხორციელდება გარდამავალი ეკონომიკის ბევრ ქვეყანაში.

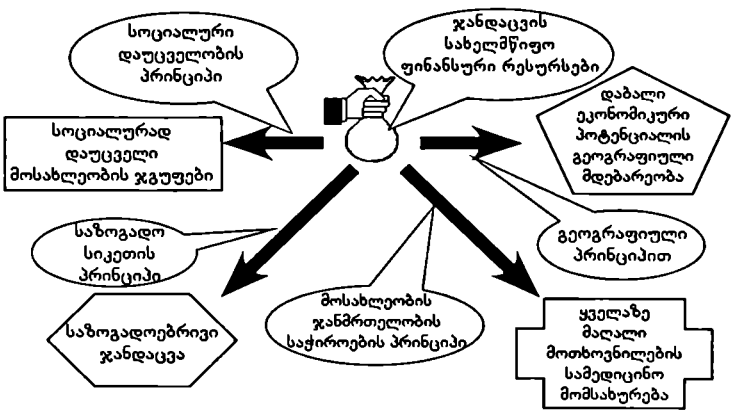
მნიშვნელოვანია იმის განსაზღვრა თუ რა მომსახურების შესყიდვა მოხდეს აკუმულირებული სახსრებით. ***ბაზისური პაკეტი*** წარმოადგენს სერვისების ნუსხას, რომელზედაც შემსყიდველი იხდის თანხას საერთო ფონდებიდან. იგი განსაზღვრავს იმ მომსახურებას, რომელიც არ შედის პაკეტში (მთლიანად ან ნაწილობრივ) და რომლის საფასურიც მომხმარებელმა თვითონ უნდა გადაიხადოს (მთლიანად ან ნაწილობრივ).

ჯანდაცვის დაფინანსებაში არსებული თანამედროვე პრაქტიკის მიხედვით, სამართლიანობის გამო სახელმწიფომ უნდა დააფინანსოს ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების უმეტესი ნაწილი, განსაკუთრებით უნდა მოახდინოს ღარიბების სუბსიდირება. სახელმწიფომ უნდა ჩამოაყალიბოს მკაფიო წესები, რათა ჯანმრთელი ხალხის მიერ არჩევითი სელექცია შემცირდეს და მოხდეს კერძო დაზღვევის ინდუსტრიაში რისკების სელექციის რეგულირება. ფული უნდა მიჰყვებოდეს პაციენტს, რათა ხელი შეუწყოს მომსახურების წარმოებაში კონკურენციის გაღვივებას. ეფექტიანი კონკურენცია მოითხოვს კარგად ორგანიზებულ შემსყიდველს. საჭიროა რაციონალური ფასწარმოქმნის პოლიტიკა, რათა მოხდეს სახელმწიფო და კერძო მწარმოებლების კოორდინაცია.

მსოფლიოში სახელმწიფო დაფინანსების საუკეთესო პრაქტიკას წარმოადგენს, როდესაც სახელმწიფო აფინანსებს:

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და პრევენცია;
- ღარიბებისა და მოსახლეობის დაბალ-შემოსავლიანი ფენებისათვის სამედიცინო მოსახურების სუბსიდირება;
  რისკების გადანაწილების სქემების სუბსიდირება, რათა მოხდეს ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯებისგან დაზღვევა;
  პერსონალის გადამზადება (ტრენინგი)
  კვლევა და განვითარება

ნახატი 3: ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების მიზნები და პრინციპები



დაფინანსების კუთხით მნიშვნელოვანია შემდეგ საკვანძო საკითხებზე ყურადღების გამახვილება:

ჯიბიდან პირდაპირი დაფინანსებიდან წინასწარი გადახდის ფორმებისაკენ. მნიშვნელოვანია თუ როგორ შეიცვალოს ბალანსი ჯიბიდან პირდაპირი დაფინანსებიდან წინასწარი გადახდის ფორმებისაკენ. წინასწარი გადახდა დაკავშირებულია უკეთეს შედეგებთან ვიდრე პირდაპირი გადახდა სამედიცინო მომსახურების მომენტში. ამასთან, ჯიბიდან პირდაპირი გადახდა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ქმნის ბარიერს. წინასწარი გადახდის ფორმების დანერგვა პრობლემატურია იმ ქვეყნებში, რომელთაც არ გააჩნიათ გადასახადების შეგროვების მოწესრიგებული სისტემები.

პაციენტის დანახარჯების გადანაწილების (თანაგადახდა) და სარგებლობების მიღების პოლიტიკა გულისხმობს უშუალო კავშირს ჯანდაცვის სისტემასა და მოსახლეობას შორის. ამ კუთხით სასარგებლოა ბაზისურ პაკეტი ანუ იმ აუცილებელ მომსახურებათა ნუსხა, რომელთა შესყიდვაც უნდა განხორციელდეს აკუმულირებული სახსრებით. ეს გულისხმობს, რომ ბაზისური პაკეტის გარეთ დარჩენილი სერვისებისთვის (მთლიანად ან ნაწილობრივ) იხდის პაციენტი. ესაა დამოკიდებულება სარგებლობასა და ღირებულების გადანაწილებას შორის (ანუ ნაწილობრივ დაფარული სერვისები არის ღირებულების გადანაწილების ობიექტი) და ჯანდაცვის დაფინანსების სტრუქტურაში ინტეგრირებული პოლიტიკის შეტანა, რათა მოხდეს მომსახურების პაკეტის განსაზღვრა, დამატებითი რესურსების მოპოვება ან მოთხოვნის დაკმაყოფილება.

დაფინანსების ფუნქციების ინტეგრაცია თუ სეპარაცია? ბაზრის სტრუქტურა (ერთეული თუ მრავლობითი პული და მიმწოდებელი) – იგი გულისხმობს, თუ რამდენად გაერთიანებულია სახსრები ფონდში, ანუ დაფინანსება ხორციელდება ერთი ფონდიდან თუ მრავალი ფონდიდან, აგრეთვე რამდენად ინტეგრირებულია დაფინანსება მიწოდებასთან.

მიმწოდებელთა ბაზრის კარგი ცოდნა შესყიდვასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად. მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ბუნების გაგება (კონკურენტული, არაკონკურენტული, ავტონომიურობის ხარისხი), რათა განისაზღვროს შესყიდვის სათანადო პოლიტიკა.

ინდივიდუალური და კოლექტიური სამედიცინო მომსახურებაში თანასწორობისა და უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით ნაბიჯი აუცილებლად უნდა გადადგას ქვეყანამ. იმისა მიუხედავად, უნივერსალური მოცვის საფუძველი არის გადასახადების გადახდა, თუ სოციალური დაზღვევის სისტემა, ან ორივე ერთად, პრინციპები მაინც ერთი და იგივეა: გადახდის უნარის პრინციპით, წინასწარ გადახდილი თანხებით საერთო ფონდის შექმნა და დაგროვოლი თანხების საჭიროების მიხედვით ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი მომსახურების მიღებისთვის გამოყენება, ისე, რომ მომსახურების მიმღები არ ჩავარდეს კატასტროფულ დანახარჯების რისკის ქვეშ.

უნივერსალური მოცვის მიზნის მიღწევა შესაძლებელია 3 გზით: **მოცვის სიფართე** გულისხმობს მოცული მოსახლეობის რაოდენობას (ვინ არის მოცული?), ანუ მოსახლეობის წილი, რომელიც სარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებით უნდა გაიზარდოს თანდათანობით, რათა მოცული იქნას დაუზღვეველი მოსახლეობა, ანუ ის ჯგუფი, რომელთაც არ აქვთ ხელმისაწვდომობა მომსახურებაზე

და/ან სოციალური დაცვა მომსახურების მიღების გამო მოსალოდნელი ფინანსური შედეგების წინააღმდეგ. ამასთან ერთად უნდა გაიზარდოს **მოცვის ხარისხი,** რომელიც გულისხმობს მომსახურების ხასიათს (რა არის მოცული?), ანუ უნდა გაფართოვდეს იმ ძირითადი მომსახურების ასორტიმენტი, რომელიც აუცილებელია მოსახლეობის მოთხოვნების ეფექტურად დასაკმაყოფილოებლად, ასევე უნდა გაფართოვდეს რესურსების მოცულობა. აქ შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს ე.წ. „ბაზისურმა ბაკეტმა". **მოცვის დონე,** ანუ ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რომელიც იფარება წინასწარგადახდილი სახსრების გაერთიანების შედეგად, უნდა გაიზარდოს, ჯიბიდან გადახდების წილის შემცირების ხარჯზე.

ლიტერატურა:

- გოგინაშვილი ქეთევან. 2008. ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში 1995-2008 წლებში, დისერტაცია, საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა. თბილისი.
- Busse, R. Schreyögg, J. Gericke, C. Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007.
- Kutzin J. 2001. A descriptive framework for country-level analysis of Health care financing arrangements. Health Policy, 56. 171-204.
- World Health Organization (2000). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.
- Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire. Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2004.

III თავი

სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა წარმოადგენს საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიღების უნარს. სამედიცინო მომსახურეობაზე ადექვატური ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას განიცდის მილიონობით ადამიანი მსოფლიოში, მათ შორის საქართველოში.

სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობის ორი სახე არსებობს: ფინანსური და არაფინანსური ბარიერები. ***ფინანსურ ბარიერებს*** განეკუთვნება გადახდისუნარიანობა. ხოლო ***არაფინანსურ ბარიერებს*** განეკუთვნება: სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა; კულტურული და ენობრივი ხელმისაწვდომობა; შესაბამისი სამედიცინო მომსახურეობის დროულად მიღება მათთვის, ვისაც იგი ესაჭიროება.

ჩამოთვლილ სახეებს შორის ყველაზე ხშირად გამოყოფენ ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. ყოველი მთავრობის უმთავრეს ამოცანას ეფექტიან სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა წარმოადგენს. კომპონენტი „ეფექტიან სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“ იყოფა სამ ქვეკომპონენტად, რომელთა შესაფასებლად გამოყენებული იქნა შემდეგი ინდიკატორები:[1]

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდა:

სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა (ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების ბენეფიციარები, ინდივიდუალური ან დამქირავებლის მიერ დაზღვეული პირები) პროცენტული წილი მთლიან მოსახლეობაში;
მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელიც ფინანსური მიზეზების გამო უარს ამბობს საბაზისო სამედიცინო ინტერვენციებზე მაშინ, როდესაც არსებობს ამის საჭიროება;
ერთ სულ მოსახლეზე კერძო ჯანდაცვითი დანახარჯების ოდენობა მომსახურების ტიპის მიხედვით.

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ზრდა:

მოსახლეობის პროცენტული წილი, რომელსაც ჩვეულებრივი სამგზავრო საშუალებებით შეუძლია სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა;
დაწესებულებათა წილი, სადაც ექიმი იმყოფება სულ მცირე 5 დღე კვირაში.
მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ზრდა:
მოსახლეობის მიერ მედიკამენტებზე გადახდილი თანხების პროცენტული წილი მათ ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში;
კონსულტაციების პროცენტული წილი, როდესაც მოხდა მედიკამენტების დანიშვნა, მაგრამ ისინი არ იქნა შეძენილი სიძვირის გამო;
მედიკამენტების საშუალო ფასნამატის მარჟა.

3.1. ჯანდაცვაზე ფინანსური ბარიერები

3.1.1. დაზღვევით მოცვა

ჯანდაცვაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა. დაზღვევა, როგორც სოციალური, ასევე ნებაყოფლობითი, განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე მოულოდნელი, კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის საშუალება.

2006 წელს საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა კონცეფცია, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო იღებდა სოციალურად ყველაზე დაუცველი ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობას. მომდევნო წლებში მას დაემატა სახელმწიფო მოხელეთა ცალკეული კატეგორიების (მაგ. მასწავლებლები, სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები, სამხედრო პირები) სადაზღვევო მოცვა.

2012 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში ჩაერთო 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვები, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალები და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცები (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები.[1]

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

2013 წლის 28 თებერვლამდე საქართველოში დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობა შეზღუდული იყო და მოიცავდა შემდეგ პროგრამებს:

- სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა;
  კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირების სამედიცინო დაზღვევა;
  შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ხანდაზმულთა სახლების ბენეფიციარების და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევა;
  სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურიატების ჯანმრთელობის დაზღვევა;
  სკოლა-პანსიონების ბენეფიციარები;
  პედაგოგები;
  რესურს-ცენტრების თანამშრომლები;
  აფხაზეთის ა/რ-ს ოკუპირებულ ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობა;
  სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები;
  საპენსიო ასაკის პირები;
  6 წლამდე ასაკის ბავშვები;
  პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
  შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები;
  სტუდენტები.

წლიდან წლამდე იზრდებოდა სამედიცინო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით მოცული მოსახლეობის რაოდენობა. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1% იყო მოცული, 2008 წელს იგი 17%-მდე გაიზარდა, ხოლო 2012 წლისთვის 37.9%-ს მიაღწია. თუ ამას დავუმატებთ კერძო და კორპორატიული დაზღვევით მოცულ პირებს (362 663 პირი), მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8%).

მიუხედავად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოებისა, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრებით მისვლას (ვერულავა, 2014). პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

პროგრამის ფარგლებში 6-დან 60 წლამდე ასაკის ყველა იმ ადამიანს, რომელსაც მანამდე არანაირი სამედიცინო დაზღვევა არ ჰქონდა, მინიმალური სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული

ცხრილი 1: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახ. პროგრამის მოსარგებლეთა და სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა წილი	4.1	17.1	20.6	20.3	20.2	37.9
სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა წილი	6	23.2	29.9	33.8	32.4	50.8

წყარო: სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“ საქართველოს ეროვნული ბანკი

მომსახურების – გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული და გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობის საშუალება მიეცა; საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე გახდა 2 300 000 ბენეფიციარი; 2013 წლის პირველი ივლისიდან კი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაემატა უფასო პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი დახმარების პროგრამებს გეგმური სერვისებიც.[1] პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა.[2]

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა.

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი.

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

ცხრილი 2: დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობა ცალკეული პროგრამის მიხედვით. 2008-2010 წწ.

	სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა		კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირების სამედიცინო დაზღვევა		შშმ-თა და ხანდაზმულთა სახლების ბენეფიციარების და მზრუნველობა-ბამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევა	საბავშვო არტისტების, სახალხო მხატვრების და რუსთაველის ლაურიატების ჯანმრთელობის დაზღვევა	სკოლამდელი პანსიონების ბენეფიციარები	პედაგოგები	რესურსცენტრების თანამშრომლები	აფხაზეთის ა/რ-ს ოკუპირებულ ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობა	საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ბენეფიციარები	საპენსიო ასაკის პირები	6 წლამდე ასაკის ბავშვები	პირველი ჯგუფის შშმ პირები	შშმ ბავშვები	სტუდენტები	სულ	
წელი	ოჯახი	მოსახ	ოჯახი	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	მოსახ	ოჯახი	მოსახლ
2013	243 864	757 584	5 016	14 190	2 156	168	434	72 945	292	1 015	72	485 875	247 878	9 870	3 831	72 590	248 880	1 668 900	
2012**	241 872	750 011	5 346	14 970	1 941	171	465	74 673	270	884	57	474 742	230 166	10 000	3 861	73 006	247 218	1 635 217	
2012*	231 262	705 361	5 193	13 750	2 113	173	358	74 464		879	56						236 455	797 154	
2011	246 606	749 964	5 644	13 390	2 110	169	461	82 806		778	46						252 250	849 724	
2010	264 254	790 108	4 503	12 060	3 035	189											268 757	805 392	
2009																	297 726	904 897	
2008																	245 006	706 338	

წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=610

3.1.2. დაზღვევა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეფასდეს იმის მიხედვით, თუ რამდენჯერადად იყენებს პიროვნება სამედიცინო მომსახურეობის სერვისებს. ამისათვის შეისწავლიან ექიმთან ვიზიტების სიხშირის მონაცემებს, საავადმყოფოში გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობას და გაწეული პრევენციული ღონისძიებების რაოდენობას. გარდა ამისა, ხელმისაწვდომობის შეიძლება შევაფასოთ საჭიროებისას სამედიცინო მომსახურებით მიღების შესაძლებლობით.

აშშ-ში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, დაზღვეულებთან შედარებით დაუზღვეველ პირებს ნაკლებად აქვთ სამედიცინო მომსახურებით რეგულარულად სარგებლობის შესაძლებლობა და შესაბამისად, ისინი ვერ ღებულობენ სათანადო სამედიცინო მომსახურებას.[1] აშშ-ში 2002 წელს დაუზღვეველი მოსახლეობის 30%-მა განაცხადა, რომ ვერ შეძლო ადექვატური სამედიცინო მომსახურების მიღება მაღალი ღირებულების გამო, ხოლო 28%-მა განაცხადა, რომ მათ არ ქონდათ აუცილებელი მედიკამენტების შეძენის საშუალება.[2]

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით 2010 წელს საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, დაავადების მწვავე შემთხვევების (გამოკითხვის წინა 30 დღის განმავლობაში) დროს გამოკითხულთა დაახლოებით 16% ვერ იტარებდა სამედიცინო კონსულტაციას მათი სიძვირის გამო, ხოლო იმ ადამიანთა წილი, რომელთაც ესაჭიროებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ არ იყვნენ ჰოსპიტალიზებული ფინანსური მიზეზებით, შეადგენდა 2.6%-ს (შედარებისათვის, 2007 წელს ჩატარებული კვლევით იგი შეადგენდა 3.9%-ს).[3] კვლევის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავება. მოსახლეობის უღარიბესი ნაწილი 4-ჯერ მეტად ამბობდა უარს უმდიდრეს ნაწილთან შედარებით სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე ფინანსური ბარიერების გამო.[4]

---

1 American College of Physicians, 2000. American Society of internal Medicine. No health insurance? It is enough to make you sick. 2000.

2 Lasser KE et al. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada. Am J Public Health. 2006;96: 1300.

3 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010.

4 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010.

2014 წლის 8 მაისს ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოაქვეყნა საყოველთაო დაზღვევის ერთი წლის შედეგების შეფასება: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანზიაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წელს თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება და ანალიზი. ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა. გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა.[1]

3.1.3. მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა ხარისხიან სამკურნალწამლო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. წლიდან წლამდე იზრდება მედიკამენტებზე დანახარჯები. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების სტრუქტურაში მედიკამენტების წილი 2007-2010 წლების პერიოდში 49%-დან 55%-მდე გაიზარდა.[2] საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მიხედვით, 2007-2011 წლების პერიოდში სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში 40%-დან 48%-მდე გაიზარდა.[3] შედარებისათვის, ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯი დაახლოებით 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს.[4] აღნიშნული მძიმე ტვირთად აწევს მოსახლეობას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯების უმთავრეს მიზეზებს წარმოადგენენ მედიკამენტების არა-

1 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება ბენეფიციარებისა და მომსახურების მიმწოდებლების ჭრილში. საბოლოო ანგარიში. აშშ. საერთაშორისო განვითარების სააგენტო „ჯანდაცვის სისტემის განტკიცების პროგრამა“ აპრილი. 2014.

2 საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. „მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილებები“, 2009-2011.

3 საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. 2007-2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

4 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

რაციონალური დანიშვნის პრაქტიკა, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება, რეცეპტურის არასაკმარისი გამოყენება, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ფინანსური ლიმიტი, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგი.[1]

მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნის პრაქტიკა. მედიკამენტებზე მაღალ დანახარჯებს განაპირობებს მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნა. მკურნალობის დანიშვნისას ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ ძირადღირებული ორიგინალი ბრენდებით მკურნალობას და შედარებით ნაკლებად იყენებენ დაბალფასიან გენერიკული დასახელების მედიკამენტებს. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულ ექიმთა უმეტესობის (56%) აზრით მედიკამენტების შერჩევისას მედიკამენტის ფასი ძალიან მნიშვნელოვანია, მათ მიერ 57.4%-ში ინიშნება ორიგინალი ბრენდი, ბრენდ-გენერიკი — 24.3%-ში, ხოლო 18.3%-ში გენერიული მედიკამენტი.[2] ამასთან, აღსანიშნავია, რომ იმავე კვლევის მიხედვით, ექიმების აზრით, ბრენდის ექვივალენტი გენერიული მედიკამენტი არის მაღალი ხარისხის (55%) ან საშუალო ხარისხის (38%), უსაფრთხო (71%), მისივე ბრენდთან შედარებით არის კლინიკურად შედარებით ეფექტური (36%) ან თანაბრად ეფექტური (35%).[3]

გენერიული დასახელების მედიკამენტების დანიშვნის დაბალ დონეზე გავლენას ახდენს ის გარემოებაც, რომ დაბალია ასეთი სახის მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი „კურაციოს" მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გენერიული დასახელების მედიკამენტები ნაკლებადაა წარმოდგენილი საცალო აფთიაქებში, შედეგად, გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე მომხმარებლის ხელმისაწვდომობა დაბალია.[4]

2009 წლის სექტემბერში მთავრობამ განახორციელა „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ" კანონის ლიბერალიზაცია, რომლის შედეგად შესაძლებელი გახდა პარალელური იმპორტი და გამარტივდა იმ ფარმაცევტული პროდუქტის რეგისტრაცია, რომელიც წარმოებულია და/ან დარეგისტრირებულია ევროკავშირისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62.

2 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

3 იქვე.

4 გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2009-2011 წლებში. 2012 წ.

ქვეყნებში, აშშ-ში, კანადაში, იაპონიასა და სხვა ქვეყნებში. საქართველოს ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის დაშვება ხორციელდება სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმით ან სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით. მოიხსნა ფარმაცევტული პრეპარატების ბაზარზე შესვლის ბარიერები, ბაზარი გახდა თავისუფალი და კონკურენტუნარიანი ადგილობრივი და უცხოური ფარმაცევტული ინდუსტრიისთვის. იმ ფარმაცევტულ პროდუქციაზე, რომელიც უკვე რეგისტრირებულია საქართველოს ბაზარზე და შემოდის განსხვავებული მარკირებით, მოქმედებს მხოლოდ შეტყობინების რეჟიმი.[1]

საერთაშორისო ფონდი „კურაციომ" შეისწავლა მთავრობის მიერ განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილებების შედეგები. შესწავლილ იქნა 52 ორიგინალ ბრენდ და მათ ექვივალენტ დაბალ ფასიან გენერიული დასახელების მედიკამენტზე ხელმისაწვდომობა, ფასები და ფასნამატის მარჟები.[2] კვლევის შედეგებით, 2011 წელს 2009 წელთან შედარებით ფასნამატის კლება დაფიქსირდა როგორც ბრენდ ასევე გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე.[3] 2011 წელს ფასნამატის საგრძნობი კლება შეიმჩნეოდა განსაკუთრებით ორიგინალ ბრენდ მედიკამენტებზე (ფასნამატი 56%-ით შემცირდა), მაშინ როდესაც გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე ფასნამატის შემცირება მხოლოდ 18.3%-ით მოხდა ანალოგიურ პერიოდში; 2011 წელს 2009 წელთან შედარებით ორიგინალ ბრენდ მედიკამენტებზე ყველაზე დიდი ფასნამატის კლება დაფიქსირდა პსპ/ავერსი/ჯიპისის აფთიაქთა ქსელში, სადაც თუ 2009 წელს ორიგინალ ბრენდებზე საშუალო ფასნამატი 90.7%-ს შეადგენდა 2011 წელს ფასნამატის მოცულობამ მხოლოდ 17.1% შეადგინა.[4] ამავე პერიოდში ამავე ქსელებში გენერიულ მედიკამენტებზე ფასნამატი მხოლოდ 88.5%-დან 81.4%-მდე შემცირდა, მაშინ როდესაც სხვა ქსელებში გენერიულ მედიკამენტებზე ფასნამატი მხოლოდ 55.7%-ს შეადგენს.[5] კვლევა ადასტურებს, რომ კონკურენცია გაცილებით მაღალია ორიგინალ ბრენდებზე, რაც ფასის კლებას იწვევს და შედარებით ნაკლებია გენერიულ მედიკამენტებზე; შესაბამისად ფასნამატის მოცულობები ბრენდებზე მნიშვნელოვნად მცირდება და გენერიკებზე კი არა; მიუხედავად დაფიქსირებული ფასნამატის შემცირებისა, საქართვე-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ.64.

2 გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2009-2011 წლებში. 2012 წ.

3 იქვე.

4 იქვე.

5 იქვე.

ლოში მედიკამენტების ფასნამატი მაინც უფრო მაღალი რჩება ევროპის ქვეყნებთან შედარებით.[1]

მედიკამენტების რაციონალურად დანიშვნის პრაქტიკაზე მსჯელობისას მნიშვნელოვანია თუ რამდენს შეადგენს ექიმის მიერ ერთდროულად დანიშნულ მედიკამენტთა საშუალო რაოდენობა. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, ექიმები უმეტეს შემთხვევაში (51%) ნიშნავენ 3 და მეტ მედიკამენტს, შედარებით ნაკლებად 1 (25%) და 2 (24%) მედიკამენტს.[2]

მოსახლეობის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო და ფარმაცევტული სფეროების სუსტი რეგულირება. კვლევის მიხედვით, მედიკამენტების დანიშვნისას ექიმთა მხოლოდ 59% იყენებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინას, ხოლო 11% ეყრდნობა ფარმაცევტულ წარმომადგენლებს.[3] თუმცა, სადაზღვევო ასოცოაციის მიერ 2014 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ექიმები მედიკამენტის დანიშვნისას უმეტესად ითვალისწინებენ მტკიცებულებებით გამყარებულ კლინიკურ ეფექტურობას (76%), კლინიკურ გაიდლაინებს (69%), საკუთარ გამოცდილებას (52%), ხოლო ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლის რჩევას მხოლოდ 1%.[4]

იმავე კვლევის მიხედვით, მკურნალობისთვის მედიკამენტების შერჩევისას ექიმების 34% ყველაზე მეტად ეყრდნობა ფარმაცევტული კომპანიების მიერ მოწოდებულ საინფორმაციო მასალებს.[5]

ყოველივე ზემოაღნიშნული უარყოფითად ზემოქმედებს მედიკამენტებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობაზე. სადაზღვევო ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხულ მომხმარებელთა 63% მედიკამენტის ფასის გამო ვერ იღებს წამლებს დანიშნულების მიხედვით.[6]

სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების 2010 წლის კვლევის მიხედვით, უღარიბეს კვინტილში მოსახლეობის პროცენტული წილი, ვისაც დაენიშნა მედიკამენტები

1 გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2009-2011 წლებში. 2012 წ.

2 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2011. დანიშნულებების პრაქტიკა საქართველოში.

3 იქვე.

4 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

5 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

6 საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

ცხრილი 3: მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები

მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები	თბილისი	რეგიონები	სულ
მტკიცებულებებით გამყარებულ კლინიკურ ეფექტურობას	80%	74%	76%
კლინიკურ გაიდლაინებს	69%	74%	73%
საკუთარ გამოცდილებას	52%	48%	49%
მკურნალობის ხარჯეფექტურობას	23%	19%	20%
მედიკამენტის ფასს	15%	13%	14%
მედიკამენტის მწარმოებელს (ქვეყნას)	24%	18%	19%
ადგილობრივ ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტის გაყიდვაში არსებობას	15%	9%	10%
პაციენტის მოთხოვნას/სურვილს/ძველ გამოცდილებას	3%	6%	5%
სხვა	1%	3%	3%
მედიკამენტს, რომელსაც ხშირად იყენებენ ჩემი კოლეგები	2%	3%	3%
ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლის რჩევას	1%	4%	3%
მედიაში ყველაზე მეტად რეკლამირებულ მედიკამენტს	1%	0%	0%

წყარო: საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

და ვერ მოახერხა მათი შეძენა, ორჯერ და მეტად აღემატება უმდიდრეს კვინტილში ასეთი პირების პროცენტულ რაოდენობას.[1]

2013 წელს შესწავლილ იქნა დაზღვევის თვალსაზრისით ერთ-ერთი მაღალრისკიანი ჯგუფის, საპენსიო ასაკის ბენეფიციარების ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის და ზოგადად სადაზღვევო პოლისით კმაყოფილება.[2] საქართველოში მოქმედებს საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებთან ერთად მოიცავს სამკურნალო საშუალებათა ანაზღაურებას

1 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010.

2 Verulava, Tengiz (2014) Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country). HealthMED, 8 (9). C. 1078-1082.

ცხრილი 4: მკურნალობისათვის მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები

მედიკამენტის შერჩევის მახასიათებლები	%
ეროვნულ კლინიკურ გაიდლაინები/პროტოკოლები	64%
საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინები/პროტოკოლები	52%
სამედიცინო სახელმძღვანელოები	44%
ფარმაცევტული კომპანიების მიერ მოწოდებული საინფორმაციო მასალები	34%
სამედიცინო კონგრესის/კონფერენციების მიერ გამოქვეყნებული ინფორმაცია	33%
სამედიცინო ჟურნალგაზეთებში გამოქვეყნებული სტატიები	22%
სხვა	10%

წყარო: საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013).

დამტკიცებული ნუსხის და ლიმიტის ფარგლებში. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრულია პენსიონერთა სამედიცინო მომსახურება, არაიშვიათად მათზე გაწეული სერვისები არის კატასტროფული ხარჯების და შესაბამისად მათი გაღატაკების მიზეზი. კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა 120 საპენსიო ასაკის დაზღვეული ბენეფიციარი. ჩატარებული კვლევის მიხედვით, დაზღვეულ პენსიონერთათვის მედიკამენტები სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს; პენსიონერთა 55,2% მედიკამენტების ყიდვა თვეში ერთხელ მაინც უწევთ, ხოლო 34,4%-ს კვირაში ერთხელ-ორჯერ მაინც; დაზღვეულები ოჯახის უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას (36,6%), ასევე შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების დაბალ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას (22,8%); დაბალია სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტებზე განსაზღვრული წლიური ლიმიტი (100 ლარი, 50%-იანი თანაგადახდით); მაშინ როდესაც გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (64%) მიიჩნევს, რომ მათ მიერ მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თანხა 50 ლარს აღემატება (მათგან ასევე მეტი ნაწილი – 20,4% – თვლის რომ მედიკამენტებზე ხარჯები 80 ლარს აღემატება).[1] მედიკამენტების დაბალ ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ დაზღვეულთა ნაწილი

1 Verulava, Tengiz (2014) Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country). HealthMED, 8 (9). C. 1078-1082.

(32,8%) ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს სიძვირის გამო ვერ ყიდულობს.[1] მკვლევართა აზრით, უნივერსალური დაზღვევა საჭიროებს დიდ ფინანსურ რესურსებს, რაც დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის ბიუჯეტისათვის მძიმე ტვირთია. საქართველოს არ შეუძლია ყველა მოქალაქისთვის სამედიცინო მომსახურების სრული პაკეტის დაფინანსების უზურნველყოფა. სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებზე (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ, პენსიონერები, ქრონიკული ავადმყოფები) ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების შემცირებაზე მათი ფინანსური დაცვის გაზრდით. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის გაფართოება და უპირველესად იმ სერვისების (მედიკამენტები) ჩართვა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს.[2]

3.1.4. ჯანმრთელობის დაზღვევა და ჯანმრთელობის შედეგები

კვლევებით დასტურდება, რომ დაუზღვეველ ადამიანებს დაზღვეულებთან შედარებით აქვთ ჯანმრთელობის არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა. დაუზღვეველ ადამიანებში უფრო ხშირია სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების დიაგნოსტირება დაგვიანებულ სტადიებზე, ან მათი ჰოსპიტალიზაცია ჯანმრთელობის შედარებით მძიმე მდგომარეობაში.[3]

ჰიპერტენზიით, საშვილოსნოს ყელის სიმსივნით დაავადებულთა მაღალი მაჩვენებელი, აგრეთვე ძუძუს კიბოს მოგვიანებით სტადიებზე დიაგნისტირება უფრო მეტად აღინიშნება დაუზღვეველ პირებში, ვიდრე დაზღვეულებში, რაც გამოწვეულია იმით, რომ დაუზღვეველი ადამიანები უფრო ნაკლებად ახდენენ სისხლის წნევის მონიტორინგს, იშვიათად იტარებენ საშვილოსნოს ყელის და მკერდის დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს.[4]

დაუზღვეველ ადამიანებში უფრო ხშირად აღინიშნება სიკვდილიანობის უფრო მაღალი დონე ვიდრე დაზღვეულ პირებში. აშშ-ში

1 Verulava, Tengiz (2014) Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country). HealthMED, 8 (9). C. 1078-1082.

2 იქვე.

3 American College of Physicians, 2000. American Society of internal Medicine. No health insurance? It is enough to make you sick. 2000.

4 Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA, Zaslavsky AM. Unmet health needs of uninsured adults in the United States. JAMA. 2000 Oct 25;284(16):2061-9.

ჩატარებულმა კვლევამ რომელიც ასახავდა 1971-დან 1987 წლებამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელს, გამოავლინა, რომ დაკვირვების ბოლო პერიოდისათვის გარდაიცვალა დაზღვეულთა 9.5% და დაუზღვეველთა 18.4%. ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სხვა ფაქტორების (მაგალითად: ასაკი, სქესი, განათლება, სიგარეტის მოწევა და სხვ...) გათვალისწინებით დადგინდა, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონა სიკვდილიანობის რისკს ზრდიდა 25%-ით.[1] მედიცინის ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით, სამედიცინო დაზღვევის არქონა განაპირობებს წელიწადში 18000 სიკვდილიანობის შემთხვევას აშშ-ში.[2]

3.1.5. არასრული დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევა არ იძლევა სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის სრულ გარანტიას. ბევრ ადამიანს აქვს არასრული დაზღვევა, ანუ მათი ჯანმრთელობის დაზღვევა ლიმიტირებულია, რაც გარკვეულ გავლენას ახდენს საჭირო სერვისებზე ხელმისაწვდომობაზე. მაგალითად, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით საპენსიო ასაკის მოსახლეობისათვის გათვალისწინებულია სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეების დაფინანსება, მათ შორის სამკურნალო საშუალებათა ანაზღაურება დამტკიცებული ნუსხის და ლიმიტის მიხედვით. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანია ასაკის პენსიონერს უნაზღაურებს მედიკამენტებს პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან. კვლევის მიხედვით, გამოკითხულ პენსიონერთა მეტი ნაწილი (20,4%) მიიჩნევს, რომ მათ მიერ მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თვიური თანხა 80 ლარს აღემატება, რაც წლიურად 960 ლარზე მეტია. რადგან დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით პენსიონერებს შეუძლიათ მხოლოდ წლიურად 100 ლარის ფარგლებში მედიკამენტების შეძენა (50%-ის თანაგადახდით), გასაგებია, თუ რატომ უწევთ მათ ჯიბიდან მნიშვნელოვანი თანხის გადახდა.[3]

აშშ-ში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, სამედიცინო დაზღვევა ხშირ შემთხვევაში არ ფარავს მძიმე ავადმყოფობის ძირითად

1 Franks P, Clancy CM, Gold MR. Health insurance and mortality. JAMA. 1993;270:737.

2 Institute of Medicine Insuring Americas Health. Washington, DC: National Academics Press; 2004.

3 ვერულავა, თენგიზ. 2014. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი – ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი.

ხარჯებს.[1] 2001 წელს დაახლოებით 2 მილიონ ამერიკელს გააჩნდა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯები, მათ შორის 76%-ს ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა.[2] დაბალი ან საშუალო შემოსავლების მქონე პირთათვის სამედიცინო მომსახურებაზე დაწესებული თანაგადახდები შეიძლება წარმოადგენდნენ მნიშვნელოვან ფინანსურ პრობლემას. აშშ-ში 2001 წლიდან 2006 წლამდე პერიოდში დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევის მქონე თანამშრომელთათვის სამედიცინო მომსახურებაზე თანაგადახდის ზომა გაიზარდა 60%-ით.[3] 2002 წლის მონაცემებით, მედიქეას პროგრამით ხდება ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების მხოლოდ 45%-ს გადახდა.[4] ასევე, მედიქეა იხდის ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისების ხარჯების მხოლოდ 17%-ს.[5] მოხუცთა ბევრი ოჯახი ცხოვრების დანაზოგს ხარჯავს ქრონიკული დაავადებების მკურნალობაზე, შინმოვლის სერვისებზე...

ჯანდაცვის ხარჯებში პაციენტის თანამონაწილეობა, ერთი მხრივ, ამცირებს დაუსაბუთებელი სამედიცინო მომსახურების რაოდენობას, მეორე მხრივ, საჭირო ამბულატორიული სერვისების რაოდენობას და შესაბამისად ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას, განსაკუთრებით ღარიბებში.[6]

3.2. ჯანდაცვის არაფინანსური ბარიერები

ჯანდაცვის არაფინანსური ბარიერები მოიცავს საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურეობაზე ფიზიკურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. ასევე, პაციენტებს და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ენის, განათლების, კულტურული განსხვავებების შედეგად, აგრეთვე გენდერული და რასის ფაქტორების გამო წვდომის უუნარობას.[7]

---

1 Seifert RW, Rukavina M. Bankruptcy is the tip of a medical-debt iceberg. Health Affairs Web Exclusive. 2006.

2 Himmelstein DU et al. Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Affairs Web Exclusive.* February 2, 2005:w5-64.

3 Claxton G et al. Health benefits in 2006. Health Affairs Web Exclusive. 2006;25:w476

4 Kaiser Family Foundation: *Women and Health Care.* Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; July 2005b. www.kff.org.

5 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy: A Clinical Approach. Fifth Edition. 2009. გვ. 28.

6 Brook RH et al. Does free care improve adults' health? N Engl J Med. 1983;309:1426.

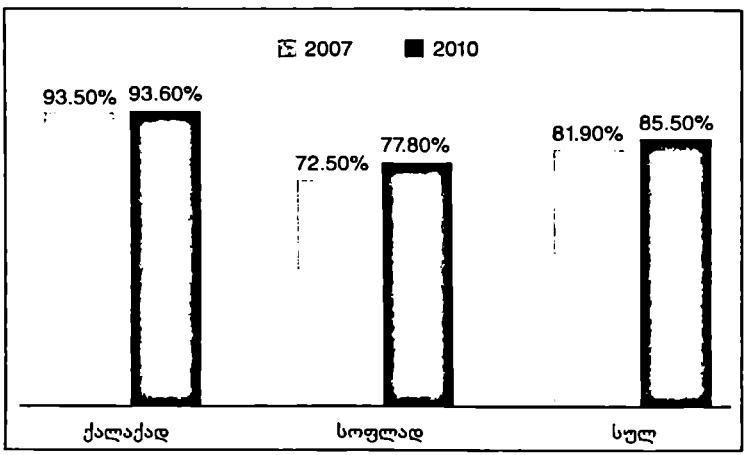
7 King TE, Wheeler MB. Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients. New York, NY:McGraw-Hill;2007.

ფიზიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გულისხმობს მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლის შესაძლებლობას. სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა სახელმწიფოს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს.

2007 და 2010 წლებში საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, პაციენტთა დახლოებით 80-85%-ს შეუძლიათ მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა. ხოლო, სოფლად, პაციენტთა 78%-ს შეუძლიათ მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა. ასევე, ბოლო სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარების ადგილამდე მისვლის მედიანური დრო შეადგენდა 30 წუთს ყველა რაიონში.[1]

ნახატი 1: მგზავრობის წილი, რომელთაც ჩვეული საშუალებებით შეუძლიათ იმ სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა, სადაც ისინი ჩვეულებრივ ხვდებიან ექიმს

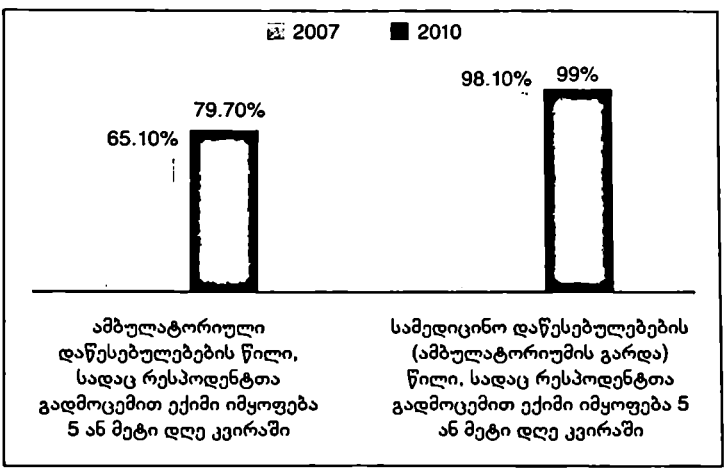


წყარო: სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევა

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის მიხედვით, სოფლის მოსახლეობისთვის ექიმთა ხელმისაწვდომობა ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. სოფლად ამბულატორიული დაწესებულებების წილი, სადაც რესპოდენტთა გადმოცემით ექიმი იმყოფება 5 ან მეტი დღე კვირაში, 2007-2010 წლების პერიოდში გაიზარდა 65.1%-დან 79.7%-მდე; ასევე საკმაოდ მაღალია ექიმთა ხელმისაწვდომობა სხვა სამედიცინო დაწესებულებების მიმართაც.[1]

ნახატი 2: სამედიცინო დაწესებულებების წილი, სადაც ექიმი იმყოფება 5 ან მეტი დღე კვირაში



წყარო: სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევა.

საბაზისო სერვისებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად გამოიყენება სამედიცინო მომსახურეობის გაწევის ადგილზე ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარების შესაძლებლობა. 2007 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, როგორც ქალაქად, ისე სოფლად მცხოვრები პაციენტების 80%-ზე მეტს შეეძლო ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარება იმავე დაწესებულებაში, რომელსაც მიმართა ბოლო კონსულტაციისათვის. აღნიშნული მიგვა-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013.

ნიშნებს, რომ მოსახლეობისათვის საბაზისო სამედიცინო სერვისები ფიზიკურად ხელმისაწვდომია.[1]

ამრიგად, სამედიცინო დაწესებულებები და საბაზისო სამედიცინო სერვისები გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომია.[2]

სამედიცინო მომსახურებაზე ოპერატიული ხელმისაწვდომობა

ჯანდაცვის არაფინანსურ ბარიერს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე ოპერატიული ხელმისაწვდომობა. იგი გულისხმობს საჭიროების შემთხვევაში ექიმების მიერ პაციენტების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობას.

აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, პაციენტები ხშირად ვერ ახერხებენ ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნას, რის გამოც საჭირო სამედიცინო მომსახურების მისაღებად მიმართავენ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურებს. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურებში განხორციელებული ვიზიტების 53% არ წარმოადგენდა ურგენტულს და მოიცავდა ისეთ პაციენტებს, რომლებმაც სამედიცინო მომსახურების ძიებაში ვერ შეძლეს ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნა.[3] 1997 წლიდან 2001 წლების პერიოდში, ადამიანთა პროცენტული წილი, რომლებმაც ვერ მიიღეს ექიმთან ვიზიტის დროულად დანიშვნა, 23% დან 33%-მდე გაიზარდა.[4] 2001 წელს მოზრდილთა 43%, რომელთაც აღენიშნებოდათ გადაუდებელი მდგომარეობა, ზოგჯერ ვერ შეძლეს მიიღოთ მათთვის საჭირო, სათანადო სამედიცი-

1 შინამეურნეობათა გამოკითხვის შედეგები ჯანდაცვითი სერვისების მოხმარებისა და ჯანდაცვითი ხარჯების შესახებ. საბოლოო ანგარიში. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი. თბილისი, საქართველო, სშჯსდ სამინისტრო, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტი, ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფი, გაერთიანებული სამეფო, საერთაშორისო ფონდი „კურაციო". 2007.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013

3 Cunningham P, May J. Insured Americans drive surge in emergency department visits. Center for Studying Health System Change Issue Brief. October 2003. www.hschange.org.

4 Strunk BC, Cunningham PJ. Treading Water: Americans' Access to Needed Medical Care, 1997-2001. Washington, DC: Center for Studying Health System Change; 2002.

ნო მომსახურეობა.[1] 2001 წელს ქალთა ჯანმრთელობის კვლევით აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულ ქალთა 28%, რომელთაც გააჩნდათ ჯანმრთელობის არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა, სამედიცინო მომსახურება შეფერხებით ან საერთოდ ვერ მიიღეს, რადგან ვერ შეძლეს ექიმთან ვიზიტის დროულად დანიშვნა.[2]

სქესი და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობაზე გავლენას ახდენენ სქესობრივი თავისებურებები. ჩატარებული კვლევები მოწმობენ, რომ ექიმი ქალები უფრო მეტად არიან პაციენტზე ორიენტირებულნი და უფრო მეტ დროს უთმობენ თავიანთ პაციენტებს, ვიდრე მამრობითი სქესის ექიმები.[3] ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, დაზღვეულ პაციენტებს, რომელთა სადაზღვევო პაკეტი მოიცავდა მამოგრაფიას და საშოს ნაცხის ანალიზს, ექიმი ქალები თითქმის ორჯერ მეტად უნიშნავდა საშოს ნაცხის ანალიზს და 1.4-ჯერ მეტად მამოგრაფიას, ვიდრე მამაკაცი ექიმები.[4]

რასა და სამედიცინო მომსახურების ხელისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე გავლენას ახდენენ რასობრივი თავისებურებები. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, კალიფორნიის გადაუდებელი დახმარების ცენტრში, ლათინოამერიკელი პაციენტების 55%-მა, რომელთაც გააჩნდათ კიდურების მოტეხილობა, ვერ მიიღეს ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები, რაც დაკავშირებული იყო ეთნიკურ სტატუსთან.[5] აფროამერიკელი პაციენტები ასევე შედარებით ნაკლებად ღებულობენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, ვიდრე თეთრკანიანები.[6] აშშ-ში ეთნიკური უმცირესობები უფრო მეტად არიან დაუზღვეველები და აქვთ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა.[7] კვლევების

1 Greenblatt J. Access to Urgent Medical Care, 2001. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.

2 Kaiser Family Foundation: Women's Health in the United States Health Coverage and Access to Care .Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation;May 2002.

3 Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:497.

4 Lurie N et al. Preventive care for women: Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med.* 1993;329:478.

5 Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA.* 1993;269: 1537.

6 Todd KH et al. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med.*2000;35:11.

7 King TE, Wheeler MB. Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients. New York, NY:McGraw-Hill;2007.

მიხედვით, აფროამერიკელები, ლათინოამერიკელები ღებულობენ დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, ვიდრე თეთრკანიანი ამერიკელები.[1] ხოლო ისეთ უბნებში, სადაც უფრო მეტად აფროამერიკელები და ლათინოამერიკელები ბინადრობენ, ბევრად ნაკლები პრაქტიკოსი ექიმები ეწევიან სამედიცინო მომსახურებას.[2]

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ასეთი ეთნიკური უთანასწორობა დაკავშირებულია ექიმებსა და განსხვავებული კულტურისა და ენის მქონე პაციენტებს შორის არაეფექტურ ურთიერთობასთან, კომუნიკაციის პრობლემებთან.[3] აშშ-ში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე რასობრივ უთანასწორობაში მნიშვნელოვანი როლი უკავია რასიზმს.[4] მეოცე საუკუნის გარკვეულ პერიოდში ბევრი საავადმყოფოები წარმოადგენდნენ ან მთლიანად სეგრეგირებულ დაწესებულებებს ან ჰქონდათ სეგრეგირებული პალატები, სადაც არათეთრკანიან ამერიკელებს სამედიცინო მომსახურეობას უწევდნენ არადამაკმაყოფილებელ პირობებში. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-ში რასიზმის ასეთი გამოვლინებები აშკარად შემცირდა, მაინც აღინიშნება დისკრიმინაციის შემთხვევები პაციენტსა და ექიმს შორის, რაც გავლენას ახდენს ეთნიკური უმცირესობების სამედიცინო ხელმისაწვდომობაზე.[5]

ლიტერატურა:

- გოცაძე თამარ, რუხაძე ნათია. მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2009-2011 წლებში. 2012 წ
- ვერულავა, თენგიზ. 2014. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი – ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი.
- კურაციო, 2011. სამედიცინო მომსახურების მოხმარება და დანახარჯები, მსოფლიო ბანკი, საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2011 წ.
- საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2011. დანიშნულებების პრაქტიკა საქართველოში.
- საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, 2014. მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013);

1 King TE, Wheeler MB. Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients. New York, NY:McGraw-Hill;2007.

2 Komaromy M et al. The role of Black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. *N Engl J Med.* 1996;334:1305.

3 LaVeist TA et al. Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients.Med Care Res Rev. 2000.

4 King TE, Wheeler MB. Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients. New York, NY:McGraw-Hill;2007.

5 Van Ryn M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care.Med Care. 2002;40(Suppl):I-140.

- სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების კვლევა, 2010.
- საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2013. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1852448&lang=ge (ნანახია 02.04.2014).
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.
- საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. 2007-2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
- სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=889 (ნანახია 24.03.2014).
- საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. „მედიკამენტების ფასის და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ცვლილებები,“ 2009-2011.
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება ბენეფიციარებისა და მომსახურების მიმწოდებლების ჭრილში. საბოლოო ანგარიში. აშშ. საერთაშორისო განვითარების სააგენტო „ჯანდაცვის სისტემის განტკიცების პროგრამა“ აპრილი. 2014.
- შინამეურნეობათა გამოკითხვის შედეგები ჯანდაცვითი სერვისების მოხმარებისა და ჯანდაცვითი ხარჯების შესახებ. საბოლოო ანგარიში. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი. თბილისი, საქართველო, სშჯსდ სამინისტრო, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტი, ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფი, გაერთიანებული სამეფო, საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. 2007.
- American College of Physicians, 2000. American Society of internal Medicine. No health insurance? It is enough to make you sick. 2000. www..acponline.org/uninsured/lack-contents.htm.
- Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA, Zaslavsky AM. Unmet health needs of uninsured adults in the United States. JAMA. 2000 Oct 25;284(16):2061-9.
- Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy: A Clinical Approach. Fifth Edition. 2009. გვ. 28.
- Brook RH et al. Does free care improve adults' health? N Engl J Med. 1983;309:1426.
- Claxton G et al. Health benefits in 2006. Health Affairs Web Exclusive. 2006;25:w476.
- Cunningham P, May J. Insured Americans drive surge in emergency department visits. Center for Studying Health System Change Issue Brief. October 2003. www.hschange.org.
- Franks P, Clancy CM, Gold MR. Health insurance and mortality. JAMA. 1993;270:737.
- Greenblatt J. Access to Urgent Medical Care, 2001. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.

- Himmelstein DU et al. Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Affairs Web Exclusive.* February 2, 2005:w5-64.
- Institute of Medicine Insuring Americas Health. Washington, DC: National Academics Press; 2004.
- Kaiser Family Foundation:*Women and Health Care.*Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; July 2005b. www.kff.org.
- Kaiser Family Foundation: Women's Health in the United States Health Coverage and Access to Care .Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation;May 2002.
- King TE, Wheeler MB. Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients. New York, NY:McGraw-Hill;2007.
- Komaromy M et al. The role of Black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. *N Engl J Med.* 1996;334:1305.
- Lasser KE et al. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada. Am J Public Health. 2006;96: 1300.
- LaVeist TA et al. Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients.Med Care Res Rev. 2000.
- Lurie N et al. Preventive care for women: Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med.* 1993;329:478.
- Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:497.
- Seifert RW, Rukavina M. Bankruptcy is the tip of a medical-debt iceberg. Health Affairs Web Exclusive. 2006.
- Strunk BC, Cunningham PJ. Treading Water: Americans' Access to Needed Medical Care, 1997-2001. Washington, DC: Center for Studying Health System Change; 2002.
- Todd KH et al. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med.*2000;35:11.
- Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA.* 1993;269: 1537.
- Van Ryn M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care.Med Care. 2002;40(Suppl):I-140.
- Verulava, Tengiz (2014) *Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country).* HealthMED, 8 (9). C. 1078-1082.

IV თავი

ჯანდაცვის ხარჯები

4.1. ჯანდაცვის ხარჯები და ჯანმრთელობის მაჩვენებლები

საზოგადოების თვალსაზრისით, რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები მით უკეთესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები. „უკეთესი ჯანმრთელობის“ არსი ძალიან ფართოა და მოიცავს სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მატებას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, კონკრეტული დაავადებისაგან სიკვდილიანობის და ავადობის შემცირებას, ტკივილის შემსუბუქებას, ქრონიკულ ავადმყოფთა დამოუკიდებლად ფუნქციონირების უნარის გაუმჯობესებას. ამდენად, მნიშვნელოვანია, ვიცოდეთ, ჯანდაცვაში მეტი რესურსების ინვესტიციები რამდენად აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებს.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების სიდიდე დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, ჯანდაცვის დანახარჯებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ***ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობა,*** ვიდრე სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, შესაბამისად, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებს აქვთ შესაძლებლობა ჯანდაცვაზე დახარჯონ მეტი თანხები.[1] მაგალითად, კანადას, რომლის მთლიანი შიგა პროდუქტი ერთ სულზე 20 000 დოლარს შეადგენს, შეუძლია ჯანდაცვაზე უფრო მეტი დახარჯოს ვიდრე ბანგლადეშს, რომლის მთლიანი შიგა პროდუქტი ერთ სულზე გათვლით 200 დოლარია.[2] ჯანდაცვის ხარჯების სიდიდეზე გავლენას ახდენს მოსახლეობის გადახდისუნარიანობა, მათი გადასახადების თუ სადაზღვევო შენატანების დონე. რაც უფრო მდიდარია ადამიანი, მით უფრო მეტს ხარჯავს იგი ჯანდაცვაზე.[3]

ცხადია, რაც უფრო მაღალია ქვეყნის განვითარების დონე, მით უფრო მეტი თანხები იხარჯება ჯანდაცვაზე, შესაბამისად მით

1 Getzen Thomas E. 2012. Health Economics and Financing. 5th Edition. Wiley. 2012.

2 იქვე.

3 იქვე.

უფრო მაღალია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა (მაგ., სოცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა). ამავე დროს, მკვლევარების მტკიცებით, ჯანდაცვაზე მაღალი ხარჯები არ წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების უმთავრეს საშუალებას.

აშშ უმდიდრესი ქვეყანაა მსოფლიოში, სადაც ჯანდაცვაზე ყველაზე უფრო მეტი თანხები იხარჯება, მაგრამ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით არცთუ ისე მაღალია. ასე მაგალითად, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა იაპონიაში 79 წელია, ხოლო აშშ-ში – 76, მაშინ, როდესაც აშშ ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით თითქმის ორჯერ უფრო მეტს ხარჯავს ჯანდაცვაზე, ვიდრე იაპონია. ასევე, დიდი ბრიტანეთი ჯანდაცვაზე გაცილებით ნაკლებს ხარჯავს ($1039 თითო სულზე), ვიდრე აშშ ($ 2763 თითო სულზე), მაგრამ ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები ორივეგან თითქმის თანაბარია (სიცოცხლის ხანგრძლივობა – 75/76; ახალშობილთა სიკვდილიანობა – 8/10). აშშ-ს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებელი თითქმის ისეთივე აქვს როგორიც კოსტა-რიკას ან კუბას. ბევრ ღარიბ ქვეყნებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მკვეთრად გაიზარდა მიუხედავად ერთ სულზე მთლიანი შიგა პროდუქტის და ჯანდაცვაზე დანახარჯების დაბალი დონისა.[1]

ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, ჯანდაცვაზე დიდი დანახარჯები უმთავრესად დაკავშირებულია სამედიცინო პერსონალის დიდ რაოდენობასთან და ახალი, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვასთან, ვიდრე სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროებასთან.[2] მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ იაპონიაში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 25 წლით გაიზარდა, მკვლევართა აზრით იგი ეკონომიკურ აღმავლობასთან ერთად უფრო მეტად დაკავშირებული იყო ჯანდაცვის სფეროში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვასთან.[3] აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ დაბალ, ან საშუალო-შემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც შედარებით ნაკლებად იყენებენ უახლეს სამედიცინო ტექნოლოგიებს, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მაღალია (მალაზია – 71 წ; შრი ლანკა – 72 წ; ჩილე – 73 წ.), რაც მიგვანიშნებს, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შესაძლოა არ იყოს დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების უახლესი ტექნოლოგიების დანერგვაზე.[4]

1 Getzen Thomas E. 2012. Health Economics and Financing. 5th Edition. Wiley. 2012.
2 იქვე.
3 იქვე.
4 იქვე.

ჯანდაცვის დანახარჯები გარკვეულ გავლენას ახდენს ჩილ ბავშვთა და დედათა სიკვდილობაზე. ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვზე მაღალი დანახარჯებია, ხელმისაწვდომია სამედიცინო დახმარება, დაბალია დედათა და ბავშვთა სიკვდილობა. ინფექციური დაავადებებით მოკვდაობა და ავადობის ტვირთი მაღალია დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში და დაბალია მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში. რადგან უმეტესი დაავადებები, რომელიც ასოცირდება სიღარიბესთან, არის ინფექციური დაავადებები – შიდსი, მალარია, ტუბერკულოზი, დიარეა და ა.შ. ეს დაავადებები დაკავშირებულია დაბალ შემოსავლებთან, სუფთა წყლისა და სანიტარიის ნაკლებობასთან, საკვების არასრულფასოვან მოხმარებასთან, სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობის არარსებობასთან.

ქვეყანა რაც უფრო მეტს ხარჯავს საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მით უფრო მაღალია აუცილებელ სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობა. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში (ამერიკა, დასავლეთ ევროპა, იაპონია, ავსტრალია) სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა 95%-ს შეადგენს. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში და ლათინური ამერიკის ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის დონე 50-80%-ია. სუბსაჰარული აფრიკის ქვეყნებში, სადაც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 50 წელს ოდნავ აღემატება, მაღალია დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, ინფექციური დაავადებებით ავადობა, აღინიშნება 50%-ზე დაბალი ხელმისაწვდომობა.

გარკვეული დამოკიდებულება არსებობს ჯანდაცვაზე დანახარჯებსა და ავადობის ტვირთს შორის. სადაც დაბალია ჯანდაცვაზე დანახარჯები, მაღალია ავადობის ტვირთი. მდიდარ ქვეყნებზე, სადაც ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენს გლობალური დანახარჯების 87%-ს, მოდის გლობალური ავადობის ტვირთის შედარებით დაბალი წილი. შედარებისათვის, ღარიბ ქვეყნებზე მოდის ავადობის გლობალური ტვირთის 90% და ჯანდაცვაზე გლობალური დანახარჯების 13%.

ამერიკის რეგიონი, რომელიც შეადგენს მსოფლიოს მოსახლეობის 8%-ს, ავადობის გლობალურ ტვირთზე მოდის 10%, მსოფლიოს ჯანდაცვის მუშაკთა 37% და იხარჯება მსოფლიოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 50%. აფრიკის რეგიონზე მოდის მოსახლეობის 14%, ავადობის გლობალური ტვირთის 24%, მსოფლიოს ჯანდაცვის მუშაკთა 3% და იხარჯება ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 1% საერთაშორისო დახმარების ჩათვლით.

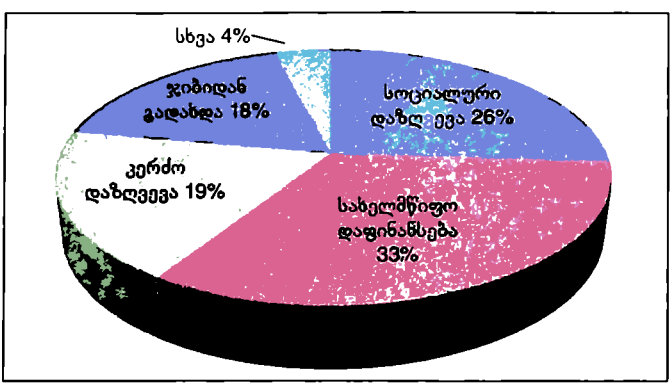
უღარიბეს ქვეყნებს არ გააჩნიათ საკმარისი რესურსები, რათა ხელმისაწვდომი იყოს ბაზისური, აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯან-

დაცვის სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესების მიზნით ღარიბ ქვეყნებში უნდა გაიზარდოს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც ფიზიკური, ასევე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ჯანმრთელობა მეტად ძვირადღირებული სიამოვნებაა. „ჯანდაცვის ინდუსტრია" არის ეკონომიკის ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ვექტორი მსოფლიოში. 2005 წლის მონაცემებით მსოფლიოს მთლიანი შიდა პროდუქტი შეადგენს 44.8 ტრილიონ აშშ დოლარს, ხოლო ჯანმრთელობაზე მთლიანი დანახარჯები 4,5 ტრილიონ აშშ დოლარს (5,1 ტრილიონი საერთაშორისო დოლარი PPP), რაც მსოფლიოს გლობალური პროდუქტის დაახლოებით 10%-ის ტოლია. აღსანიშნავია, რომ 1995 წელთან შედარებით ეს რიცხვი თითქმის გაორმაგდა.

2005 წელს მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა სახელმწიფო დაფინანსება – 33% და სავალდებულო სოციალური დაზღვევა – 26%, ჯიბიდან გადახდები და კერძო დაზღვევის პრემიუმები ერთად შეადგენდა 37%-ს.

ნახატი 1: მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯები წყაროების მიხედვით, 2005



მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციით ქვეყნები დაყოფილია თითო სულზე საერთო ეროვნული შემოსავლების (GNI – Gross National Inome) მიხედვით:

დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში (53 ქვეყანა) საერთო ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე შეადგენს 905 $-ზე ნაკლებს;

საშუალოზე დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში (55 ქვეყანა) მთლიანი ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე $906 – $3595 -ს შორის მერყეობს;

საშუალოზე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში (41 ქვეყანა) – მთლიანი ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე $3596 – $11115-ს შორის მერყეობს;
მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში (60 ქვეყანა) – მთლიანი ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე $11116-ზე მეტს შეადგენს.

საქართველო განეკუთვნება საშუალოზე დაბალშემოსავლიან ქვეყანას. მსოფლიო მოსახლეობის ნახევარზე მეტი ***დაბალშემოსავლიანს*** განეკუთვნება და აგრარულ სექტორშია დასაქმებული. მსოფლიოს ***საშუალოშემოსავლიანი*** ქვეყნების მოსახლეობა შეადგენს 1,5 მილიარდს. ***მაღალშემოსავლიანი*** ქვეყნების მოსახლეობა შეადგენს 850 მილიონს. იგი წარმოდგენილია დასავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებით, აგრეთვე აშშ, კანადა, იაპონია, ავსტრალია, ახალი ზელანდია.

ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები მკვეთრად განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყნებში და 20 დოლარიდან 6000 დოლარამდე მერყეობს. ამის მიხედვით ქვეყნებს სამ კატეგორიად ყოფენ: მაღალი დანახარჯების ჯანდაცვის ეკონომიკის ქვეყნები, ჯანდაცვაზე ეკონომიკის სწრაფად მზარდი ქვეყნები და მცირე დანახარჯიანი და ჯანდაცვის ნელა მზარდი ქვეყნები.

მაღალდანახარჯებიანი ჯანდაცვის ეკონომიკა დამახასიათებელია მაღალი განვითარების ქვეყნებისთვის, სადაც მთლიანობაში ცხოვრობს თითქმის 1 მილიარდი ადამიანი და იხარჯება მსოფლიოს ჯანდაცვაზე დანახარჯების 87%. 2005 წელს ეს ქვეყნები ჯანდაცვაზე საშუალოდ ხარჯავდნენ 3752 საერთაშორისო დოლარს ერთ სულ მოსახლეზე, ანუ 1563 საერთაშორისო დოლარით მეტს 1995 წელთან შედარებით. ამ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე დანახარჯების უმეტესი ნაწილი ფინანსდება სახელმწიფო დანახარჯებით ან კერძო წინასწარი გადახდის სისტემით (კერძო დაზღვევა). ჯიბიდან გადახდების წილი ამ ქვეყნებში 15%-ს შეადგენს.

დაბალდანახარჯებიან ჯანდაცვის ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში (აფრიკა, სამხრეთ აზია) ცხოვრობს 2,6 მილიარდი ადამიანი და იხარჯება მსოფლიოს ჯანდაცვაზე დანახარჯების 2%. ჯანდაცვაზე დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ 103 საერთაშორისო დოლარს შეადგენს (1995 წ. 58 დოლარი). ამ ქვეყნებში ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდის ტემპი საშუალოდ 5,8%-ია, ისევე როგორც მაღალი დანახარჯების მქონე ქვეყნებში, თუმცა, აბსოლუტურ რიცხვებში იგი საკმაოდ დაბალია.

ამ ქვეყნებს ახასიათებთ ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სიმწირე, ავადობის მძიმე ტვირთი, დედათა და ბავშვთა მოკვდაობის მაღალი დონე. მოსახლეობის დიდი ჯგუფები მოკლებულნი არიან სა-

მედიცინო მოსმახურებას მისი სიძვირის, სამედიცინო პერსონალის ან აპარატურის ნაკლებობის გამო.

მესამე ჯგუფს განეკუთვნებიან დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები, სადაც **ჯანდაცვის ეკონომიკა სწრაფი ტემპით ვითარდება.** ამ ქვეყნებში ცხოვრობს 2,9 მილიარდი ადამიანი და იხარჯება ჯანდაცვაზე გლობალური დანახარჯების 11%. 2005 წელს ჯანდაცვის დანახარჯები საშუალოდ ერთ სულზე 413 საერთაშორისო დოლარს შეადგენდა (1995 წელს 189 დოლარი). ჯანდაცვის ეკონომიკის ზრდის ტემპი ამ ქვეყნებში 8,1%-ს შეადგენს.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტურობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები:

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიანი შიგა პროდუქტიდან;
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფოს მთლიან დანახარჯებში;
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში;
ჯანდაცვაზე თითო სულზე სახელმწიფო დანახარჯები
კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე
ჰოსპიტალურ, ამბულატორიულ მომსახურებასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებიდან

4.2. მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე მშპ მიხედვით

ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებს გამოხატავენ მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (მეპ; ინგლ. Gross National Product) და მთლიანი შიგა პროდუქტის (მშპ; ინგლ. Gros Domestic Product) პროცენტების მიხედვით. ***მთლიანი ეროვნული პროდუქტი*** (მეპ) წარმოადგენს დროის გარკვეულ მონაკვეთში (როგორც წესი ერთი წლის განმავლობაში) ქვეყნის მთლიანი შიგა პროდუქტისა და უცხოეთიდან მიღებული სუფთა შემოსავლის ჯამს. ***მთლიანი შიდა პროდუქტი*** (მშპ) შედგება მხოლოდ მოცემული ქვეყნის შიგნით წარმოებული საბოლოო პროდუქტისა და მომსახურების ღირებულებისაგან, იმის მიუხედავად, თუ ვინაა მისი მესაკუთრე – ადგილობრივი თუ უცხოეთის ქვეყნების საწარმოები.

იმ ქვეყნებს, სადაც მაღალია მთლიანი შიდა პროდუქტი და გადასახადებისა და სხვა სახელმწიფო შემოსავლების მობილიზების დონე, მეტი სახსრების მიმართვა შეუძლიათ ჯანმრთელობაზე, ეს კი ზრდის მოსახლეობისთვის პრევენციულ და პერსონალური სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობას და ამცირებს ავადმყოფობის გამო ადამიანთა გაღარიბების შესაძლებლობას და ფინანსური გაჭირვების რისკს.

ჯანდაცვაზე დახარჯული მთლიანი ეროვნული პროდუქტის პროცენტი არის ქვეყნის საერთო შემოსავლიდან ჯანდაცვაზე განაწილებული წილის საზომი, რომელიც შედგება სახელმწიფო, კერძო და დონორი წყაროებისგან. ჯანდაცვაზე დახარჯული მთლიანი ეროვნული პროდუქტის პროცენტი საზოგადოების კეთილდღეობის საუკეთესო სტანდარტული საზომია, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. სხვადასხვა ქვეყნების მიხედვით, იგი

ცხრილი 1: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ხვედრითი წილი მშპ-ში, საქართველო

წელი	ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები (მლნ ლარი)	მშპ-ის %
1995		5.3
1996		7.6
1997		8
1998		6.7
1999		6.4
2000		7.4
2001	523	7.8
2002	650.7	8.7
2003	724.8	8.5
2004	835.9	8.5
2005	998.3	8.6
2006	1159.6	8.3
2007	1386.6	8.3
2008	1660.7	9
2009	1818.5	10.3
2010	2096.5	10.2
2011	2292.4	9.4

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

მერყეობს 2-დან 17%-მდე ფარგლებში. მშპ-ის ჯანდაცვაზე დახარჯული დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ ჯანდაცვისათვის არ არის მობილიზებული საკმარისი რესურსები, შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მომსახურების ხარისხი დაბალია. მშპ-ის ჯანდაცვაზე დახარჯული მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ ფართოდაა გავრცელებული მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

არ არსებობს მშპ-ის ჯანდაცვაზე დანახარჯების ისეთი შესაბამისი პროცენტული მაჩვენებელი, რომელიც ქვეყანამ უნდა დახარჯოს მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების (სახელმწიფო და დონორი) წილი მთლიან შიდა პროდუქტში უნდა იყოს 5% მაინც.

საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ბოლო ათწლეულში ზომიერი ტემპით იზრდებოდა, ხოლო ბოლო წლებში ზრდის ტემპმა მნიშვნელოვნად იმატა და მისი ხვედრითი წილი მშპ-თან მიმართებაში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის. 2010 წლის მონაცემებით იგი შეადგენს 10,2%-ს. ეს ნიშნავს, რომ საკუთარი ეკონომიკიდან საქართველო ჯანდაცვაზე ხარჯავს თითქმის იმდენივეს, რამდენსაც ევროპის მდიდარი ქვეყნები. მშპ-დან ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი თანხების ასეთი მაღალი წილი შესაძლოა განპირობებული იყოს ისეთი ფაქტორებით, როგორიცაა ახალი ტექნოლოგიებისა და სამკურნალწამლო საშუალებების მაღალი ფასები და, შესაბამისად, მაღალი სამედიცინო ინფლაცია, ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის მატების ხარჯზე ქრონიკული დაავადებების პრევალენტობის სწრაფი ზრდა და სხვა.[1]

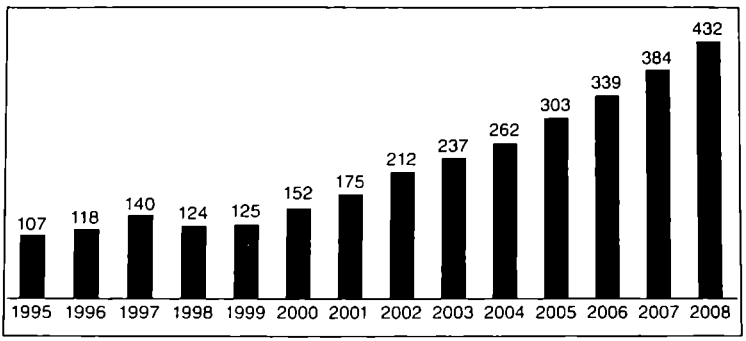
4.3. ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით

მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით სტანდარტულ საზომს წარმოადგენს, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. იგი გვიჩვენებს თუ რომელ ქვეყანაშია ჯანდაცვის დანახარჯები ადექვატური, რომ მიღწეულ იქნეს შესაბამისი ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

დაბალშემოსავლიანი ქვეყნების ჯანმრთელობის ბიუჯეტი საკმარისი არ არის ჯანმრთელობის პრობლემების დასაძლევად. ჯან-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ნახატი 2: მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე PPPS ერთ სულზე. საქართველო. 1994-2008 წწ.



წყარო: გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის „მაკროეკონომიკისა და ჯანმრთელობის კომისიის" (Commission on Macroeconomics and Health) გათვლებით, დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში მინიმალური აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისათვის საჭიროა ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენდეს არანაკლებ $30-40-ს ერთ სულ მოსახლეზე წელიწადში; ქვეყანა. სადაც ჯანდაცვაზე ერთ სულზე დანახარჯები $30-40-ზე ნაკლებია შესაბამისად დაბალია სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.[1] ეს მინიმალური და აუცილებელი თანხა უმეტესწილად ჯანდაცვის წინასწარი გადახდის სქემებით უნდა დაიფაროს და ნაკლებად – ჯიბიდან პირდაპირი გადახდით.

როგორც ნახატზე ვხედავთ, მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით 1995-2008 წლებში 107$-დან 432$-მდე მერყეობს.

4.4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში

სახელმწიფოს ერთ-ერთი უმთავრესი ფასეულობა ადამიანის ჯანმრთელობაა. ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშ-

1 Commission on Macroeconomics and Health. WHO. 2001.

ვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები. სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი სახსრების მოცულობა და ხარჯვა ბევრადაა დამოკიდებული ქვეყნის პოლიტიკურ ნებასა და ბიუჯეტის შესაძლებლობებზე.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტი სტანდარტულ საზომს წარმოადგენს, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. იგი გვიჩვენებს სახელმწიფოს დამოკიდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან, თუ რა მნიშვნელობას ანიჭებს იგი ჯანდაცვაზე დანახარჯებს სხვა სექტორების დანახარჯებთან შედარებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15%-ს მაინც.[1]

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში სახელმწიფოს წილი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, რომელთა შორის მთავარია – საზოგადოებაში არსებული ფასეულობები, პრიორიტეტები, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონე. ბევრ ქვეყნებში, რაც უფრო დიდია მშპ, მით მეტია სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში. გარკვეული გამონაკლისია აშშ და შვეიცარია, სადაც კერძო დაფინანსების სისტემა ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს. ამ ქვეყნებში მოსახლეობის პირადი შენატანების უმთავრესი ნაწილი კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებში იყრის თავს. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობის შემოსავლები დიდია, ჯანდაცვის სისტემა საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპზე ვითარდება და ჯანდაცვის ხარჯების უმეტეს ნაწილს სახელმწიფო იხდის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებით ან სოციალური დაზღვევის სისტემების საშუალებით. განვითარებად ქვეყნებში (აზია, აფრიკა, ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნები) უფრო მეტად ჯანდაცვის კერძო დაფინანსების სისტემაა გავრცელებული. ჯანდაცვის დანახარჯების ნახევარზე მეტი პაციენტის პირდაპირი გადახდით, ან კერძო სადაზღვევო კომპანიების საშუალებით ხორციელდება. რაც ბევრს ხარჯავს სახელმწიფო ჯანმრთელობაზე, მით უფრო ნაკლების გადახდა მოუწევს პაციენტს საკუთარი ჯიბიდან, მით უფრო ფინანსურად დაცულია იგი.

საბჭოთა პერიოდში სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების წილი 9.8%-დან (1955 წ.) 6.6%-მდე შემცირდა (1965), შემდეგ 5.2%-დან (1978) 4.3%-მდე (1986). საქართველოში

1 Organisation of African Unity, 2001. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001.*

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში მერყეობს 4%-დან თითქმის 20%-მდე.[1] მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება; თუმცა, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა მიუხედავად ეროვნული შემოსავლების შედარებით დაბალი დონისა, ცდილობს ჯანდაცვის სექტორში გამოყოს შედარებით მაღალი ხარჯები; ამასთან, ზოგიერთ შედარებით მდიდარ ქვეყნებში, პირიქით, მთავრობები ცდილობენ ჯანდაცვაზე გამოყონ მცირე თანხები.[2] მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობის ვალდებულებები ჯანდაცვის მიმართ ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება, ზოგიერთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა უფრო მეტ სახელმწიფო სახსრებს გამოყოფს ჯანდაცვაზე, ვიდრე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები.[3] 2007 წლის მონაცემებით, 22 დაბალშემოსავლიან ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ხარჯები შეადგენდა ბიუჯეტის 10%-ზე მეტს, ხოლო 11 მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში დაიხარჯა ბიუჯეტის 10%-ზე ნაკლები.[4]

როგორც ქვემოთ მოყვანილ ნახატშია (ნახატი 4) ნაჩვენები, საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში, დაბალია ისეთ ქვეყნებთან შედარებით, როგორიცაა: სომხეთი (7.9%), ყაზახეთი (10.9%), უკრაინა (12.2%), ყირგიზეთი (13.2%), ბელორუსი (13.5%). ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვა საბიუჯეტო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება რამოდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორის უმთავრესია ფინანსური და პოლიტიკური მიზეზები. კერძოდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა ჯანდაცვას განიხილავს ეკონომიკურად არაეფექტიან სფეროდ. ამის საპირისპიროდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა დაინტერესებულია, რომ ჰყავდეს ჯანმრთელი მოსახლეობა.

1 World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization.

2 იქვე.

3 იქვე.

4 World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization.

ნახაზი 3: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო ბიუჯეტში. 1955-2015 წწ.

წყარო: გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიზური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

Richard Kaufman and John Hardt. The Former Soviet Union in Transition. edited for the United States Congress Joint Economic Committee. 1993

ცხრილი 2: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები, საქართველო

	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (მლნ ლარი)	მშპ-ის %	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში %	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში %
2001	75	1.1	6.1	
2002	88	1.2	6.3	13.5
2003	109	1.3	6.7	15
2004	130	1.3	5.4	15.5
2005	194	1.7	6.0	19.6
2006	253	1.8	5.7	21.9
2007	255	1.5	4.2	18.4
2008	343	1.8	4.9	20.6
2009	337.9	1.9	6.1	23
2010	414.8	2	6.5	23.1
2011	421.7	1.7	4.8	18.4
2012	332.8	1.3	4.3	15.1
2013	435.5	1.6	5.4	19.8
2014	588.3	2	6.5	26.7
2015	656.2	2.24	6.9	29.8

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა.[1] სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამოცანების უფრო ეფექტიანად მიღწევის, არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების შემთხვევაში. რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების მრავალი საშუალება არსებობს, რომელთაგან უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, პრევენციული სერვისების მიწოდების ზრდა, რომლებიც გაცილებით ნაკლები ღირს ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების პროსპექტული მეთოდების გამოყენება, დაფინანსების კონკურენ-

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ნახაზი 4: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში. 2013 წ.

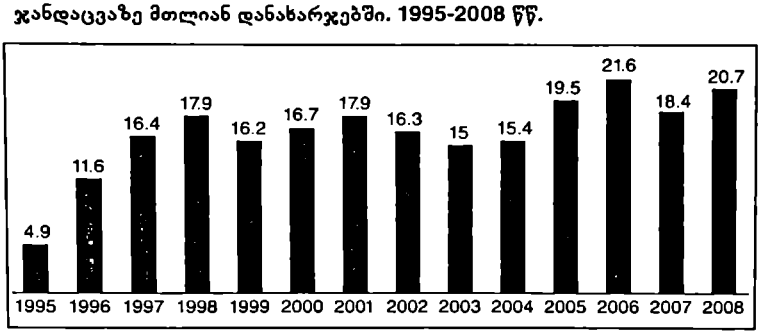
წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

ტული სტრატეგია (კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯებში პაციენტი თანამონაწილეობა...

ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი

ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების მნიშვნელოვანი ინდიკატორია **ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი.** ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მოიცავს როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო დანახარჯებს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 29.8%-ს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს.

ნახატი 5: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში. 1995-2008 წწ.



წყარო: გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

როგორც ზემოთ მოყვანილ ნახატშია (ნახატი 6) ნაჩვენები, საქართველოსთან შედარებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებული ზღვარი გადალახეს ისეთმა

ნახატი 6: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%). 2013 წ.

წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

ქვეყნებმა, როგორებიცაა: სომხეთი (41.7%), ყაზახეთი (53.1%), უკრაინა (54.5%), ყირგიზეთი (59%).

ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების მნიშვნელოვანი ინდიკატორია **ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-თან მიმართებით.** ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტში უნდა იყოს 5% მაინც. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი მშპ-თან მიმართებით საკმაოდ დაბალია (2.2%). როგორც ნახატზეა (ნახატი 8) ნაჩვენები, დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი მშპ-თან მიმართებით შეადგენს 2%-მდე, თუმცა, ამ მაჩვენებლით საქართველო ჩამორჩება ისეთ ქვეყნებს, როგორებიცაა: ყაზახეთი (2.3%), ყირგიზეთი (3.9%), ბელორუსი (4%), უკრაინა (4.2%) (The World Bank 2015).

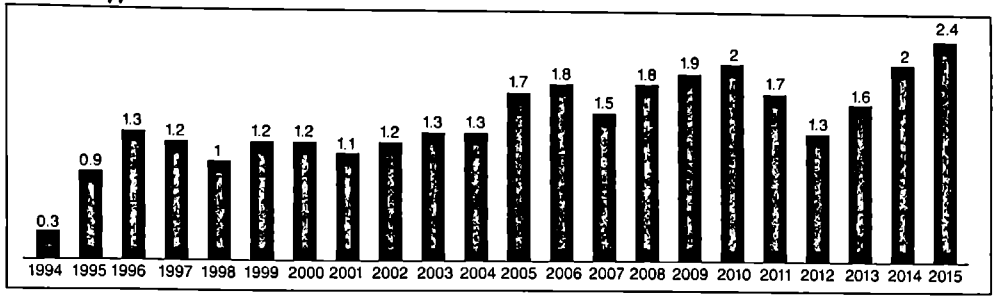
4.5. კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე

ჯანდაცვის ხარჯებში გარკვეული წილი უკავია კერძო დანახარჯებს. დაახლოებით 5,6 მილიარდი ადამიანი დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვაზე დანახარჯების თითქმის ნახევარს საკუთარი ჯიბიდან იხდის. ეს კი ბევრ ოჯახს აიძულებს უარი თქვას საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე, რადგან მათ არ შეუძლიან ამ მომსახურების საფასურის ანაზღაურება. უფრო მეტიც, მსოფლიოში ყოველწლირად 100 მილიონი ადამიანი ღარიბდება სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფული დანახარჯების შედეგად. უამრავი გამოკვლევები აჩვენებენ, რომ იმ ქვეყნებში სადაც მუშაობს წინასწარი გადახდის სისტემები, უფრო მეტად გარანტირებულია ფინანსური დაცვა და ნაკლებად გვხვდება კატასტროფული დანახარჯები.

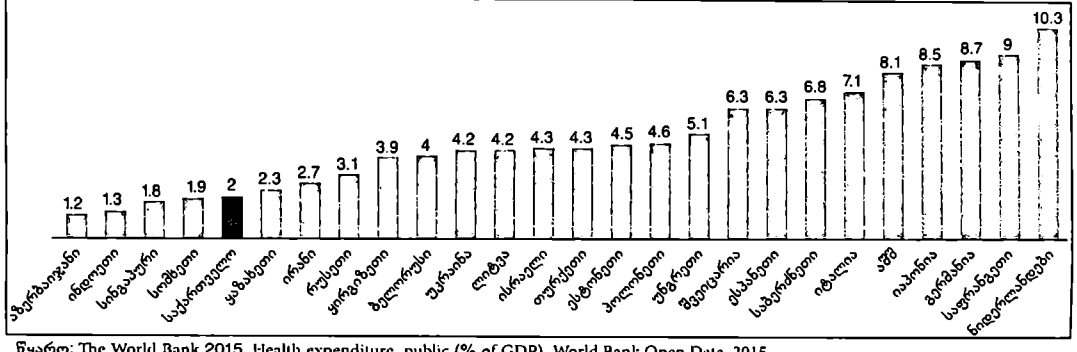
საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვან წილს, დაახლოებით 65-70%-ს, მოსახლეობის მიერ გაღებული კერძო დანახარჯები შეადგენს, რაც მიგვითითებს, რომ საქართველოში ჯანდაცვა სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება.

ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში კერძო დანახარჯების ასეთი მაღალი წილის მიხედვით საქართველო დგას ისეთ ქვეყნებს შორის, როგორიცაა სუდანი (75.8%), იემენი (74%), ავღანეთი (73.8%), აზერბაიჯანი (71.1%), ნიგერია (69.3%), მიენმერი (68.2%), ვენესუელა (65.8%) და ამ მაჩვენებლით მსოფლიოში უკავია მერვე ადგილი. შედეგად, საქართველოში ბევრი ოჯახი იძულებულია უარი თქვას საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე, რადგან მათ არ შეუძლიათ ამ მომსახურების საფასურის ანაზღაურება.

ნახატი 7: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით. 1994-2015 წწ.



ნახატი 8: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-თან მიმართებით. 2013 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

ცხრილი 3: ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დანახარჯები

	ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დანახარჯები მლნ ლარი	ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დაფინანსების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, %	ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დაფინანსება 1 სულ მოსახლეზე, ლარი
2001		9	
2002	78.9	12.1	18
2003	53.8	7.4	12
2004	50.7	6.1	12
2005	27.4	2.7	6
2006	58.8	5.1	13
2007	127.7	9.2	29
2008	173.6	10.5	40
2009	105.1	5.8	24
2010	60.7	2.9	14
2011	63.9	2.8	14

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლიდან წლამდე იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი, იგი მაინც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება არამარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით მოწოდებულ ზღვარს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი, ღრიბი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც. შესაბამისად, სამედიცინო სერვისებზე მნიშვნელოვანი ხარჯების გაღება თავად მოსახლეობას უწევს.

4.6. სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების სტრუქტურა

მსოფლიოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების უმეტესი წილი სტაციონარულ მომსახურებაზე (საშუალოდ 30%-დან-45%-მდე), ამბულატორიულ მომსახურებასა (საშუალოდ 20%-დან-35%-მდე) და სამკურნალწამლო საშუალებებით უზრუნველყოფაზე (საშუალოდ 10%-დან-25%-მდე) მოდის. სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯი მაღალია როგორც მაღალშემოსავლიან, ისე საშუალო და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში.

ცხრილი 4: ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები

	ჯანდაცვაზე კერძო ხარჯები (მლნ ლარი)	ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, %	მ.შ. წინასწარ გადახდილი სქემებით მლნ ლარი	მ.შ. კერძო წინასწარი გადახდის სქემებით %	მ.შ. სხვა კერძო დანახარჯები	ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები ერთ სულ მოსსლეზე, ლარი
2001				1	76	
2002	483.6	74.3	2.6	1	74	111
2003	562.5	77.6	2.8	1	77	130
2004	655.3	78.4	6.7	1	77	152
2005	775.2	77.7	7.5	1	77	178
2006	846.3	73.0	9.8	1	72	192
2007	1003.4	72.4	20.8	3	70	229
2008	1144.1	68.9	24.5	5	65	261
2009	1294.8	71.2	47.5	4	68	294
2010	1551.7	74	55.7	3	71	348
2011	1806.8	78.8	65.7			403

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

ჯანმრთელობის უტილიზაციისა და დანახარჯების კვლევის[1] მიხედვით, საქართველოში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში ყველაზე მეტი წილი მოდის სამკურნალწამლო საშუალებებზე (61%), ამბულატორიულ სერვისებზე დანახარჯები შეადგენს 20%-ს, სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურების – 10%-ს, ჯანდაცვის დამხმარე სერვისების – 9%-ს.

საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით[2] საქართველოში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების წილი შეადგენს 55%-ს, ამბულატორიული სერვისებზე დანახარჯები – 24%-ს, სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებაზე – 10%-ს, სხვა სერვისებზე – 12%-ს.

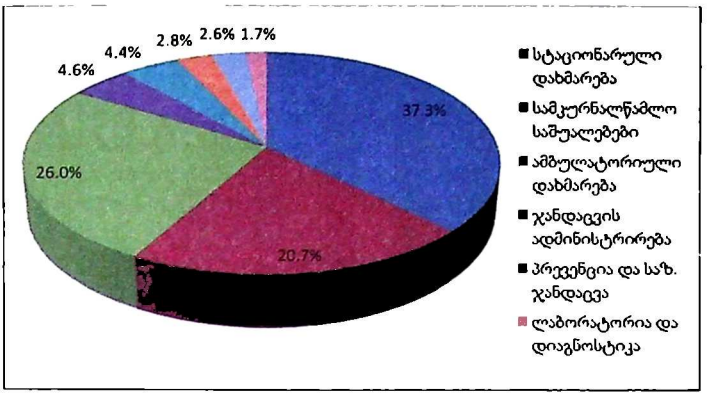
სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯებით საქართველოს პირველი ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს.[3] მედი-

1 MoLHSA: Health Utilization and Expenditure Survey. The final report. Tbilisi; 2011.

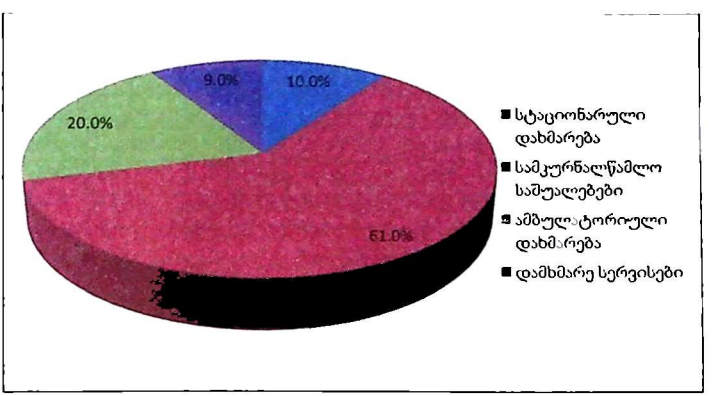
2 სამედიცინო მომსახურების მოხმარება და დანახარჯები, მსოფლიო ბანკი, საერთაშორისო ფონდი კურაციო 2011 წ.

3 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62.

ნახატი 9: ჯანდაცვაზე დანახარჯების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით



ნახატი 10: ჯანდაცვაზე დანახარჯების განაწილება სერვისების მიხედვით



კამენტებზე დანახარჯები წლიდან წლამდე განუხრელად იზრდება.[1] მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი ძირითადად არარაციონალუ-

1 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62.

რი ფარმაკოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენების/დანიშვნის, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანების/არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ლიმიტის, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგის შედეგია.[1]

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში მაღალი წილი უკავია ჰოსპიტალურ ხარჯებს (40%), ამბულატორიულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილი 16%-ს შეადგენს. ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მაღალი ხარჯები მიანიშნებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არაეფექტურ განვითარებაზე. ასევე, დაბალია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რაც ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობათან დაკავშირებით არსებულ პრობლემებთან შედარებით მცირე თანხაა (არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილობა, ტუბერკულიზით ავადობის მაღალი მაჩვენებელი და ა.შ.). საკმაოდ დაბალია მედიკამენტებზე სახელმწიფოს მიერ დახარჯული თანხები. შესაბამისად, პაციენტებს საკუთარი ჯიბიდან უწევთ საჭირო სამკურნალწამლო საშუალებებზე ხარჯების დაფარვა, რაც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება მათ ბიუჯეტს.

ცხრილი 5: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების სტრუქტურა

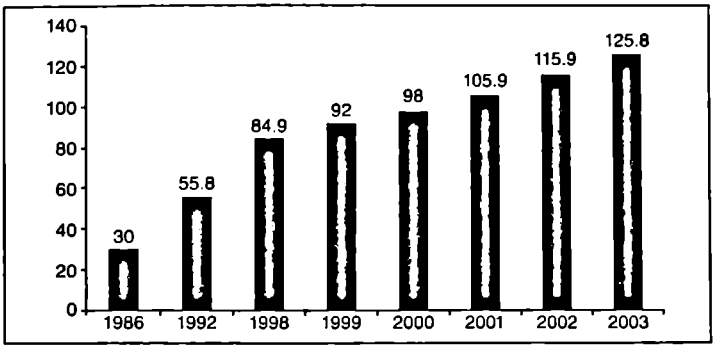
	2007	2008	2009	2010
ჰოსპიტალური მომსახურება	42	44	41	40
ამბულატორიული მომსახურება	14	16	16	16
მედიკამენტები	2	1	4	5
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	2	1	3	3

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

ჯანდაცვის დანახარჯებში არსებითი ადგილი უკავია კვლევებზე გამოყოფილ ხარჯებს. სახელმწიფო და კერძო სექტორის მიერ ჯანდაცვის კვლევებში ჩადებული ინვესტიციები შედეგიანია როგორც ინდივიდებისათვის, ისე ეკონომიკისათვის. ჯანდაცვის კვლევებზე გამოყოფილი თანხები ყოველწლიურად იზრდება. არსებული მონაცემებით, 1986-2003 წლების პერიოდში ჯანდაცვის კვლევებზე ხარჯები 30 მილიარდიდან 126 მილიარდამდე გაიზარდა.

1 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62.

ნახატი 11: ჯანმრთელობის კვლევებზე მთლიანი გლობალური დანახარჯების ზრდა



განვითარებული ქვეყნები ცდილობენ დახმარება გაუწიონ დაბალ და საშუალო განვითარების ქვეყნებს. იგი მოიცავს ტექნიკურ დახმარებას და საექსპერტო მხარაჭერას. 2002 წელს გაეროს ასამბლეაზე მიღებულ იქნა ფინანსური განვითარების შესახებ მონტერეის შეთანხმება, რომლის მიხედვით განვითარებული ქვეყნები ოფიციალური დახმარებისთვის მიმართავენ მათი მთლიანი ეროვნული პროდუქტიდან 0,7%-ის განვითარებადი ქვეყნებისთვის და 0,15-0,20% – ნაკლებად განვითარებული ქვეყნებისათვის. იგი გულისხმობს განვითარებადი ქვეყნების მხარდაჭერას პროგრესის მიღწევის უზრუნველყოფაში, ოფიციალური დახმარების ეფექტურად გამოყენებასა და ათასწლეულის განვითარების მიზნევის მიღწევაში.

2006 წელს ჯანმრთელობისთვის საერთაშორისო დახმარებამ 13,5 მილიარდ დოლარზე მეტი შეადგინა. 1999-2006 წლებში მისი მოცულობა თითქმის გასამმაგდა აივ/შიდსთან ბრძოლისთვის გამოყოფილი ტექნიკური დახმარების ხარჯზე. მისი 41% მიმართული იყო ტექნიკური დახმარებისთვის. დიდი რვიანის ქვეყნები უზრუნველყოფენ განვითარებისათვის საერთაშორისო დახმარების 75%-ს, ნორვეგია ყველა ქვეყანაზე მეტს, თავისი მშპ-ის 0,97%-ს იხდის განვითარებისათვის საერთაშორისო დახმარებებში. ჯანდაცვა და სოციალური სფერო იღებს ნორვეგიის მიერ დახმარებაზე გამოყოფილი თანხის 20%-ს.

4.7. ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის მიზეზები

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა. იგი უმთავრესად დაკავშირე-

ბულია ჯანდაცვის სექტორისათვის დამახასიათებელ ტენდენციასთან. ბევრ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტემპი აღემატება მთლიანი ეკონომიკის ზრდის ტემპებს.[1] ჯანდაცვის ხარჯების ასეთი ზრდა განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ეკონომიკის სხვა დარგებთან შედარებით, ჯანდაცვის სექტორში უფრო მეტად ინერგება ახალი ტექნოლოგიები, სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარები, მედიკამენტები. შედეგად, ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო ფასები იზრდებოდა უფრო სწრაფად, ვიდრე ფასები მთლიანად ეკონომიკაში.[2]

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა განსაკუთრებით აქტუალურია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა, სადაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მხრიდან ისედაც მწირი თანხები იხარჯება.[3] აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, გავარკვიოთ, რით არის გამოწვეული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა და მისი შეკავების რა მექანიზმები არსებობს.

ცხადია, რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები, მით უფრო უმჯობესდება შედეგი, ანუ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თუმცა, ჯანდაცვაზე დანახარჯებსა და ჯანმრთელობის გამოსავლებს (შედეგებს) შორის არ არის ასეთი მარტივი კავშირი. ჯანდაცვაზე დანახარჯებსაც აქვს ზღვრული სარგებელი. გარკვეული დონის ზევით დანახარჯების ზრდას არანაირი გავლენა არ აქვს ჯანმრთელობის გამოსავლებზე. ამას ადასტურებს რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მაგალითი. არსებული კვლევების მიხედვით, ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევები ზოგ შემთხვევებში (10%-დან 40%-მდე) არასაჭიროა.[4] რენტგენოლოგიური გამოკვლევების არასათანადო გამოყენება, თავის მხრივ, ზრდის არამარტო ჯანდაცვის ხარჯებს, არამედ პაციენტისათვისაც საშიშია.

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შემდეგი მიზეზები არსებობს: ფასების ინფლაცია, არასაჭირო სამედიცინო სერვისების წარმოება, მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, ინოვაციური მექანიზმების დანერგვა.

---

1 Fuchs, Victor R. 1990. *The Health Economy*, Harvard University Press, Cambridge, 1986. (Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990.

2 Fuchs, Victor R. 1990. *The Health Economy*, Harvard University Press, Cambridge, 1986. (Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990.

3 ვერულავა თ. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტის IDFI. 2015.

4 Cascade PN et al. Ineffective use of radiology: the hidden cost. *Am J Radiol.* 1998;170:561.

სამედიცინო სერვისებზე ფასის ინფლაცია

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია ფასების ინფლაცია. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების საშუალო ფასის დონის ზრდას. ჯანდაცვის ბაზარზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ოლიგოპოლიის ნიშნები, რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერმა საკუთარი მოგების გაზრდის მიზნით, ე.წ. კარტელური გარიგებებით, შეიძლება გადაწყვიტოს სერვისებზე ფასების მომატება (ოლიგოპოლური ინფლაცია).

ჯანდაცვის სექტორში ოლიგოპოლური ინფლაციის ერთ-ერთი გავრცელებული მაგალითია მედიკამენტებზე მაღალი ფასების დაწესება. ფონდ „კურაციოს" მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით,[1] საქართველოში მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად აღემატება იმავე მედიკამენტებზე ევროპის ქვეყნებში არსებულ ფასებს. ასევე, მედიკამენტების ფასნამატმა იმპორტიდან (საქართველოს ეკონომიკური საზღვრის გადაკვეთიდან) საცალო ქსელის დახლამდე შეადგინა 102%. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს ფასნამატის მარჯა სულ მცირე ორჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებულ მარჯას.

ფასების ინფლაცია შეიძლება განაპირობოს სამედიცინო პერსონალის ხელფასების ზრდამაც, რომელიც თავის მხრივ ზრდის სამედიცინო მომსახურების ერთეულის ფასს (ხარჯებით გამოწვეული ინფლაცია). ასე მაგალითად, აშშ-ში ჯანდაცვის მაღალი ხარჯები დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ექიმის შემოსავლები ბევრად უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე სხვა სფეროში დასაქმებულების შემოსავლები.[2]

ინოვაციების დანერგვა

ჯანდაცვის სექტორში ***ინოვაციური მექანიზმები ინერგება*** იმისათვის, რომ ახალი ტექნოლოგიების მეშვეობით შედარებით ნაკლები დანახარჯებით მიიღონ ჯანმრთელობის იგივე ან უკეთესი შედეგები. მაგალითად, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდის გამოყენებით მიიღება გაცილებით უკეთესი შედეგი. ამასთან, მნიშვნელოვნად მცირდება ჰოსპიტალში გატარებული საწოლ-დღეების ხანგრძლივობა და შესაბამისად დანახარჯებიც. მოყვანილი მაგალითი წარმოადგენს მკურნალობის ეფექტური მეთოდით ჩანაცვლების

1 გოცაძე, თ., რუხაძე, ნ., ტურძელაძე, თ. საქართველოში საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო". 2010 წ. http://68.169.62.2/ge/publications/prices-availability-and-affordability-of-medicines.page.

2 იქვე. Bodenheimer, Thomas S. 2009.

კლასიკურ შემთხვევას. თუმცა, არსებობს მეორე მხარეც. კვლევები აადასტურებენ რომ ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდი შესაძლოა დაუნიშნონ იმ პაციენტებსაც, ვისაც გააჩნია ნაღველკენჭოვანი დაავადების მსუბუქი ფორმაც, რომელიც არ საჭიროებს ქირურგიულ ოპერაციას.[1]

არასაჭირო სამედიცინო სერვისების მიწოდება

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდას ხელს უწყობს არასაჭირო სამედიცინო სერვისები, დაუსაბუთებელი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, რომელთაც არანაირი სარგებელი არ მოაქვთ ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. მრავალი კვლევები ადასტურებენ, რომ ასეთი არასაჭირო სამედიცინო სერვისებზე გაწეული ხარჯები საკმაო წილს შეადგენენ ჯანდაცვის ხარჯებში[2,3,4,5,6].

არასაჭირო სამედიცინო სერვისების რაოდენობა განსაკუთრებით მაღალია იქ, სადაც შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე.[7] გასათვალისწინებელია ამ მხრივ საქართველოში არსებული არასახარბიელო სიტუაცია. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საქართველოში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის.[8] აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას. აღნიშნულს ადასტურებენ მრავალი კვლევები. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ის ზოგიერთ ქალაქში ერთ პირზე მედიქეას ხარჯები 2 ჯერ მაღალია

1 Legorreta AP et al. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *JAMA*. 1993;270:1429.

2 Eisenberg JM. *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986.

3 Brook RH, Lohr KN. Will we need to ration effective health care? *Issues Sci Tech*. 1986;3:68.

4 Wennberg JE. The paradox of appropriate care. *JAMA*. 1987; 258:2568.

5 Roper WL et al. Effectiveness in health care: An initiative to evaluate and improve medical practice. *N Engl J Med*. 1988;319:1197.

6 Grimes DA. Technology follies: The uncritical acceptance of medical innovation. *JAMA*. 1993;269:3030.

7 Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. *Ann Intern Med*. 2003;138:273.

8 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.

სხვა ქალაქებთან შედარებით. იგი გამოწვეული იყო არამარტო სამედიცინო მომსახურების ფასებითა და ავადმყოფობის სიმძიმით, არამედ გაწეული სერვისების რაოდენობით, რაც თავის მხრივ დაკავშირებული იყო ამ არეალში სპეციალისტთა სიჭარბესთან.[1] გარდა ამისა, იმ ქალაქებში, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე საავადმყოფოს საწოლთა რაოდენობა მაღალია, 30%-ით იზრდება ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი.[2]

მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები

ჯანდაცვის ხარჯების გარკვეული ნაწილი არ წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობის ხარჯებს. ჯანდაცვის სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ადმინისტრაციულ ხარჯებს. იგი საჭიროა ისეთი საორგანიზაციო ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად, როგორებიცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა, ჯანდაცვის ფინანსების მართვა და ა.შ. ადმინისტრაციული ხარჯები განსაკუთრებით მაღალია ისეთი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში (ან სოციალური დაზღვევის სისტემაში) მრავალი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობს. ერთერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ყოველ 1$-ზე 31 ცენტი მოდის ისეთ ადმინისტრაციულ ხარჯებზე, როგორიცაა: დაზღვევის მარკეტინგი, ზარალების (პრეტენზიების) მართვა, მოთხოვნების დამუშავება.[3] ამ მხრივ, აშშ-ში ჯანდაცვის ადმინისტრაციული ხარჯები გაცილებით აღემატება სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს.

4.8. ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავება

პრევენციული ღონისძიებების ზრდა

ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია პრევენციული ღონისძიებები, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. მაგ,. ვაქცინაციაზე გაცილებით ნაკლები იხარჯება, ვიდრე ინიცოც-

1 Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. *Ann Intern Med*. 2003;138:273.

2 Fisher ES et al.Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. *Health Serv Res*. 2000;34:1351.

3 Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med*. 2003;349:768.

ხლისათვის საშიში ინფექციური დაავადებების მკურნალობაში.[1] ამ მხრივ, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რადგან პრევენციული ღონისძიებები ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების პრობლემა უფრო მძიმეა, იმ თვალსაზრისით, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ნაკლებადაა განვითარებული. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს და ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შესაბამისად, მცირდება ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები.[2] ერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელნიც უპირველესად ოჯახის ექიმს მიმართავდნენ, ვიდრე სპეციალისტებს, აღენიშნებოდათ 33%-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19%-ით დაბალი სიკვდილიანობა.[3] ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული როგორც ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტური ხარჯვა, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.[4]

ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი და პრიორიტეტების მინიჭება

რესურსების შეზღუდულობის გამო ხდება ჯანდაცვით პროგრამებს (სერვისებს) შორის არჩევანის გაკეთება, ანუ პრიორიტეტების

1 White CC, Koplan JP, Orenstein WA. Benefits, risks, and costs of immunization for measles, mumps, and rubella. *Am J Public Health*. 1985;75:739.

2 Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003.

3 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract. 1998;47:105.

4 ვერულაძე თენგიზ. პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 2. 2015 წ.

განსაზღვრა. პრიორიტეტების დადგენისას გადაწყვეტილება მიიღება ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის მიხედვით, სადაც უპირატესობა მიენიჭება მაღალი ხარჯთ-ეფექტურობის სერვისს. ამგვარად, ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზი და პრიორიტეტების დადგენა ხელს უწყობენ ხარჯების შეკავებას.

ზოგიერთი სადაზღვევო კომპანიის პაკეტი ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით განსაზღვრული მინიმალური პაკეტი მოიცავს მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას, მათ შორის ქიმიოთერაპიას დაავადების ბოლო სტადიაზე. ექსპერტთა აზრით, უფრო ხარჯთეფექტურია თუ 50 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობას ჩაუტარდება სკრინინგი, კერძოდ კოლონოსკოპია. მისი მეშვეობით შესაძლებელია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა. მოსახლეობის სკრინინგის შედეგად გაცილებით უფრო იზრდება ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა, ვიდრე მსხვილი ნაწლავის მეტასტაზური კიბოს შემთხვევაში ჩატარებული ქიმიოთერაპიის შედეგად. ქიმიოთერაპია მსხვილი ნაწლავის მეტასტაზური კიბოს მქონე ზოგიერთ პაციენტს საშუალებას აძლევს სიცოცხლე გაიხანგრძლივოს მხოლოდ 6-დან 12 თვემდე.

ერთი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა გულის დაავადებების პრევენციის ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი. კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმთან ვიზიტის დროს ჩატრებული თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტაციის შედეგად გადარჩენილი სიცოცხლის თითოეული წლის დანახარჯი შეადგენდა დაახლოებით $1000-ს, მსუბუქი სახის ჰიპერტენზიის მკურნალობის შედეგად – $24 000-ს, ხოლო ქოლესტერინის მომატებისას მედიკამენტებით მკურნალობის შედეგად – დაახლოებით $100 000.[1] მოცემული მაგალითიდან გამომდინარე, გულის დაავადებების პრევენციის პროგრამაში მიზანშეწონილია პრიორიტეტი მიენიჭოს თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებებს.

მიუხედავად აღნიშნულისა, საჭიროა ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის სიფრთხილით გამოყენება, რადგან მას შესაძლოა ჰქონდეს ეთიკური გამოწვევები. კერძოდ, ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზი ზოგ შემთხვევებში დისკრიმინაციულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების მიმართ. „ხარისხიანი ცხოვრების წლები"-ს მეთოდის გამოყენება არაეთიკურია იმ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების მიმართ, რომლებსაც დამოუკიდებლად ფუნქციონირება არ შეუძლიათ.[2]

1 Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*. 1989;261:75.

2 Menzel PT. Oregon's denial: Disabilities and the quality of life. *Hastings Center Rep*. 1992;22:21.

მართული კონკურენცია

ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთ მექანიზმია სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვაში მრავალი გადამხდელი სუბიექტების (მაგ., სადაზღვევო კომპანიების) მონაწილეობა. მრავალი გადამხდელით დაფინანსების სისტემაში სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დაზღვევის დამატებითი პაკეტისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები. კომპანიებს შორის კონკურენცია ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვის ასეთ კონკურენტულ მოდელს ***მართული კონკურენციის მოდელსაც*** უწოდებენ.[1]

დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, ჩეხეთი, შვეიცარია, ირლანდია, ისრაელი) კარგა ხანია უარყო ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა. დღევანდელი, თანამედროვე მსოფლიოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების გამოცდილება გვეუბნება, რომ უფრო ეფექტურია მრავალი გადამხდელი სისტემის არსებობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მართვა უნდა განახორციელონ მრავალმა კონკურირებადმა სადაზღვევო კომპანიებმა და არა ერთმა სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდმა.

ამ მხრივ, საქართველოში მოქმედებს ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა, კერძოდ სახელმწიფო ფონდი უზრუნველყოფს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას. ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას. მიზანშეწონილია საქართველომ გაითვალისწინოს ხარჯების შეკავების თვალსაზრისით მსოფლიოს თანამედროვე გამოცდილება.[2]

---

1 Enthoven A,Kronick R. A consumer choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (Parts 1 and 2). *N Engl J Med*. 1989;320:29.

2 თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები." საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.

ფასთა კონტროლი

ჯანდაცვის დანახარჯების შესაკავებლად გამოიყენება სერვისებზე *ფასთა კონტროლი.* ევროპის ბევრ ქვეყნებში, ასევე კანადაში, სახელმწიფო არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (როგორც ექიმების, ასევე საავადმყოფოების) ანაზღაურების ჩამონათვალს. ხშირად, სერვისებზე ფასთა ჩამონათვალის დადგენა ხდება დამფინანსებელსა და პროფესიულ ორგანიზაციებს შორის მოლაპარაკებების შედეგად. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მედიქეასა და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამების, ასევე ზოგი კერძო სადაზღვევო სქემების ფარგლებში ექიმთა ანაზღაურება ხორციელდება წინასწარ განსაზღვრული ფასების მიხედვით.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვაზე დანახარჯების მცირე ზრდა განპირობებულია სერვისების ფასების რეგულირებით. ასე მაგალითად, კანადაში ექიმებზე ხარჯების მცირე ზრდა ამერიკის შეერთებულ შტატებთან შედარებით, განპირობებულია ექიმის ანაზღაურების რეგულირებით.[1] ასევე, აშშ-ის იმ შტატებში სადაც საავადმყოფოს სერვისების ფასების საკონტროლოდ გამოიყენება რეგულირების ან კონკურენციის მიდგომები, შეინიშნება ჰოსპიტალური ხარჯების ინფლაციის მცირე ტემპები, ვიდრე იმ შტატებში, სადაც არ არსებობს ხარჯების შეკავების რაიმე ტიპის სტრატეგია.[2]

გასათვალისწინებელია, რომ ფასებზე კონტროლს აქვს უარყოფითი მხარეებიც. როდესაც ფასებზე მკაცრი კონტროლია დაწესებული, შესაძლოა მკვეთრად გაიზარდოს წარმოებული სერვისების რაოდენობა. კვლევები ადასტურებენ, რომ მოგების შენარჩუნების მიზნით, ფასებზე კონტროლს ზოგი პროვაიდერი რეაგირებს სერვისების რაოდენობის გაზრდით.[3]

ამასთან, აშშ-ში მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამით ექიმებზე დაწესებული ტარიფები გაცილებით დაბალია კერძო სადაზღვევო გეგმებით დადგენილ განაკვეთებზე. შედეგად, ხშირად მედიქეიდის პაციენტებს უძნელდებათ იმ ექიმთა პოვნა, რომელიც ეთანხმება მედიქეიდის ანაზღაურების ტარიფებს. ასევე, იმ ქვეყნებში, სადაც დაწესებულია ექიმების ანაზღაურების ერთიანი განაკვეთები, შეინიშნება ექიმთან მოკლე ვიზიტები (დროის შემცირებული ხანგრ-

1 Evans RG et al. Controlling health expenditures: The Canadian reality. *N Engl J Med*. 1989;320:571.

2 Zwanziger J,Melnick G. Can managed care plans control health care costs? *Health Aff*. 1996;15(2):185.

3 Rice TH, Labelle RJ. Do physicians induce demand for medical services? *J Health Polit Policy Law*. 1989;14:587.

ძლივობა), რაც ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და პაციენტის კმაყოფილებას.[1]

ანაზღაურების პროსპექტული ფორმების გამოყენება

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (სამედიცინო დაწესებულებები, სამედიცინო პერსონალი) ***ანაზღაურების მეთოდები.*** ხარჯების შესაკავებლად გამოიყენებენ ანაზღაურების პროსპექტულ მეთოდებს, რომლებითაც დამფინანსებელსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის ურთიერთშეთანხმებით წინასწარ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების ფასი.

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდი ეკონომიკური ეფექტურობით ხასიათდება. სამედიცინო მომსახურების წინასწარ განსაზღვრული ღირებულების გამო მოსალოდნელი ხარჯები ადვილად პროგნოზირებადია. მნიშვნელოვნად მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები. აღნიშნული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას განაპირობებს. ამის საწინააღმდეგოდ, თუ ექიმის ანაზღაურება ხდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, იზრდება გაწეული სერვისების რაოდენობა (ექიმის ვიზიტები, ქირურგიული პროცედურები, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები), შედეგად მოიმატებს ჯანდაცვის ხარჯები.

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდებს წარმოადგენენ გლობალური ბიუჯეტი, სულადობრივი ანაზღაურება, დიაგნოზით დაკავშირებული ჯგუფების (DRG) მიხედვით ანაზღაურება.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სულადობრივი და ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების დროს უფრო მცირდება ჰოსპიტალიზაცია, ვიდრე შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების დროს.[2] გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება მნიშვნელოვნად განაპირობებს ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას.[3] ასევე, DRG მეთოდი ხელს უწყობს სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირებას.

1 Bodenheimer, Thomas S., Kevin Grumbach. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

2 Hellinger FJ. The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence.*Med Care Res Rev.* 1996;53:294.

3 Rice TH. Containing health care costs. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. *Changing the U.S. Health Care System.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.

პაციენტის თანამონაწილეობა

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. პაციენტის თანამონაწილეობა გულისხმობს დაფინანსების ისეთი ფორმების გამოყენებას, როგორიცაა: თანაგადახდა, ან მთლიანად ჯიბიდან გადახდა (როდესაც მომსახურება არ არის მოცული სადაზღვევო პაკეტით, ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით).

პაციენტის თანამონაწილეობის უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების უფრო მეტი სტიმული. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. კვლევის მიხედვით, როდესაც დაზღვეულები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას იხდიან გარკვეულ თანხებს დაახლოებით ერთი მესამედით მცირდება ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა, ასევე ერთი მესამედით მცირდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.[1]

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს" მიერ 2015 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა დაახლოებით 46% მზად არის საკუთარი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფინანსური ტვირთი სახელმწიფოსთან ერთად გაინაწილოს.[2] რესპოდენტთა ამგვარი განწყობა ხელისუფლებას საშუალებას აძლევს თანაგადახდებისადმი გამოიყენოს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა, ხოლო გამოთავისუფლებული რესურსი გამოყენებულ იქნას სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ან ქრონიკული პაციენტებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველსაყოფად.

ცხადია, პაციენტის თანამონაწილეობა ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. თუმცა, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოდის მოსახლეობის იმ მცირე ნაწილზე რომლებიც არიან ავად, ანუ ხარჯებში თანამონაწილეობა ძირითადად მაღალრისკიან პაციენტებს უხდებათ. აღნიშნული კიდევ უფრო ამძიმებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო

1 Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med*. 1981;305:1501.

2 კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015. http://www.transparency.ge/en/node/5480.

მომსახურებაზე.[1] ასევე, კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ პაციენტები, რომელთა სადაზღვევო პაკეტი მოიცავს ხარჯებში თანამონაწილეობას, ნაკლებად ყიდულობენ საჭირო მედიკამენტებს, რაც უარყოფითად მოქმედებს ქრონიკული დაავადებების მართვაზე[2;3;4].

უტილიზაციის მენეჯმენტი

ხარჯების შეკავების მიზნით ბოლო წლებში ფართოდ დაინერგა ***უტილიზაციის მენეჯმენტი.*** იგი გულისხმობს ხარჯების კონტროლის მიზნით ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგსა და მართვას.[5] თუ პაციენტის ხარჯებში თანამონაწილეობა გავლენას ახდენს პაციენტის ქცევაზე – შეამციროს ხარჯები, უტილიზაციის მენეჯმენტი ცდილობს გავლენა მოახდინოს ექიმის ქცევაზე, კერძოდ, უარი თქვას არასაჭირო, დაუსაბუთებელ სერვისებზე.

უტილიზაციის მენეჯმენტის მრავალი ფორმა არსებობს:

მოთხოვნის მენეჯმენტი გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მოთხოვნის მენეჯმენტის მნიშვნელოვან მეთოდს წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის (ექიმი, მედდა) მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის რჩევების ცხელი ხაზი, მკვეთრად ამცირებს სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

მიმართვების მენეჯმენტი გულისხმობს ოჯახის ექიმის „მეკარიბჭეობის" ფუნქციის გამოყენების შესაძლებლობას. ოჯახის ექიმი ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას, ახდენს ამ სერვისების გაწევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან, გაანალიზებულ იქნეს მიმართვების მიზეზები, კონტროლი დაწესდეს თვითმიმართვებზე. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები.

---

1 Bodenheimer, Thomas S., Kevin Grumbach. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

2 Hsu J et al.Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. *N Engl J Med*. 2006;354:2349.

3 Tamblyn R et al.Adverse events associated with prescription drug costsharing among poor and elderly persons. *JAMA*. 2001;285:421.

4 Goldman DP et al. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA. 2007;298:61.

5 Grumbach K, Bodenheimer T. Reins or fences: A physician's view of cost containment. *Health Aff*. 1990;9(3):120.

სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების განხილვა გულისხმობს თუ რამდენად აუცილებელია პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნების გახანრძლივება. *შემთხვევის მენეჯმენტი* გულისხმობს რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო მომსახურების შეფასებას და მართვას. მისი მიზანია პაციენტმა მიიღოს შესაბამისი და ხელსაყრელი სამედიცინო მომსახურება. ასევე გამოიყენებენ საავადმყოფოდან გაწერის მენეჯმენტს.

სერვისებზე კონტროლის მიზნით მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენება ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინება. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი (გადაუდებელი მდგომარეობის დროს მისი ახლობელი) ატყობინებს დამფინანსებელს და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ზოგჯერ დამფინანსებელი თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება. კვლევების მიხედვით, ასეთი ფორმით ჩატარებული უტილიზაციის მენეჯმენტი მნიშვნელოვნად ამცირებს არასაჭირო ან არასათანადო სერვისებს და უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურეობაზე ხარჯების მნიშვნელოვან დანაზოგს.[1]

მოწოდების შეზღუდვა

მიწოდების ლიმიტი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (მაგ., ექიმების), მატერიალური რესურსების (საავადმყოფოს საწოლები, დიაგნოსტიკური მოწყობილობა-დანადგარების რაოდენობა) კონტროლს. რადგან ჯანდაცვის სექტორში ექიმი განსაზღვრავს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნას, ფინანსური ინტერესების გამო მან შესაძლოა ხელოვნურად გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების მოცულობა. ამ თვალსაზრისით, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ლიმიტირებამ შესაძლოა შეამციროს სერვისების რაოდენობა და ხელი შეუწყოს ხარჯების შეზღუდვას.

აშშ-ის ზოგ რეგიონში მედიქეას ხარჯები 250%-ით მეტია ვიდრე სხვა რეგიონებში.[2] ხარჯთა ასეთი სხვაობა არ არის დამოკიდებული

1 Wickizer TM. The effect of utilization review on hospital use and expenditures: A review of the literature and an update on recent findings.Med Care Rev. 1990;47:327.

2 Wennberg JE, Cooper MM. *The Dartmouth Atlas of Health Care, 1999.* Chicago, IL: American Hospital Publishing; 1999.

მოსახლეობის დემოგრაფიულ თავისებურებებთან, ავადობასთან, არამედ მიწოდებული სერვისების რაოდენობასთან. იმ რეგიონში, სადაც საწოლთა რაოდენობა ერთ-სულ-მოსახლეზე გათვლით შედარებით მაღალია, პაციენტები 30%-ით უფრო ხშირად არიან ჰოსპიტალიზირებულნი, ვიდრე იმ რეგიონებში, სადაც უფრო ნაკლები საწოლების რაოდენობაა.[1] ზოგიერთ რეგიონებში, სადაც კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე მკაცრი რეგულაცია ვრცელდება, მათი საერთო რაოდენობა ლიმიტირებულია. მიწოდების შეზღუდვის გამო, ექიმი განსაზღვრავს იმ პაციენტთა რაოდენობას რომელიც ყველაზე მეტად საჭიროებს სერვისებს.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მომსახურების მოცულობის შეზღუდვა ამცირებს სერვისების მოხმარებას. მაგალითად, კორონარული არტერიის შუნტირების ქირურგიული ოპერაციები შედარებით ნაკლებად გამოიყენება გაერთიანებულ სამეფოში, საშუალო დონეზე – კანადაში, და ყველაზე ხშირად აშშ-ში. ქვეყნებს შორის ეს განსხვავება დამოკიდებულია კარდიოქირურგიული ცენტრების რაოდენობის რეგულირებაზე. შესაბამისად, რადგან აშშ-ში მათი რეგულირება მინიმალურია, კორონარული არტერიის შუნტირების ქირურგიული ოპერაციები უფრო ხშირად გამოიყენება. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ მიუხედავად სერვისების რაოდენობრივი სხვაობისა, გულით დაავადებით გამოწვეულ სიკვდილიანობაში ქვეყნებს შორის სხვაობა მინიმალურია.[2]

ლიტერატურა:

- გოცაძე, თ., რუხაძე, ნ., ტურძელაძე, თ. საქართველოში საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო". 2010 წ. http://68.169.62.2/ge/publications/prices-availability-and-affordability-of-medicines.page.
- ვერულავა თენგიზ. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები". საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.
- ვერულავა თ. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება.

1 Fisher ES et al. Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. *Health Serv Res.* 2000;34:1351.

2 OECD: *Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease.* 2003.

ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი IDFI. 2015. http://georgia2020blog.org/2015/11/18/ჯანდაცვის-დანახარჯები-ჯა/.

- კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015. http://www.transparency.ge/en/node/5480
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.
- Bodenheimer, Thomas S., Kevin Grumbach. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.
- Bodenheimer T, Grumbach K. Improving Primary Care. Strategies and Tools for a Better Practice. New York, NY:McGraw-Hill; 2007.
- Brook RH, Lohr KN. Will we need to ration effective health care? Issues Sci Tech. 1986;3:68.
- Cascade PN et al. Ineffective use of radiology: the hidden cost. Am J Radiol. 1998;170:561.
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA. 1989;261:75.
- Eisenberg JM. Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986.
- Enthoven A,Kronick R. A consumer choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (Parts 1 and 2). N Engl J Med. 1989;320:29.
- Enthoven AC. The history and principles of managed competition. Health Aff. 1993;12(Suppl):24.
- Evans RG et al. Controlling health expenditures: The Canadian reality. N Engl J Med. 1989;320:571.
- Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. Ann Intern Med. 2003;138:273.
- Fisher ES et al.Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. Health Serv Res. 2000;34:1351.
- Fuchs, Victor R. 1990. The Health Economy, Harvard University Press, Cambridge, 1986. (Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990.
- Getzen Thomas E. 2012. Health Economics and Financing. 5th Edition. Wiley. 2012.
- Goldman DP et al. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA. 2007;298:61.
- Greenlick MR. Educating physicians for population-based clinical practice. JAMA. 1992;267:1645.
- Grimes DA. Technology follies: The uncritical acceptance of medical innovation. JAMA. 1993;269:3030.
- Grumbach K, Bodenheimer T. Reins or fences: A physician's view of cost containment. Health Aff. 1990;9(3):120.

- Hellinger FJ. The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence.Med Care Res Rev. 1996;53:294.
- Hsu J et al.Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. N Engl J Med. 2006;354:2349.
- Legorreta AP et al. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. JAMA. 1993;270:1429.
- Menzel PT. Oregon's denial: Disabilities and the quality of life. Hastings Center Rep. 1992;22:21.
- MoLHSA: Health Utilization and Expenditure Survey. The final report. Tbilisi; 2011.
- Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med. 1981;305:1501.
- OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991, Paris: OECD, 1993.
- Organisation of African Unity, 2001. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja Declaration on HIV/AIDS,Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24-27 April 2001.
- Rice TH, Labelle RJ. Do physicians induce demand for medical services? J Health Polit Policy Law. 1989;14:587.
- Rice TH. Containing health care costs. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. Changing the U.S. Health Care System. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.
- Roper WL et al. Effectiveness in health care: An initiative to evaluate and improve medical practice. N Engl J Med. 1988;319:1197.
- Stason WB. Economics in hypertension management: Cost and quality trade-offs. J Hypertens. 1987;5(Suppl):S55.
- Tamblyn R et al.Adverse events associated with prescription drug costsharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001;285:421.
- The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015.
- Wennberg JE, Cooper MM. The Dartmouth Atlas of Health Care, 1999. Chicago, IL: American Hospital Publishing; 1999.
- Wennberg JE. The paradox of appropriate care. JAMA. 1987; 258:2568.
- Wickizer TM. The effect of utilization review on hospital use and expenditures: A review of the literature and an update on recent findings.Med Care Rev. 1990;47:327.
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of health care administration in the United States and Canada. N Engl J Med. 2003;349:768.
- White CC, Koplan JP, Orenstein WA. Benefits, risks, and costs of immunization for measles, mumps, and rubella. Am J Public Health. 1985;75:739.
- World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization.
- Zwanziger J,Melnick G. Can managed care plans control health care costs? Health Aff. 1996;15(2):18.

V თავი

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია

არის შემთხვევები, როდესაც დაავადებათა მკურნალობის პრობლემები დაკავშირებულია არა ხელმისაწვდომობის ფინანსურ ბარიერებთან, არამედ უფრო მეტად უკავშირდება სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციულ მხარეს.

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული ამოცანა მდგომარეობს იმაში, რომ პაციენტები ღებულობდნენ შესაბამის სერვისებს შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას.[1]

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია წარმოდგენილია სამი საფეხურით – პირველადი, მეორეული და მესამეული დონეები. სამედიცინო მომსახურების თითოეული საფეხური შეესაბამება პაციენტის გარკვეულ საჭიროებებს.

პირველი დონის ანუ ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება გულისხმობს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემასთან ინდივიდების კონტაქტის პირველ დონეს. იგი მიეწოდება ოჯახის ექიმის მიერ, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს და მოიცავს პირველი კონტაქტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და ჯანმრთელობის პრობლემების მართვას, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას. პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტების 80-90%-ს.

მეორეული დონე გულისხმობს სპეციალიზებულ ამბულატორიულ და სტანდარტულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. იგი მოითხოვს სპეციალიზებულ კლინიკურ გამოცდილებას (მაგალითად, თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურება).

მესამეული დონე გულისხმობს მაღალტექნოლოგიურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას იშვიათი, კომპლექსური დაავადებების სამკურნალოდ (მაგალითად, თავის ტვინის სიმსივნე, თანდაყოლილი სიმახინჯეები).

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული მოწყობის ორი მოდელი არსებობს: რეგიონალური ანუ დოუსონის მოდელი და თავისუფალი მიმართვიანობის მოდელი (free-flowing model).

---

1 Rodwin VG. The Health Planning Predicament. Berkeley, CA: University of California Press; 1984.

რეგიონალური ანუ დოუსონის მოდელი ეფუძნება რეგიონალიზაციის კონცეფციას: ჯანდაცვის რესურსების და მომსახურების ორგანიზაცია და კოორდინაცია ხორციელდება განსაზღვრული არეალის შიგნით.[1] რეგიონალურ სისტემაში სხვადასხვა სახის სამედიცინო პერსონალი და დაწესებულებები განაწილებულია ჯანდაცვის პირველად, მეორად და მესამეულ საფეხურებად, ხოლო პაციენტების მიმართვიანობა რეგულირდება ამ დონეებთან მიმართებით. ცხადია, ამ მოდელის საფუძველია პირველადი ჯანდაცვის დონე.

თავისუფალი მიმართვიანობის მოდელი სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე პაციენტების თავისუფალ მიმართვიანობას უზრუნველყოფს. ეს მოდელი უფრო ღირებულად მიიჩნევს მესამეული დონის სამედიცინო მომსახურებას, ვიდრე ჯანდაცვის პირველად დონეს.

ჯანდაცვის სისტემების უმეტესობა ორივე მოდელის ელემენტებს მოიცავს, თუმცა მაინც შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების რომელიმე მოდელთან უფრო მეტი სიახლოვე. ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის სისტემას და აშშ-ის ზოგიერთ ინტეგრირებული მიწოდების სისტემას უფრო მეტი მსგავსება აქვს რეგიონალურ მოდელთან, თუმცა აშშ-ის ჯანდაცვა მთლიანობაში, ტრადიციულად, თავისუფალი მიმართვიანობის მოდელს ემსგავსება.

5.1. რეგიონალური მოდელი

ბრიტანეთის ჯანდაცვის სამსახურისათვის ტრადიციულად დამახასიათებელი იყო პირველადი, მეორადი და მესამეული მომსახურების ორგანიზაციული სტრუქტურა.

1. პირველადი ჯანდაცვის დონე წარმოდგენილია ზოგადი პრაქტიკის ექიმებით, რომლებიც ამბულატორიულ მომსახურებას ახორციელებენ მცირე, საშუალო ზომის ჯგუფებში. დიდ ბრიტანეთში ექიმთა საერთო რაოდენობიდან ორი მესამედი ზოგადი პრაქტიკის ექიმები შეადგენენ.[2]

2. მეორეული ჯანდაცვის დონე მოიცავს ექიმ-სპეციალისტებს (შინაგანი მედიცინა, პედიატრია, ნევროლოგია, ფსიქიატრია, მეანობა-გინეკოლოგია, ზოგადი ქირურგია, რომლებიც საქმიანობენ ჰოსპიტალურ კლინიკებში და ამბულატორიული კონსულტაციებს უწევენ ზოგადი პროფილის ექიმების მიერ გამოგზავნილ პაციენ-

1 Bodenheimer T. Regional medical programs: No road to regionalization. Med Care Rev. 1969; 26:1125.

2 Grumbach K. Fry J. Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. N Engl. J Med. 1993; 328: 940.

ტებს. ამასთან ექიმ-სპეციალისტებიც ზოგადი პროფილის ექიმებთან გზავნიან პაციენტებს მიმდინარე სერვისების გასაწევად. მეორეული დონის ექიმები აგრეთვე ახორციელებენ ჰოსპიტალიზებული პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას.

3. მესამეული ჯანდაცვის დონე წარმოდგენილია ექიმ-სპეციალისტებით (როგორიცაა: კარდიოქირურგები, იმუნოლოგები, ბავშვთა ჰემატოლოგები), რომლებიც საქმიანობას ეწევიან მესამეული დონის სამედიცინო ცენტრებში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ამ მოდელის მიხედვით, შეიძლება წარმოვიდგინოთ პირამიდის სახით, რომლის საფუძველს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის დონე, ცენტრს ანუ მეორეულ დონეს – რაიონული, მუნიციპალური საავადმყოფოები (აწარმოებენ ბაზისურ ჰოსპიტალურ სერვისებს) და სპეციალისტთა კონსულტაციები, ხოლო მწვერვალს ანუ მესამეულ დონეს სპეციალიზირებული კლინიკები, სამედიცინო ცენტრები, რომლებიც ახორციელებენ მაღალსპეციალიზებულ ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებას.

ცხრილი 1: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია, ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური, დიდი ბრიტანეთი

სამედიცინო მომსახურების დონე	მოსახლეობის რაოდენობა	ადმინისტრაციული ერთეული
პირველადი ჯანდაცვა	5 000 – 50 000	ადგილობრივი
მეორეული ჯანდაცვა	50 000 – 500 000	რაიონული
მესამეული ჯანდაცვა	500 000 – 5 000 000	რეგიონული

წყარო: Thomas S. Bodenheimer, Kevin Grumbach. Understanding Health Policy. Fifth edition. 2009.

რეგიონალური მოდელის მიხედვით, ექიმების და საავადმყოფოების რესურსების დაგეგმარება ხორციელდება მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით. ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფების მიერ სამედიცინო მომსახურების გაწევა ეფუძნება მოსახლეობის რაოდენობას – 5 000-დან 50 000 პირამდე და დამოკიდებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა რაოდენობაზე თითოეულ ჯგუფში. რაიონული საავადმყოფოები ემსახურებიან 50 000-დან 5 000 000-მდე პირს. მესამეული დონის საავადმყოფოები წარმოადგენენ რეფერალურ ცენტრებს და სამედიცინო მომსახურებას უწევენ 500 000-დან 5 000 000 პირს (Fry, 1980).

პაციენტების მიმართვიანობა ეტაპობრივია და ითვალისწინებს სხვადასხვა დონეების გავლას. გარდა გადაუდებელი შემთხვევებისა, პაციენტები საკონსულტაციოდ პირველ რიგში მიმართავენ ზო-

გადი პროფილის ექიმებს, რომლებსაც საჭიროების შემთხვევებში პაციენტები გადაჰყავთ მომსახურების შესაბამის, უფრო მაღალსპეციალიზებულ დონეზე, რეფერალის ფორმალური პროცესის მეშვეობით. პაციენტებს არ შეუძლიათ პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტებს მიმართონ.

ჯანდაცვის სისტემის სხვა პერსონალი, მაგალითად ექთნები, თამაშობენ დიდ როლს ჯანდაცვის ყველა დონეზე. ზოგადი პროფილის ექიმები თავიანთ საქმიანობაში მჭიდროდ თანამშრომლობენ პრაქტიკოს ექთნებთან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნებთან და ბებიაქალებთან (დიდი ბრიტანეთში მშობიარობათა დიდ რაოდენობას ისინი ღებულობენ). ასეთი გუნდობრივი მუშაობა, მოსახლეობის განსაზღვრულ რაოდენობასთან ანგარიშვალდებულების და ჯანდაცვის უნივერსალურ მოცვასთან ერთად, ხელს უწყობს ისეთი პრობლემების თავიდან აცილებაში, როგორიცაა ვაქცინაციის გამოტოვება ბავშვთა ასაკში. საზოგდოებრივი ჯანდაცვის ექთნები ბავშვის დაბადების შემდეგ, პირველ კვირას, ახორციელებენ ვიზიტებს ყველა სახლებში. ამ პერიოდში, საწყის ეტაპზე მათ ვიზიტებს აქვთ საგანმანათლებლო ხასიათი და მშობლებს ეხმარებიან ზოგადი პროფილის ექიმთან დანიშნული პირველი ვიზიტების უზრუნველყოფაში. ეროვნული ვაქცინაციის მეთვალყურეობის სისტემა ატყობინებს მშობლებს ვაქცინაციის ჩატარების რიგს და როდესაც ბავშვი დანიშნულ დროს არ გამოცხადდება აფრთხილებს ზოგადი პროფილის ექიმებს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნებს. შედეგად 85%-ზე მეტი ბრიტანელი სკოლამდელი ასაკის ბავშვს ჩატარებული აქვს იმუნიზაცია.[1]

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის ასეთი სისტემა დანერგილია ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში, როგორებიცაა: სკანდინავია, ლათინური ამერიკა.

5.2. შერეული მოდელი

შერეული მოდელის მაგალითია აშშ-ის სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია. აშშ-ის მოდელს ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის მოდელისაგან განსხვავებით სამედიცინო მომსახურების დონეებთან მიმართებით ნაკლებად სრუქტურირებული მიდგომა გააჩნია. დიდი ბრიტანეთისაგან განსხვავებით, სადაც პაციენტების მიმართვიანობის ეტაპობრივი მოდელია გავრცელებული, ამერიკაში დაზღვეულ ადამიანს შეუძლია თავისი სურვილის და

1 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

საჭიროების მიხედვით მიმართოს სამედიცინო მომსახურების ნებისმიერ დონეს. თუ დიდ ბრიტანეთში პაციენტები თავიანთი პრობლემების საწყისი შეფასებისათვის მიმართავენ პირველადი ჯანდაცის ექიმებს, აშშ-ში პაციენტებს შეუძლიათ პირდაპირ მიმართონ მათ მიერ არჩეულ სპეციალისტს.

აშშ-ის მოდელის ერთ-ერთ უნიკალურ ასპექტს პირველად ჯანდაცვასთან მიმართებით წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ამ დონეზე ყოველთვის ფართოდ იყო წარმოდგენილი შინაგან სნეულებათა ექიმისა და პედიატრის როლი. მაშინ როდესაც, იგივე ექიმები, დიდ ბრიტანეთსა და ევროპის უმეტეს ქვეყნებში ჯანდაცვის მეორეულ დონეზე ეწეოდნენ საქმიანობას. აშშ-ში ზოგადი პროფილის ექიმების, ოჯახის ექიმების, ზოგადი შინაგან სნეულებათა სპეციალისტების და ზოგადი პედიატრების როლი ამბულატორიულ სექტორში არ არის შეზღუდული. პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ხშირად ეკისრებათ მეორეული ჯანდაცვის ექიმების ფუნქცია და ახორციელებენ ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვან ნაწილს. ბოლო დროს აშშ გადავიდა ევროპულ მოდელზე, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს მოეხსნათ ჰოსპიტალური სერვისების განხორციელების უფლება და ეს სამუშაო გადაეცა საავადმყოფოების ექიმებს, რომლებიც მხოლოდ საავადმყოფოებში ხორციელებენ თავიანთ პრაქტიკას.[1]

აშშ-ში ზოგადი შინაგან სნეულებათა სპეციალისტების და ზოგადი პედიატრების ჩათვლით, ზოგადი პროფილის ექიმების საერთო რაოდენობა შეადგენს დაახლოებით ექიმთა საერთო რაოდენობის ერთ მესამედს.[2] მიუხედავად ფუნქციების დიფერენციაციისა, მესამეული დონის ექიმები, ზოგჯერ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებსაც ახორციელებენ. განსხვავებით ექიმებისაგან, პრაქტიკოსი ექთნები და ექიმის ასისტენტები უფრო მეტად არიან დასაქმებულნი პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

აშშ-ის საავადმყოფოები არ არიან შეზღუდულნი მეორეული და მესამეული ჯანდაცვის მკაცრი საზღვრებით. პირამიდული სისტემის ნაცვლად, სადაც მესამეული სამედიცინო ცენტრების რაოდენობა შეზღუდულია, აშშ-ში ყოველი საავადმყოფო მიისწრაფვის დანერგოს სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების უახლოესი მიღწევები. მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში, სხვადასხვა საავადმყოფოები ერთმანეთს კონკურენციას უწევენ ზოგიერთი სერვისების გაწევაში (ორგანოების გადანერგვა, კარდიოქირურგიული ოპერაციები, სხივური თერაპია, მაღალრისკიანი გინეკოლოგიური პროცედურები). ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე აშშ-ის ჯან-

1 Wachter RM, Goldman L. The emerging role of „hospitalists" in the American health care system. N Engl. J Med. 1996;335:514.

2 Starfield B. Primary care. New York, NY: Oxford University Press. 1998.

დაცვის სისტემა უფრო ბრილიანტს ემსგავსება, ვიდრე პირამიდას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია საავადმყოფოთა (უმეტესად სოფლად) მცირე რაოდენობა, სპეციალიზირებული ერთეულების ნაკლებობით ქვედა დონეზე, მცირე რაოდენობით ელიტარული საუნივერსიტეტო სამედიცინო ცენტრები, რომლებიც ახორციელებენ მაღალსპეციალიზებულ რეფერალურ სერვისებს ზედა დონეზე, და საავადმყოფოების დიდი რაოდენობა, რომლებიც ახორციელებენ მეორეული და მესამეული სამედიცინო მომსახურების ფართო სპექტრს შუა დონეზე.[1]

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემას ხშირად აკრიტიკებენ მაღალსპეციალიზირებული და მესამეული ჯანდაცვის ორიენტაციის გამო და ამავე დროს ორგანიზაციული წესრიგის ნაკლებობის გამო. შეერთებული შტატების სამედიცინო მომსახურების ანალიზის დროს მკვლევარები ხშირად აღნიშნავენ მის უსისტემობას, სადაც მილიონობით დამოუკიდებელი, არაკოორდინირებული, განცალკევებით მოტივირებული მოძრავი ნაწილებია, „ფრაგმენტაცია, ქაოსი, უწესრიგობა," და „უკონტროლო ზრდა და პლურალიზმი ესაზღვრება ანარქიას."[2]

მკვლევარები აშშ-ში ჯანდაცვის მაღალ ხარჯებს ნაწილობრივ ამ ორგანიზაციულ უწესრიგობას უკავშირებენ. სამედიცინო მომსახურების ხარისხიც ზარალდება. მაგალითად, როდესაც ბევრი საავადმყოფო ახორციელებს ქირურგიული პროცედურების მცირე რაოდენობას, როგორიცაა კორონარული არტერიების შუნტირება, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია ვიდრე მაშინ როდესაც ასეთი პროცედურები რეგიონალიზებულია მცირე რაოდენობით დიდ ცენტრებში.[3]

შერეული (გაფანტული – dispersed) მოდელის მიმდევრები ამტკიცებენ რომ პლურალიზმი უფრო ეფექტურია, ზრდის მოქნილობას, დაწესებულებების და პერსონალის გამოსადეგობას.[4] ამ თვალსაზრისით, სპეციალიზაციაზე და ტექნოლოგიებზე აქცენტირება შეთავსებადია აშშ-ის ღირებულებებთან და მოლოდინებთან, სადაც პაციენტები სპეციალისტებთან და მესამეული სამედიცინო მომსახურების პირდაპირ მისაწვდომობაზე იხდიან მაღალ სადაზღვევო პრემიებს და სადაც მათ აქვთ მათთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევანის უფლება.

1 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

2 Somers AR. Whos in change here? Alice searches for a king in Mediland. N. Engl J Med. 1972;28:848.

3 Grumbach K et al. Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada: Geographic access, choice, and outcomes. JAMA. 1995; 274:1282.

4 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეების ბალანსირება

აშშ-ში პირველადი ჯანდაცვის როლის გაძლიერების მომხრეები დარწმუნებულნი არიან, რომ ჯანდაცვის დაგეგმარება ძალიან მნიშვნელოვანია. მათი აზრით, სპეციალიზირებულ, მესამეულ ჯანდაცვაზე მაღალი აქცენტირება ქმნის სისტემას, სადაც ჯანდაცვის რესურსები უკეთ არ შეესაბამება საზოგადოებაში არსებულ ჯანდაცვის პრობლემებს.[1] თავის სტატიაში „სამედიცინო მომსახურების ეკოლოგია", რომელიც 1961 წელს გამოქვეყნდა, კერ უაითი აღნიშნავდა თვის განმავლობაში 1000 მოზრდილ მოსახლეობაში დაავადებათა გავრცელებას.[2] ამ ჯგუფში 1000-დან 750 პირს აღენიშნებოდა ერთი ან რამოდენიმე დაავადება, ან ტრავმა თვეში. ამ პაციენტებიდან 250-მა არანაკლებ ერთჯერ მიმართა ექიმს თვის განმავლობაში, 9 გაგზავნილ იქნა საავადმყოფოში, და მხოლოდ ერთი – საუნივერსიტეტო სამედიცინო ცენტრში.

ინგლისელმა ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა ჯონ ფრაიმ 1980 წელს გამოაქვეყნა თავისი კვლევა სამედიცინო მომსახურების ეკოლოგიაზე.[3] იგი იკვლევდა 1970-იან წლებში თავისი პაციენტების ჯანმრთელობის პრობლემებს. დაავადებებს შორის მთავარი ადგილი ეკავა უმნიშვნელო ავადმყოფობებს (რომელთა უმრავლესობა არ საჭიროებდა მკურნალობას), ქრონიკული დაავადებები: ჰიპერტენზია, ართრიტი, გარდამავალი ფსიქიკური დაავადებები. სიმსივნის ახალი შემთხვევები შედარებით მწირედ აღინიშნებოდა, და მხოლოდ მცირე რაოდენობით პაციენტებს აღენიშნებოდათ კომპლექსური სინდრომი, როგორიცაა გაფანტული სკლეროზი.[4]

აღნიშნული კვლევებიდან შეგვიძლია გავაკეთოთ დასკვნა, რომ ჯანდაცვის მეტი საჭიროება შეინიშნება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, მაგრამ აქედან არ გამომდინარეობს, რომ ჯანდაცვის უფრო მეტი რესურსები უნდა მივმართოთ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. პაციენტთა მცირე რაოდენობა, რომელთაც აღენიშნებათ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გართულება და მოითხოვს მეორეულ და მესამეულ სამედიცინო მომსახურებას, საჭიროებენ ჯანდაცვის რესურსების უფრო მეტ წილს თითო სულზე გათვლით, ვიდრე მოსახლეობის უმრავლესობა, რომელთაც აღენიშნებათ ჯანმრთელო-

1 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

2 White KL., Williams F. Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl. J Med. 1961; 265:885.

3 Fry J. Primary care. In: Fry J. ed. Primary Care. London. England: William Heinemann; 1980.

4 იქვე.

ბის მდგომარეობის შედარებით ნაკლები გაუარესება. პაციენტები ფილტვის უკმარისობით საჭიროებენ უფრო მეტ დანახარჯებს, ვიდრე პაციენტები მწვავე ბრონქიტით. დიდ ბრიტანეთში, სადაც ექიმთა 65%-ს ზოგადი პრაქტიკის ექიმები შეადგენენ უზრუნველყოფენ ამბულატორიული მომსახურების 60%-ს, ხოლო მათ მიერ გაწეული ხარჯები შეადგენს ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის მთლიანი ბიუჯეტის მხოლოდ 10%-ს, მაშინ როდესაც ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეზე ჰოსპიტალური ხარჯები (როგორც სტაციონარული, ასევე საავადმყოფოს ამბულატორიული განყოფილებების) შეადგენს მთელი ბიუჯეტის ორ მესამედს.[1]

ზოგიერთი მკვლევარის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების რეგიონული, ანუ პირამიდული მოდელი უფრო უკეთ წარმოაჩენს ჯანდაცვის პრობლემების განაწილებას საზოგადოებაში, ვიდრე ჯანდაცვის დანახარჯების პროპორციულად დაყოფა.[2] მიუხედავად იმისა, რომ თითქმის ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის უფრო მეტი რესურსებია მიმართული მეორეულ და მესამეულ სამედიცინო მომსახურებაზე, მოსახლეობის უმრავლესობას გააჩნია სამედიცინო მომსახურების საჭიროება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

5.3. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ტიპები

ზოგადი პროფილის საავადმყოფო

ზოგადი პროფილის საავადმყოფო არის დაწესებულება, სადაც პაციენტები ჰოსპიტალიზებულნი არიან დროის მოკლე პერიოდში (რამდენიმე დღის ან კვირეების განმავლობაში). ახორციელებენ ფართო სპექტრის სადიაგნოსტიკო, სამედიცინო, ქირურგიულ და სასწრაფო-გადაუდებელ მომსახურეობებს. ქალაქებისა და რაიონების საავადმყოფოების უმრავლესობა კლასიფიცირდება როგორც ზოგადი საავადმყოფოები.

სპეციალიზირებული საავადმყოფოები

სპეციალიზირებული საავადმყოფოები უზრუნველყოფენ სპეციფიკური ქრონიკული დაავადებების მკურნალობას. ასეთ საავადმყოფოებში პაციენტები, როგორც წესი, მკურნალობენ დიდი ხნის განმავლობაში.

1 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.

2 იქვე.

ამბულატორიული მომსახურება/კლინიკები

ამბულატორიული კლინიკები დაწესებულებებია, სადაც სხვადასხვა სპეციალობების ექიმები აერთიანებენ თავიანთ პრაქტიკას. ეს პაციენტს საშუალებას აძლევს სხვადასხვა დაავადებებზე მიიღოს დაუყოვნებლივი მომსახურება.

სარეაბილიტაციო ცენტრები

სარეაბილიტაციო ცენტრებში ავადმყოფობის ან ტრავმის შედეგად დაინვალიდებულ ადამიანებს შეუძლიათ აღიდგინონ თავიანთი თავდაპირველი შესაძლებლობები და ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობები. ასეთი დაწესებულებები უზრუნველყოფენ პაციენტების მომსახურებას, რომლებიც საჭიროებენ ფიზიკურ თერაპიას (ჰიდროთერაპია – მკურნალობის წყლის გამოყენებით) და სხვა სახის თერაპიას დაზიანებული კიდურების ან ორგანოს ფუნქციის აღსადგენად. მკურნალობა შესაძლებელია როგორც სტაციონარულად ასევე ამბულატორიულად.

ბინაზე სამედიცინო მომსახურების სააგენტოები

ბინაზე სამედიცინო მომსახურების სააგენტოები პაციენტებს უზრუნველყოფენ სერვისებით, რომლებიც ესაჭიროებათ ბინაზე, მაგრამ არა სტაციონარულ პირობებში. ასეთი სააგენტოები ემსახურებიან ყველა ასაკის პაციენტებს და მოიცავს შემდეგ სერვისებს: მოხუცთა მოვლა, ფიზიოთერაპია, პირადი ჰიგიენა (დაბანა, ჩაცმა და ა.შ.) და საოჯახო საქმიანობა (დალაგება, საკვების ყიდვა და მომზადება).

ზრუნვის დაწესებულებები

ზუნვის დაწესებულებები მოიცავს მოხუცებზე ზრუნვას, რომლებიც საჭიროებენ მედდის მომსახურებას და პერსონალურ ზრუნვას. ამის მაგალითებია: მოხუცთა სახლები და გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებები. გარდა ამისა, არსებობენ გაფართოებული ზრუნვის დაწესებულებები, რომლებიც წარმოადგენენ ხიდს საავადმყოფოსა და სახლს შორის, როცა დაავადება უკვე აღარ არის მწვავე.

მოხუცთა დღის მოვლა

უზრუნველყოფს ზრუნვას იმ მოხუცებისათვის, რომელთაც შეუძლიათ იცხოვრონ სახლში ოჯახთან ერთად მაგრამ ოჯახისგან მოშორებით ყოფნისას საჭიროებენ ზრუნვას. მოხუცებს საშუალება ეძლევათ მომსახურება მიიღონ მთელი დღის განმავლობაში. იგი

მოიცავს რეაბილიტაციურ სერვისებს, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობებს, დანიშნული მედიკამენტების მიღებას, გადაადგილებაში დახმარებას...

დავრდომილთა თავშესაფარი

ეს ორგანიზაცია დახმარებას უწევს ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს (რომელთაც 6 თვეზე ნაკლები პერიოდი დარჩათ). ასეთ პაციენტთა ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა სიმსივნე. პაციენტები იმყოფებიან მათთვის კომფორტულ მდგომარეობაში, თავისუფალი არიან ტკივილისაგან. ამავე დროს ოჯახს უტარდება კონსულტაციები, რომ ფსიქოლოგიური დახმარება გაუწიონ საყვარელი ადამიანის მოსალოდნელი გარდაცვალების გამო. სიკვდილის შემდეგ, ოჯახს არანაკლებ ერთი წლის განმავლობაში უგრძელდება მხარდაჭერა.

ცხრილი 2: სამედიცინო ორგანიზაციები აშშ-ში, 2011 წ.

სამედიცინო ორგანიზაცია	2011
პოლიკლინიკური დაწესებულებები და ამბულატორიული ცენტრები	206
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები და კაბინეტები	230
დისპანსერები	44
მათ შორის საწოლებით	4
ქალთა კონსულტაციები	20
ამბულატორიები	47
სამეცნიეროკვლევითი ინსტიტუტი	13
მათ შორის საწოლებით	12
სადგურები	78
მათ შორის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების	72
სისხლის დამამზადებელი	6
ეპიდემიოლოგიური სამსახური	66
სოფლის ექიმ-მეწარმე	1234
საავადმყოფო და სამედიცინო ცენტრი	229
მათ შორის სპეციალიზებული	94
მათ შორის სამშობიარო სახლი	38

5.4. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები

ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. ასეთი მრავალფეროვნება ძირითადად სამედიცინო ბაზრის თავისებურებებითაა განპირობებული. აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული: კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო.

ამ მხრივ, საინტერესოა გავარკვიოთ, თუ რატომ წარმოიშვა თანამედროვე მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმა; ამ ფორმათაგან რომელია უპირატესად განვითარებული და რით არის ეს გამოწვეული; რამ განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმის არსებობა; რა არის ასეთი მესაკუთრეობის ფორმის უარყოფითი მხარეები, და რა რეკომენდაციები შეიძლება დაიდოს შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ერთერთი ფორმაა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები. ასეთი ორგანიზაციების მესაკუთრეა სახელმწიფო როგორც ფედერალურ, ასევე მუნიციპალურ დონეზე (ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები). შესაბამისად არსებობენ ფედერალური და მუნიციპალური საავადმყოფოები.

კერძო, კომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეები არიან ინდივიდუალური პირები. ისინი შექმნილია სამეწარმეო საქმიანობისათვის და მათი მუშაობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოგების მიღება. ასეთი ორგანიზაციების შემდეგი ფორმები არსებობს: ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო, შეზღუდული პასუხისმგებლობების საზოგადოება,[1] ღია და დახურული აქციონერული საზოგადოებები.[2]

---

1 შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომლის პასუხისმგებლობა მისი კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება საწესდებო კაპიტალით. შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების წევრების შენატანებისგან წარმოქმნილი საწესდებო კაპიტალი არ უნდა იყოს კანონით გათვალისწინებული თანხის ოდენობაზე ნაკლები.

2 სააქციო საზოგადოება იქმნება ნებაყოფლობით გაერთიანებულ ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა მიერ და წარმოადგენს მათ საკუთრებას, ფლობს რა თითოეული მათგანი საერთო კაპიტალის ნაწილს აქციების სახით. ასეთი საზოგადოების თანამესაკუთრენი იწოდებიან აქციონერებად.

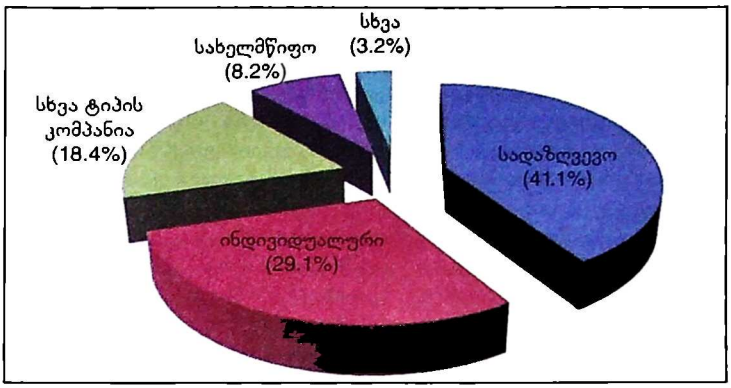
სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ყველაზე უფრო გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენენ არაკომერციული (ანუ როგორც მათ ხშირად უწოდებენ არამომგებიანი) ორგანიზაციები. ხშირად სიტყვა „არამომგებიანის“ არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. სინამდვილეში კი არამომგებიან, ისევე როგორც მომგებიან, ან სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ცდილობენ მიიღონ მოგება. ისინი ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების თვალსაზრისით. კერძოდ, არამომგებიან საავადმყოფოებში, მომგებიან საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ საავადმყოფოებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც წარმოდგენილია ექიმებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შეძენაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე.

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, სადაც უმთავრესად უნივერსალური, ანუ საყოველთაო ჯანდაცვაა განვითარებული, ასევე, ისეთ ლიბერალურ ქვეყანაშიც კი, როგორიც აშშ-ია, სადაც ჯანდაცვა უმთავრესად განიხილება როგორც სამედიცინო ბაზარი. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ 70-80%-ზე მეტს, ასევე, აშშ-ში, 57% შეადგენს არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციები, 26% – სახელმწიფო საავადმყოფოებს, ხოლო კერძო მომგებიანი საავადმყოფოები – 17%-ს (AHA, 2007).

აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული. 2013 წლის მონაცემებით, საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ (მათ, შორის 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს – 29%, სხვა ტიპის კომპანიებს 18.4%), ხოლო 8% – სახელმწიფოს; სახელმწიფოს საკუთრებაში, ძირითადად, ფსიქიატრიული და სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების გამწევი საავადმყოფოები რჩება (საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო, 2012).

განვითარებულ ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ შუა საუკუნეებიდან მათ ჩამოყალიბებაში უდიდესი წვლილი მიუძღვით რელიგიურ ორგანიზაციებს და ადგილობრივ სათემო გაერთიანებებს. ისინი ეხმარებოდნენ მოსახლეობის ღარიბ ფენებს, ობლებს, ფსიქიურად ავადმყოფებს, ტუბერკულოზით ან სხვა ინფექ-

ნახატი 1: საქართველოში მოქმედი საავადმყოფოების მფლობელობის ტიპი



წყარო: საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი. 2012.

ციური დაავადებებით პაციენტებს. მოსახლეობის ამ ნაწილს ბინაზე არ გააჩნდა მკურნალობისათვის სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, რაც მოითხოვდა საავადმყოფოების, ანუ სასნეულოების (როგორც მათ ძველ საქართველოში უწოდებდნენ) აშენებას და შენახვას. ღარიბთაგან განსხვავებით, მდიდარ ფენას თავიანთ სასახლეში ჰყავდა კარის ექიმები და საავადმყოფოებს არ საჭიროებდა. ამრიგად, როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი საავადმყოფოები თავიდანვე შეიქმნა ღარიბთათვის სამედიცინო მომსახურების გასაწევად, რომელთა დაფინანსების უმთავრეს წყაროს წარმოადგენდა შემოწირულობები.

მეოცე საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ ხელი შეუწყო საავადმყოფოს ისეთი სახით ჩამოყალიბებას, როგორითაც იგი დღეისთვის არსებობს. შეიქმნა როგორც გადაუდებელი ასევე გეგმიური სამედიცინო მომსახურების საავადმყოფოები, სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ცენტრები. აღნიშნულის შედეგად შეიცვალა საავადმყოფოების როლი. საავადმყოფო გახდა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, პაციენტთა სათანადო დონეზე მკურნალობის ადგილი.

საავადმყოფოს ფუნქციის შეცვლასთან ერთად, შეიცვალა საავადმყოფოთა დაფინანსების მექანიზმები. თუ წინათ საქველმოქმედო ფონდები, შემოწირულობები წარმოადგენდნენ საავადმყოფოს

შემოსავლების მნიშვნელოვან წყაროს, შემდგომ პერიოდში გაიზარდა პაციენტების მიერ გაღებული ხარჯების, ასევე სახელმწიფოს და კერძო დაზღვევის წილი. ასე გადაიქცნენ საქველმოქმედო საავადმყოფოები არამომგებიან, ანუ არაკომერციულ საავადმყოფოებად.

საქართველოსთან მიმართებაში არ უნდა დაგვავიწყდეს ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი ფაქტი. გასაბჭოებამდე საქართველოშიც არსებობდა საქველმოქმედო საავადმყოფოები. ასე, მაგალითად, თბილისში, ყოფილი მე-9 საავადმყოფოს ადგილზე 1908 წლიდან, წმ. ანდრია პირველწოდებულის სახ. ტაძართან განთავსდა ლაზარეთი. დღევანდელი სახელმწიფო უნივერსიტეტის შენობაში წმინდა ნინოს სახელობის ლაზარეთი იყო განთავსებული, სადაც ვაჟა-ფშაველამ დალია სული. აღნიშნული და სხვა მრავალი საავადმყოფოები წარმოადგენდნენ არაკომერციულ საავადმყოფოებს. 1921 წლიდან, გასაბჭოების შემდეგ, არაკომერციული საავადმყოფოები გადაკეთდნენ სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო ორგანიზაციებად. შედეგად, საბჭოთა პერიოდში საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მხოლოდ ერთი ფორმა იყო განვითარებული. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, 1990-იან წლებში მას დაემატა კერძო საავადმყოფოები. შესაბამისად, დღეისათვის საქართველოში საავადმყოფოების საკუთრების მხოლოდ ორი უკიდურესად რადიკალური, სახელმწიფო და კერძო ფორმებია გავრცელებული.

აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, საბჭოთა პერიოდიდან მოყოლებული საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ზოგიერთი ნიშნით (სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრობის ფორმები ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მახასიათებელია) განვითარების იმ ხაზს ასცდა, საითკენაც ვითარდებოდნენ ევროპის ქვეყნები.[1]

გარდა იმისა, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოები ხელშემწყობ ისტორიულ გარემოში განვითარდნენ, არანაკლები როლი ითამაშა სახელმწიფოს უდიდესმა მხარდაჭერამ. რადგანაც არამომგებიანი საავადმყოფოები ემსახურებიან ღარიბ და დაბალშემოსავლიან პაციენტებს, მათი საქმიანობა განიხილება როგორც საქველმოქმედო. შესაბამისად, მათი შემოსავალი და ქონება უმთავრესად გათავისუფლებულია სახელმწიფო გადასახადებისგან.

ევროპაში და აშშ-ში არამომგებიანი საავადმყოფოების ფართოდ გავრცელებაზე დიდი გავლენა იქონია საზოგადოების მხრიდან წლების განმავლობაში გამყარებულმა ნდობის ფაქტორმა. საქმე იმაში გახლავთ, რომ სამედიცინო ბაზარზე, სადაც პაციენტი მცირედაა

1 თენგიზ ვერულავა. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი 2016.

ინფორმირებული და ნაკლები ცოდნა გააჩნია სამედიცინო მომსახურების საჭიროებაზე, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას. მომგებიან ორგანიზაციებთან შედარებით, პაციენტები უფრო ენდობიან არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან ეს უკანასკნელი არ არის დაინტერესებული მოგების მიღებით და არ ცდილობს პაციენტის არაინფორმირებულობის გამო მიიღოს სარგებლები.[1]

გარდა ამისა, არამომგებიანი საავადმყოფოს საქმიანობას ზედამხედველობას უწევს საზოგადოება, სადაც ექიმებს უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ დამოუკიდებლად განსაზღვრონ საავადმყოფოს პოლიტიკა, შეიძინონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარები, მომგებიანი საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, შედარებით დაბალ ფასად მიაწოდონ ძვირადღირებული სერვისები. შესაბამისად, არამომგებიანი საავადმყოფოები გაცილებით მეტად შეესაბამებიან ექიმების ფინანსურ ინტერესებს.[2]

მოსახლეობაში კერძო, არამომგებიანი სავადმყოფოების პოპულარობაზე მიანიშნებს ის გარემოება, რომ აშშ-ში მათ მიმართავს პაციენტების 70%, ხოლო მომგებიან საავადმყოფოებს მიმართავს პაციენტების მხოლოდ 13%. სამედიცინო პერსონალიც არაკომერციულ საავადმყოფოებს ანიჭებს უპირატესობას, რაც იმაში გამოიხატება, რომ ექიმთა უმრავლესობა საქმიანობას ეწევა კერძო არამომგებიან საავადმყოფოებში.[3]

საზოგადოებაში გარცელებული შეხედულებით კერძო, მომგებიანი ორგანიზაცია ყოველთვის ასოცირდება სამედიცინო მომსაურების უფრო უკეთეს ხარისხთან. თუმცა, კვლევები ადასტურებენ, რომ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით, მომგებიან და არამომგებიან საავადმყოფოებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ შეინიშნება.[4] ერთ-ერთი კვლევის შედეგად შესწავლილ იქნა არამომგებიან და მომგებიან საავადმყოფოებში მედიქეას ბენეფიციარებზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რომელიც ითვალისწინებდა დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების კომპეტენტურად ჩატარებას, გამოსავლებს.

---

1 Feldstein Paul J, 2011. Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fifth Edition Chicago AUPHA press.

2 Feldstein Paul J, 2011. Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fifth Edition Chicago AUPHA press.

3 AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics, 2007. Chicago: AHA.

4 Folland S., Goodman A. C., Stano M. 2007. The economics of health and health care. New Jersey.

კვლევის მიხედვით, მომგებიან და არამომგებიან საავადმყოფოებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნებოდა[1,2].

ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება დაკავშირებულია თავად ჯანდაცვის დარგის თავისებურებებით. ჯანდაცვის ბაზარი არსებითად განსხვავდება ეკონომიკის სხვა სფეროებთან შედარებით. განსხვავებულია ჯანდაცვის ბაზარზე მოქმედი სუბიექტების ქცევა სხვა ბაზარზე მოქმედი სუბიექტების ქცევისაგან. ჯანდაცვის ბაზარზე მომხმარებლები, ანუ პაციენტები, ნაკლებად არიან კომპეტენტური შეაფასონ მიღებული მომსახურების ხარისხი, განსაზღვრონ მისი საჭიროება, ან შეადარონ მომსახურების ფასი მის ხარისხს. შედეგად, ექიმი (ანუ მიმწოდებელი) განსაზღვრავს პაციენტისათვის (ანუ მყიდველისათვის) საჭირო სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ სერვისებს, განსხვავებით ჩვეულებრივი ბაზრისაგან, სადაც მყიდველი განსაზღვრავს მიწოდებას. ამგვარად, სამედიცინო ბაზარზე მოთხოვნას განსაზღვრავს მიმწოდებელი (სამედიცინო პერსონალი). სამედიცინო ბაზარზე მიმწოდებელსა და მომხმარებელს შორის არსებული ინფორმაციის ასიმეტრიის გამო (მიმწოდებელს უფრო მეტი ინფორმაცია გააჩნია ვიდრე მომხმარებელს), მომწოდებელს შეუძლია მის ხელთ არსებული ინფორმაციული უპირატესობით სტიმული მისცეს პაციენტისათვის რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით მომსახურების მოთხოვნას. ამ ფენომენს ჯანდაცვის ეკონომიკაში უწოდებენ მიწოდებით წარმოებულ მოთხოვნას (supplier induced demand). ოპონენტები, რომლებიც მიიჩნევენ რომ სამედიცინო ბაზარი არ განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან, ხშირად, შეგნებულად თუ შეუგნებლად ახდენენ ჯანდაცვის ეკონომიკისათვის დამახასიათებელი ამ მნიშვნელოვანი თავისებურებების იგნორირებას.

ჩვეულებრივ ბაზარზე, ძირითადად, დამახასიათებელია მაქსიმალური მოგებისკენ სწრაფვა. მომგებიანი საავადმყოფოები ცდილობენ სამედიცინო მომსახურებაზე ისეთი ფასები დააწესონ, რომ მაქსიმალურად გაზარდონ მოგება. სამედიცინო ბაზარზე გარკვეული სერვისები საზოგადოებრივი სიკეთის ნიშნებით ხასიათდებიან. არამომგებიანი საავადმყოფოები ცდილობენ სამედიცინო მომსახურებაზე ისეთი ფასი დააწესონ, რომ გაწეეული ხარჯების დასაფარად გააჩნდეთ საკმარისი შემოსავლები.

1 Feldstein Paul J, 2011. Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fifth Edition Chicago AUPHA press.

2 Sloan, F. 2000. „Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior." In Handbook of Health Economics, vol. 18. edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1141-73. New York North-Holland Press.

საყურადღებოა საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში არსებული შემდეგი პრობლემის გათვალისწინებაც. კერძოდ, უმეტესი საავადმყოფოების საწოლთა რაოდენობა 50 საწოლზე ნაკლებია (საავადმყოფოების 34%-ს 11-დან 20 საწოლამდე აქვს, 17%-ს – 21-დან 30 საწოლამდე, ხოლო 41%-ში საწოლების რაოდენობა 31-დან 50-მდე მერყეობს). საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, 50 საწოლიანზე ნაკლები საავადმყოფო შეუძლებელია მომგებიანი გახდეს, უფრო მეტიც, 200-საწოლიანზე ნაკლები საავადმყოფო, ხშირად, ვერ ღებულობს ისეთ მოგებას, რომ ყველა სახის სამედიცინო მომსახურება გრძელვადიანად შეინარჩუნოს. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები არამომგებიანია, რომლებიც საავადმყოფოების მფლობელებმა შეიძლება არ დააფინანსონ.

ზემოთ ავღნიშნეთ, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარებას ხელი შეუწყო მათი შემოსავლებისა და ქონების გათავისუფლებამ სახელმწიფო გადასახადებისგან. თუმცა, ამ მხრივ, საქართველოს საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, არასამეწარმეო ორგანიზაციები, რომლებიც საქველმოქმედო საქმიანობა ეწევიან, სარგებლობენ საგადასახადო შეღავათებით. საქველმოქმედო ორგანიზაციების მოგება, ეკონომიკური საქმიანობით მიღებული მოგების გარდა, გათავისუფლებულია მოგების გადასახადისაგან.

ასევე, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გვაძლევს არაკომერციული ორგანიზაციის განმარტებას: „ორგანიზაცია, რომლის მიზანი არ არის სამეწარმეო საქმიანობა და მისი ფუნქციონირების ძირითადი მამოტივირებელი ფაქტორი არ არის მატერიალური მოგების მიღება, არის არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი." ასევე, მიუხედავად იმისა, რომ არასამეწარმეო იურიდიული პირი, თავისი არსით, არ შეიძლება იყოს კომერციულ საქმიანობაზე ორიენტირებული, მას უფლება აქვს, ეწეოდეს დამხმარე ხასიათის სამეწარმეო საქმიანობას. ასეთი საქმიანობიდან მიღებული მოგება უნდა მოხმარდეს არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირის მიზნების რეალიზებას და მისი განაწილება არასამეწარმეო იურიდიული პირის დამფუძნებლებს, წევრებს, შემომწირველებს, აგრეთვე ხელმძღვანელობისა და წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების მქონე პირებს შორის დაუშვებელია.

მიუხედავად იმისა, რომ საგადასახადო კოდექსში არაკომერციულ ორგანიზაციებზე გათვალისწინებულია საგადასახადო შეღავათები, მისი მხოლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა არ არის საკმარისი ქვეყანაში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარების ხელშესაწყობად. საქართველოში სამედიცინო ბაზარზე არამომ-

გებიანი (არაკომერციული) ორგანიზაციების განუვითარებლობა ადასტურებს, რომ არ არსებობს საავადმყოფოების არამომგებიანი სახით ფუნქციონირების საკმარისი მოტივაცია; საჭიროა საგადასახადო კოდექსში გათვალისწინებული საგადასახადო შეღავათების შემდგომი დახვეწა და ევროპული გამოცდილების გათვალისწინება; მიზანშეწონილია არამომგებიანი საავადმყოფოების როლის გაზრდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ამაღლებას, და რაც მთავარია, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაახლოებას ცივილიზებულ სამყაროს არსებულ გამოცდილებასთან.[1]

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ზემოაღნიშნული ფორმების გარდა, განვითარებულ ქვეყნებში გავრცელებულია სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული სამედიცინო ორგანიზაციები. ისინი წარმოადგენენ სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობას ჯანდაცვის განვითარების პრიორიტეტული ამოცანების განსახორციელებლად, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით, გრძელვადიან, ნებაყოფლობით პრინციპებზე.[2] სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორული თანამშრომლობის ერთ-ერთი საშუალებაა სახელმწიფო ქონების იჯარით გაიცემა. ამ დროს სახელმწიფო ახდენს მის საკუთრებაში არსებული გამოუყენებელი შენობა-ნაგებობების, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური აღჭურვილობების იჯარით გაცემას კერძო ბიზნესზე.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში იგეგმება კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა.[3] კერძოდ, ბავშვთა ინფექციური, ონკოლოგიური და რესპუბლიკური საავადმყოფოები სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანაარსებობით ჩამოყალიბდებიან.[4] კერძო ორგანიზაცია ვალდებული იქნება კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის პრინციპით, სახელმწიფოსთან ერთად მოახდინოს საავადმყოფოების მართვა, ფლობა და ოპერირება. შესაბამისი რეგულაციების არარსებობის გამო ეკონომიკის სამინისტრო ამჟამად

1 ვერულავა თენგიზ. არაკომერციული საავადმყოფოების ევროპული გამოცდილება და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში. საერთაშორისო ინტერდისციპლინარული კონფერენცია – „ევროპული ღირებულებები და იდენტობა". მოხსენებათა თეზისები. 16-17-18 ივნისი. 2014 წ. გვ. 92-94. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2014 წ.

2 ვერულავა, თ. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელი ჯანდაცვის სექტორში. ლიბერალი. 10.04.2015.

3 სერგეენკო, დ. „პირველადი ჯანდაცვა სერიოზულ რეფორმას საჭიროებს". Ipress.ge.

4 კვარაცხელია, ვ. 2016 წელს საქართველოს თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 4 კლინიკა შეემატება. Ipress. 10. 12. 2015.

მუშაობს ჯანდაცვის ობიექტებთან მიმართებაში კერძო და სახელმწიფო სტრუქტურების თანაარსებობის შესახებ კანონის შექმნაზე.

ამრიგად, ჩვეულებრივი ბაზრებისაგან განსხვავებით, სამედიცინო ბაზარმა მოითხოვა მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობა, სადაც წარმოდგენილია როგორც კერძო არაკომერციული, ასევე კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები. საქართველოში კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის დასანერგად სახელმწიფოს მიერ გადადგმული პირველი ნაბიჯები უდაოდ დადებითი მოვლენაა. თუმცა, საჭიროა მესაკუთრეობის სხვა ფორმების, კერძოდ, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობაც. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ამაღლებას, და რაც მთავარია, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაახლოებას ევროპის ქვეყნების არსებულ გამოცდილებასთან.

ლიტერატურა:

- ვერულავა, თ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009.
- ვერულავა, თ. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი 2016.
- ვერულავა, თ. არაკომერციული საავადმყოფოების ევროპული გამოცდილება და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში. საერთაშორისო ინტერდისციპლინარული კონფერენცია – „ევროპული ღირებულებები და იდენტობა". მოხსენებათა თეზისები. 16-17-18 ივნისი. 2014 წ. გვ. 92-94. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2014 წ.
- ვერულავა, თ. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელი ჯანდაცვის სექტორში. ლიბერალი. 10.04.2015 http://www.liberali.ge/ge/liberali/articles/124804/.
- კვარაცხელია, ვ. 2016 წელს საქართველოს თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 4 კლინიკა შეემატება. Ipress. 10. 12. 2015. http://www.ipress.ge/new/19428-2016-tsels-saqartvelos-tanamedrove-teqnologiebit-aghchurvili-4-klinika-sheemateba.
- მზეიძე ი, ჩარკვიანი გ, ნაცვლიშვილი ვ. 2012. არასამეწარმეო იურიდიული პირების დაბეგვრის თავისებურებები საქართველოში. აღმოსავლეთ-დასავლეთის მართვის ინსტიტუტის (EWMI) პროგრამა – „საქართველოში საჯარო პოლიტიკის, ადვოკატირებისა და სამოქალაქო საზოგადოების განვითარება" (G-PAC).
- საქართველოს საგადასახადო კოდექსი.

- საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი. 2012.
- სერგეენკო, დ. „პირველადი ჯანდაცვა სერიოზულ რეფორმას საჭიროებს." Ipress.ge . http://ipress.ge/new/4396-davit-sergeenko-pirveladi-janda cva-seriozul-reformas-sachiroebs.
- AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics, 2007. Chicago: AHA.
- Bodenheimer T. Regional medical programs: No road to regionalization. Med Care Rev. 1969; 26:1125.
- Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy.Fifth edition. 2009.
- Feldstein Paul J, 2011. Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fifth Edition Chicago AUPHA press.
- Folland S., Goodman A. C., Stano M. 2007. The economics of health and health care. New Jersey.
- Fry J. Primary care. In: Fry J. ed. Primary Care. London. England: William Heinemann; 1980.
- Grumbach K. Fry J. Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. N Engl. J Med. 1993; 328: 940.
- Grumbach K et al. Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada: Geographic access, choice, and outcomes. JAMA. 1995; 274:1282.
- Rodwin VG. The Health Planning Predicament. Berkeley, CA: University of California Press; 1984.
- Sloan, F. 2000. „Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior." In Handbook of Health Economics, vol. 18. edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1141-73. New York North-Holland Press.
- Somers AR. Whos in change here? Alice searches for a king in Mediland. N. Engl J Med. 1972;28:848.
- Starfield B. Primary care. New York, NY: Oxford University Press. 1998.
- Wachter RM, Goldman L. The emerging role of „hospitalists" in the American health care system. N Engl. J Med. 1996;335:514.
- White KL., Williams F. Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl. J Med. 1961; 265:885.

VI თავი

პირველადი ჯანდაცვა

6.1. პირველადი ჯანდაცვის არსი და როლი

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. „პირველადი ჯანდაცვა" არის პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, ექიმთან, ერთგვარი „მეკარიბჭე" ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავს ექიმ-სპეციალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვა არის ზოგადი, უწყვეტი, კოორდინირებული სამედიცინო მომსახურება. იგი გულისხმობს გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლს, სწორ კვებას, სამედიცინო (პროფილაქტიკურ) განათლებას, ბაზისური მედიკამენტებით (ძირითადი წამლებით) უზრუნველყოფას, იმუნიზაციას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონტროლს, გავრცელებული დაავადებებისა და ტრავმების პრევენციასა და მკურნალობას, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფას და ძირითადი სანიტარიული ნორმების კონტროლს.

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას ოფიციალურად საფუძველი ჩაეყარა ალმა-ატაში 1978 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონფერენციაზე, სადაც წარმოდგენილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობა. აღნიშნულ კონფერენციაზე მოხდა პჯდ-ს არსის განმარტება:

„პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ძირითად ჯანდაცვით ღონისძიებებს, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში და ეტეოდეს ქვეყნის ნებისმიერი განვითარების სტადიაზე მის ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში. პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს როგორც სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის (ახორციელებს რა მის მთავარ ფუნქციას და წარმოადგენს მის ცენტრალურ რგოლს), ასევე საზოგადოების სოცი-

ალურ-ეკონომიკური განვითარების მთელი პროცესის განუყოფელ ნაწილს."[1]

პირველადი ჯანდაცვის მიზნებია:

1) პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
2) ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
3) პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაში;
4) ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის, მკურნალობის, პრევენციისა და პროგნოზის შესახებ;
5) ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;
6) ავადობისა და ინვალიდობის პრევენცია დაავადების გამოვლენის, განათლების, ქცევის შეცვლისა და პრევენციული მკურნალობის გზით;
7) ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება

პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციებია:

საექიმო კონსულტაცია, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო თუ პრევენციული მიზნით;

ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების უზრუნველყოფა;

მიმართვა (რეფერალი) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში;

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა (ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობა)

ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილი ღონისძიებები.

ზემოაღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტას ძირითადად ემსახურებიან პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმები. პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა ეხება დაავადებათა სპექტრის ჩამონათვალის ყველა საფეხურს, კერძოდ, დაავადებათა პროფილაქტიკას, დაავადების გამოვლენას პრესიმპტომურ სტადიაზე, დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკას, ჩამოყალიბებული დაავადების დიაგნოსტიკას, დაავადების მართვას, დაავადებების გართულებების მართვას, აქტიური მკურნალობის შემდგომ რეაბილიტაციას, ტერმინალური

1 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. 2008.

მდგომარეობების დროს (პალიატიური მკურნალობა) დახმარებას, ჭირისუფალთა საკონსულტაციო დახმარებას.[1]

პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა მოიცავს არა მარტო ექიმის ჩვეულებრივი მოვალეობის შესრულებას, არამედ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას.

1993 წელს ბარბარა სტარფილდმა განსაზღვრა პჯდ-ის 4 ძირითადი მახასიათებელი:[2]

1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან;
2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა;
3. ყოვლისმომცველობა;
4. კოორდინირება.

განვიხილოთ რას ნიშნავს თითოეული მათგანი:

პირველი დონის კონტაქტი. პირველადი ჯანდაცვა მოსახლეობისათვის წარმოადგენს ერთგვარ კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში. საზოგადოების თითოეულ წევრს, ყოველი საჭიროების შემთხვევაში, შეუძლია ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით. პჯდ-ის ექიმი ახორციელებს დაავადების პირველად შეფასებას.

უწყვეტობა – სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის უწყვეტობას, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ურთიერთობის უწყვეტობას, კონფიდენციალურობას, ლოკალურ პრობლემათა გააზრებას, თითოეული ინდივიდის თუ ოჯახების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას.

პჯდ-ს რგოლში მომუშავე ექიმისთვის პაციენტთან ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს, ხოლო კონკრეტული დაავადება – ეპიზოდს. ოჯახის ექიმს საშუალება აქვს პაციენტზე აწარმოოს ხანგრძლივი (ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის მანძილზე) დაკვირვება დაავადების ჩამოყალიბების, განვითარებისა და მიმდინარეობის პროცესზე და შესაბამისად მართოს იგი. ეს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს, როდესაც პაციენტს აღენიშნება ქრონიკული დაავადება. კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის

---

1 სმესც, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც).

2 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

გამართული სისტემა ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას,[1] ხოლო უწყვეტობა ხელს უწყობს მეტი მოცულობით პრევენციული სერვისების განხორციელებას,[2] დიაბეტით ავადმყოფთა უკეთეს გამოსავლებს,[3] ჰოსპიტალიზაციის შემცირებას,[4] ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას.[5]

ყოჯლისმომცველობა – ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც. დიაგნოზის დასმის ან მკურნალობის სამოქმედო გეგმის შემუშავებისას ხდება ყველა ჩამოთვლილი ფაქტორის გათვალისწინება. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობს ეწევიან, ანუ ახორციელებენ ვიწრო, სპეციალიზირებულ მომსახურებას.

ოჯახის ექიმი პასუხისმგებლობას იღებს პაციენტის სამედიცინო მომსახურების მთელ სპექტრზე.[6] გარკვეული პასუხისმგებლობა ეკისრება პაციენტსაც. როდესაც პაციენტი მიმართავს სპეციალისტს ოჯახის ექიმთან მიმართვის გარეშე, იგი ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის მიზნით საქმეში ჩააყენოს ოჯახის ექიმი.

კოორდინირება. ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება თუ რა სახის სამედიცინო სერვისები ჩაიტაროს. ამ მხრივ, პირველად ჯანდაცვას აქვს მაკოორდინირებელი ფუნქცია. ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი ქომაგი, მეგზური, რომელსაც შეუძლია დაიცვას პაციენტები, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციაში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს აქვთ ფინანსური სტიმულები შეზღუდონ ექიმ-სპეციალისტებთან მიმართვიანობა, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და სხვა

---

1 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

2 Benson P et al. Preventive care and overall use of services: Are they related? Am J Dis Child. 1984, 138:74.

3 Parchman ML. et al. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care. 2002; 40:137.

4 Wasson JH et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. JAMA. 1984;252,2413.

5 Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996;86:1742.

6 Davis K et al. A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med. 2005;20:953.

სერვისები.[1] ერთი კვლევის მიხედვით, ბავშვებს, რომელთაც სჭირდებოდათ ტონზილექტომია, და პედიატრის მიმართვის საფუძველზე მიღებული ჰქონდათ ოტორინოლარინგოლოგის კონსულტაცია, ქირურგიული მკურნალობა შესაბამისი ჩვენებით უტარდებოდათ, ვიდრე იმ შემთხვევაში როდესაც ტონზილექტომია მხოლოდ ოტორინოლარინგოლოგის კონსულტაციის საფუძველზე, პედიატრის მიმართვის გარეშე ტარდებოდა.[2] ამგვარად, ოჯახის ექიმი, როგორც კოორდინატორი სამედიცინო მომსახურების სერვისების სწორად შერჩევაში პოზიტიურ როლს ასრულებს.

6.2. პირველადი ჯანდაცვის მოდელის უპირატესობა

ზოგიერთ ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია ოჯახის ექიმებზე, ანუ პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული. ამ დროს პაციენტები უპირველესად მიმართავენ ოჯახის ექიმს, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში მათ მიმართავს სპეციალისტებთან.

ჯანდაცვის სისტემების საერთაშორისო შედარებამ გამოავლინა რომ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია უპირატესად პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, უფრო მაღალია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და შესაბამისად, კმაყოფილება, უფრო მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები,[3] ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით, როგორიცაა ბავშვთა სიკვდილიანობა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა და შედარებით ნაკლები ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები.[4] კვლევები გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის ისეთ დამახასიათებელ ნიშნებს, როგორიც არის უწყვეტობა და კოორდინირება, უფრო მეტად უზრუნველყოფს ოჯახის ექიმი, ვიდრე სპეციალისტი.[5] ასაკოვანი ადამიანები, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს ღებულობენ ოჯახის ექიმებისაგან, უფრო მეტად არიან უზრუნველყოფილნი სათანადო პრევენციული სერვი-

1 Grumbach K et al. Primary care physicians experience of financial incentives in managed care systems. N Engl J Med. 1998; 339:1516.

2 Roos N. Who should do surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry. 1979;16:73.

3 Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. J gEN Intern Med. 1996; 11:269.

4 Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38:831.

5 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

სებით, ვიდრე ისინი, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს ღებულობენ სპეციალისტებისაგან.[1] ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე მკურნალობა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული პათოლოგიების და მათი გართულებების მკურნალობა.[2]

კვლევები ადასტურებენ, რომ აშშ-ის იმ შტატებში, სადაც უფრო მეტი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებია თითო სულზე გაანგარიშებით, შეინიშნება უფრო დაბალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, ნაკლები გულის დაავადებები, სიმსივნით სიკვდილიანობა და სიცოცხლის მაღალი ხანგრძლივობა, განსხვავებით იმ შტატებისგან რომელთაც ყავთ შედარებით ნაკლები პირველადი ჯანდაცვის ექიმები.[3] სპეციალისტების მიერ მომსახურების მოცულობის მიწოდების ზრდა დაკავშირებულია მაღალ ხარჯებთან და არა გაუმჯობესებულ ხარისხთან[4;5].

ხარჯების თვალსაზრისით, მკვლევარების აზრით, ოჯახის ექიმების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურება სპეციალისტებთან შედარებით მოითხოვს ნაკლებ რესურსებს და შესაბამისად, უფრო ეკონომიურია[6;7]. ერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელნიც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს ანიჭებდნენ უპირატესობას ვიდრე სპეციალისტებს, აღენიშნებოდათ 33%-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19%-ით დაბალი სიკვდილიანობა.[8] ამგვარად, ზემოაღნიშნული კვლევები მიგვანიშნებს, რომ მოწესრიგებული პირველადი ჯანდაცვა ასოცირდება ხარჯების შემცირებასთან და ჯანდაცვის უკეთეს გამოსავლებთან.

---

1 Rosenblatt RA et al. The Generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? JAMA. 1998;279:1364.

2 სმესც, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც).

3 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

4 Starfield B. et al. The effects of specialist supply on populations health: assessing the evidence. Health Affairs Web Exclusive. 2005:W 5-97.

5 Baicker K. Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries quality of care. Health Affairs Web Exclusive 2004: W4-184.

6 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

7 Greenfild S et al. Variations in resourse utilization among medical specialities and systems of care. JAMA. 1992;267:1624.

8 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract. 1998;47:105.

6.3. პირველადი ჯანდაცვის მოდელი

პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობების ძირითად ნაწილს ახორციელებს დამოუკიდებელი სპეციალობა, რომელსაც ზოგადი პრაქტიკა ან საოჯახო მედიცინა ეწოდება. მიუხედავად ორგანიზაციულ სტრუქტურასა და დაფინანსების სისტემაში განსხვავებისა, მათი ძირითადი პრინციპები და ფილოსოფია საერთოა. აშშ-ში უფრო გავრცელებულია საოჯახო მედიცინა. აშშ-ში საოჯახო მედიცინის დაბადების დღედ მიჩნეულია 1969 წლის თებერვალი, როდესაც დაარსდა ამერიკის საოჯახო პრაქტიკის საბჭო. ევროპის ქვეყნებში უფრო გავრცელებულია ზოგადი პრაქტიკა.

პირველადი ჯანდაცვა (მომსახურების პირველი დონე) წარმოადგენს აუცილებელ (ბაზისური) ამბულატორიულ მომსახურებას, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეში ოჯახის ექიმის (ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმის) მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად.

ოჯახის ექიმი უზრუნველყოფს პაციენტის პირველადი სამედიცინო მომსახურეობას და ხანგრძლივ მეთვალყურეობას როგორც პირველადი ჯანდაცვის ოფისში, ასევე საჭიროების შემთხვევაში ბინაზეც. იგი მართავს ქრონიკულ თუ მწვავე დაავადებებს, ახორციელებს პირველადი ჯანდაცვის აუცილებელ პროფილაქტიკურ, საგანმანათლებლო, პრევენციულ და სამკურნალო ღონისძიებებს, ამყარებს პაციენტთან ნდობით აღსავსე ხანგრძლივ პროფესიულ ურთიერთობას, ახდენს პაციენტის შესახებ სრული ინფორმაციის შეგროვებას.[1]

ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმს ძალიან ფართო სამედიცინო ცოდნა უნდა ჰქონდეს. მას ჰყავს თავისი გუნდი, რომელთან ერთად მუშაობს გუნდური პრინციპით. ზოგადად, გუნდი წარმოადგენს ადამიანთა ჯგუფს, რომლებიც ერთად და ორგანიზებულად მუშაობენ და გააჩნიათ საერთო მიზნები, უზიარებენ ერთმანეთს ცოდნას და ჩვევებს, მოიხმარენ საერთო რესურსებს და აქვთ საერთო პასუხისმგებლობა მიღებული შედეგების მიმართ.[2]

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანას გააჩნია პჯდ-ს საკუთარი მოდელი, რაც დამოკიდებულია ქვეყნის საერთო რესურსებზე და მოსახლეობის საჭიროებებზე. მიღებულია, რომ ყველაზე ეფექტურად

1 სმესც, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც).

2 სმესც, 2005. იქვე.

მუშაობენ საშუალოდ 3-6 წევრიანი გუნდები, ხოლო 12 წევრზე მეტი შემადგენლობის გუნდის მუშაობა უკვე არაეფექტურია.[1]

ბრიტანეთში პჯდ-ის გუნდის ბირთვს შეადგენენ: ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, პრაქტიკის ექთანი, აფთიაქარი, რეგისტრატორი, პრაქტიკის მენეჯერი, ჯანმრთელობის ვიზიტორი, თემის ბებია-ქალი, უბნის ექთანი. რაც შეეხება გაფართოებულ გუნდს, მასში წარმოდგენილია: სოციალური მუშაკი, მზრუნველი, ბინაზე დამხმარე, ოჯახის წევრების დამხმარე, კონსულტანტი, თემის ექთანი-ფსიქიატრი, გერიატრიული ჯანმრთელობის ვიზიტორი, ქიროპოდისტი, დიეტოლოგი, პროფ. დაავადებათა თერაპევტი, ფიზიოთერაპევტი, ლოგოპედი.[2] ზოგადი პრაქტიკის ექიმი გუნდში ასრულებს ლიდერის როლს, თუმცა შეიძლება ეს ფუნქცია გუნდის რომელიმე სხვა წევრმაც აიღოს საკუთარ თავზე. ბრიტანეთში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა თანდათანობით შეითვისეს კლინიკურ საქმიანობასთან ერთად მართვის (მენეჯმენტის) და ბიზნესის ჩვევები. კლინიკურ საქმიანობასთან ერთად ზოგადი პრაქტიკის ექიმს ეხება პრაქტიკის ორგანიზაციულ მოწყობაზე ზრუნვაც. თუმცა, ზოგიერთ პრაქტიკაში ამ ფუნქციას ასრულებს პრაქტიკის მენეჯერი.[3]

გუნდის ძირითად წევრთა ფუნქცია-მოვალეობები:

პრაქტიკის ექთნის ფუნქციები

პაციენტთა პირველადი შეფასება და დახმარება – პირველი კონტაქტი, სატელეფონო კონსულტაციები, ექიმთა დახმარება, სხვადასხვა საკითხების მოგვარება ჰოსპიტლებთან, პროცედურები (პაციენტთა შეხვევა, თაბაშირის და არტაშნის დადება, ყურის გამორეცხვა, აუდიოგრამა, ე.კ.გ. წნევის გაზომვა, პიკ-ფლოუ-მეტრია, ტესტები _ სისხლის, შარდის, ალერგიული სინჯები, საშოს და საშვ. ყელის ნაცხის აღება, კუნთის და ვენის ინექციები).

მცირე ოპერაციები – ჭრილობის გაკერვა, მეჭეჭების მოცილება, ინექციები, აბსცესები

ე.წ. „კლინიკების" მოწყობა – ჯანმრთელობის შეფასება და დაფიქსირება (დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ასთმა, ციტოლოგია, სიმსუქნე, ოჯახის დაგეგმარება (კონტრაცეფცია), ქალთა ჯანმრთელობა.

იმუნიზაცია – ინფორმირება, რჩევა, შეფასება და ინექცია

სან-განათლება – პაციენტების და ქვემდგომი შტატის ინფორმირება, რჩევები დიეტის და ვარჯიშის შესახებ

1 სმესც, 2005. იქვე.
2 სმესც, 2005. იქვე.
3 სმესც, 2005. იქვე.

ფინანსური მხარეები და შეკვეთები – შესახვევი მასალით და წამლებით მომარაგება

უბნის ექთნის ფუნქციები. უბნის ექთანი ძირითადად ახორციელებს ბინაზე მომსახურებას. მის ფუნქციებში შედის: საექთნო ზრუნვა, ზოგადი შეფასება, ტერმინალური მდგომარეობების მქონე პაციენტთა მოვლა, ჭირისუფალთა კონსულტირება, პაციენტთა რეაბილიტაცია, ცხოვრების ჯანმრთელი წესის სწავლება, ოჯახის თანადგომა, პროცედურების (შეხვევა, ნაკერები, წყლულები, ინექციები, კათეტერიზაცია, ერთჯერადი მასალით მომარაგება, მოხუცებში დანიშნულების სწორად მიღების კონტროლი) ჩატარება, სხვა ორგანიზაციებთან ურთიერთობების მოწესრიგება.

თემის ბებიაქალის ფუნქციებია: ანტენატალური მეთვალყურეობა, მშობიარობის მიღება, პოსტნატალური მოვლა, რჩევების მიცემა ჩვილთა კვების შესახებ, სავალდებულო ვიზიტი მელოგინესთან მშობიარობიდან 10-28 დღის განმავლობაში.

ჯანმრთელობის ვიზიტორის ფუნქციებია: ბავშვთა და მოხუცთა ასაკში დაავადებათა პრევენცია (იმუნიზაცია), მაღალი რისკის ჯგუფების პაციენტების და დაავადებების გამოვლენა, რესურსების საჭიროებების განსაზღვრა და მობილიზაცია, ცხოვრების ჯანმრთელი წესის სწავლება (კვება, ფიზ. აქტივობა, მავნე ჩვევები), სტრესის და დაავადების შემთხვევაში პაციენტთა თანადგომა, ყველა ჩვილ ბავშვთან ვიზიტი დაბადებიდან 10 დღის შემდეგ, ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობა.

რეგისტრატორის ფუნქციები. რეგისტრატორი ამყარებს პირველ კონტაქტს პაციენტთან და ყველა ვიზიტორთან. იგი ახდენს ექიმ-პაციენტის შეხვედრის სისტემის ორგანიზებას, პრაქტიკის ექთანთან პაციენტის მიღების ორგანიზებას (ორგანიზაციული ფუნქცია); აწარმოებს სატელეფონო საუბრებს, რითაც ახდენს ცნობების შეკრებას, ექიმ-პაციენტის შეხვედრის ორგანიზებას, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში რჩევების გაცემას; აწარმოებს სამედიცინო რუქების შენახვას, პაციენტთა ვიზიტების რეგისტრაციას, დაავადებათა რეგისტრაციასა და ანალიზს, კორესპონდენციების ანალიზს და შენახვას, განმეორებითი ვიზიტების კონტროლს და ქრონიკულ პაციენტთა კონსულტაციების ორგანიზებას (რეგისტრაცია); ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებში მონაწილეობას.

პრაქტიკის მენეჯერის ფუნქციებია: პაციენტთა საჭიროებების და სურვილების განსაზღვრა, პაციენტთა თანამონაწილეობის ჯგუფების ორგანიზება, საჩივრების განხილვა, ხარისხის კონტროლი, ურთიერთობების მოწესრიგება, შეხვედრების და ხუთ-წუთიანების ორგანიზება, სოციალურ კეთილდღეობაზე ზრუნვა, გუნდის განვითარებაზე ზრუნვა, მოვალეობათა განაწილება, ჯანდაცვის მართვის

შესაბამის ორგანოებთან ურთიერთობა, ოფისის ვიზიტორებთან ურთიერთობა, სწავლება (პრაქტიკის მენეჯერთა), ადმინისტრაციული (საბუღალტრო აღრიცხვა, პენსიების, ბიულეტინების, დეკრეტული შვებულებების, სადაზღვევო პოლისების ორგანიზება, აუდიტისა და სტატისტიკის წარმოება, კომპიუტერული მეთვალყურეობა, კვარტალური და წლიური ანგარიშების წარდგენა, ფინანსთა მართვა).

6.4. პირველადი ჯანდაცვის ქსელი

ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი ძირითადად სტაციონარულ დახმარებაზე იყო ორიენტირებული. თუმცა, როგორც ქალაქად, ისევე სოფლად ფუნქციონირებდა პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების მძლავრი ქსელი, რომელიც უმთავრესად დაკომპლექტებული იყო ვიწრო სპეციალისტებით და არ არსებობდა საოჯახო მედიცინის მოდელი.[1]

საბჭოური სისტემის დაშლის შემდეგ პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურა გარკვეული პერიოდი ძირითადად წარმოდგენილი იყო შემდეგი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებით:

ამბულატორიები წარმოადგენენ პირველადი ჯანაცვის სტრუქტურის ერთ-ერთ მთავარ რგოლს და ყველაზე გავრცელებულ ობიექტს სოფლად. ისინი, როგორც წესი, ემსახურებიან 1000-1500 სულ მოსახლეს. ამბულატორიები უზრუნველყოფს მხოლოდ არასტაციონარულ მომსახურებას და, ტრადიციულად, მათი შტატი შედგებოდა ოთხი ან ხუთი სრულ ან ნაწილობრივ განაკვეთზე მომუშავე სპეციალისტისაგან, კერძოდ, იგი წარმოდგენილი იყო ზოგადი პროფილის ექიმით, პედიატრით, გინეკოლოგით, ქირურგით და სტომატოლოგით.[2]

მოზრდილთა პოლიკლინიკები ამბულატორიული მომსახურებით უზრუნველყოფენ 15 წელზე მეტი ასაკის 10000 და მეტ სულ მოსახლეს, ჩვეულებრივ ისინი დაკომპლექტებულია როგორც ზოგადი პროფილის ექიმებით ასევე სპეციალისტებით. პოლიკლინიკები ერთდროულად უზრუნველყოფენ როგორც პირველად მომსახურებას, ასევე მეორად სამედიცინო დახმარებას. საბჭოთა პერიოდში პოლიკლინიკების მიმართვის გარეშე სტაციონარები არ ღებულობდნენ გეგმიურ ავადმყოფებს, დღევანდელ პირობებში ავადმყოფთა უმრავლესობა საჭიროების შემთხვევაში მიმართავს უშუალოდ სპე-

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

2 იქვე.

ციალისტებს, მოზრდილთა პოლიკლინიკები ძირითადად განთავსებულია ქალაქებში.[1]

ბავშვთა პოლიკლინიკები ზოგადი და რიგი სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურებით უზრუნველყოფენ 15 წლამდე ასაკის ბავშვებს. მომსახურება მოიცავს იმუნიზაციას და ახალშობილების განვითარებაზე დაკვირვების მიზნით ბინაზე ვიზიტებს. პოლიკლინიკებში ძირითადად დასაქმებულნი არიან პედიატრები, მაგრამ იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად დიდია მოცვის არე, მათ შეიძლება ჰყავდეთ სპეციალისტებიც.[2]

ქალთა კონსულტაციები უზრუნველყოფენ ორსულთა პატრონაჟს და გინეკოლოგიურ მომსახურებას ამბულატორიულ დონეზე.

ჯანდაცვის კერძო ცენტრები, რომლებიც ძირითადად განლაგებული იყვნენ ქალაქებში უზრუნველყოფდნენ მოსახლეობის გადაუდებელ, დიაგნოსტიკურ და სხვა სახის პირველად სამედიცინო დახმარებას. ისინი დაკომპლექტებული იყვნენ როგორც ზოგადი პროფილის ექიმებით, ისე სპეციალისტებით.[3]

ცხრილი 1: პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ქსელი

	2008	2009	2011	2012
პოლიკლინიკური დაწესებულებები და ამბულატორული ცენტრები	250	252	206	214
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები და კაბინეტები	79	84	230	302
დისპანსერები	72	67	44	36
ქალთა კონსულტაციები	21	24	20	22
ამბულატორიები	220	90	47	40
სოფლის ექიმი-მეწარმე		1088	1234	1241

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, პირველადი ჯანდაცვის რგოლი მოძველებულ ინფრასტრუქტურას წარმოადგენდა. სამედიცინო დაწესებულებების არასაკმარისი დაფინანსების გამო ძალიან ბევრ მათგანს არ გააჩნდა ისეთი ძირითადი სამედიცინო საშუალებებიც კი როგორიცაა, მაგალითად, თერმომეტრები და სტერილი-

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

2 იქვე.

3 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

ზატორები; 2000 წელს დასავლეთ საქართველოში ჩატარებული გამოკვლევით გამოვლინდა, რომ პოლიკლინიკების მხოლოდ 61%-ს და ამბულატორიების 5%-ს გააჩნდა ძირითადი აღჭურვილობა.[1]

2000 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის სექტორში გატარდა მნიშვნელოვანი ღონისძიებები მატერიალური ბაზის განმტკიცებისა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურეობათა თანდათანობითი გაუმჯობესებისათვის.[2]

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირების შედეგად განისაზღვრა საქართველოში ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები:

ა) ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა. საოჯახო მედიცინის შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებელია ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი. სპეციალიზებული მომსახურების შემთხვევაში – ვიწრო სპეციალისტი;

ბ) საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;

გ) ამბულატორიული კლინიკა ან ჰოსპიტლების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

2007 წლიდან დონორი ორგანიზაციების მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროცესი. დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იყო 178 პჯდ დაწესებულება.[3] 2008 წ. 777 სოფლის ექიმს გადაეცა 2 000 ლარი სოციალური დახმარების სახით, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პრაქტიკის სტანდარტული აღჭურვილობის შესაძენად, ხოლო 2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მეწარმე-ფიზიკურ პირებად და 1360 ექიმსა და 1480 ექთანს გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან.[4]

---

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე. იქვე.

2 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.

3 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.

4 იქვე.

პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალი

საბჭოთა პერიოდში ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გაცემული ბრძანებები ზუსტად განსაზღვრავდა ყოველი ცალკეული ტიპის დაწესებულებაში მომუშავე კადრების კვალიფიკაციასა და რაოდენობას. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ შეიცვალა არსებული წესი. განხორციელებული რეფორმების შედეგად, კადრებით დაკომპლექტება დამოკიდებულია მოსახლეობის საჭიროებებსა და იმ რესურსებზე, რომლებიც გააჩნია ამა თუ იმ სამედიცინო ობიექტს.[1]

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების პირველ დონეზე მომსახურების მიწოდების მოდელი, ეფუძნება საოჯახო მედიცინას, რომლის მთავარი განმახორციელებელი ოჯახის ექიმია. საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით მერამდენე წელია ხორციელდება საოჯახო მედიცინის განვითარების პროექტი.

1995 წლის დეკემბერში დაარსდა ოჯახის ექიმთა ასოციაცია. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის საქართველო იყო ერთერთი პირველი, რომელმაც 1998 წელს საოჯახო მედიცინა აღიარა, როგორც დამოუკიდებელი სპეციალობა. 1999 წელს შემოღებულ იქნა სალიცენზიო გამოცდები პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის. 2000 წელს ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, რომელიც 2001 წელს შეუერთდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს.

1996 წლიდან განხორციელდა რიგი საცდელი პილოტური პროექტები, რომლებიც მიზნად ისახავდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას. 1997 წლიდან საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამით მომზადდა საოჯახო მედიცინის სპეციალისტები, ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერები. პროგრამა დაფინანსდა დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის მიერ (DFID). ამავე პროექტის ფარგლებში განხორციელდა საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის რეაბილიტაცია და აღჭურვა.

საოჯახო მედიცინის განვითარების გეგმის მიხედვით, ოჯახის ექიმი უნდა ემსახურებოდეს 500-დან 3000-მდე პაციენტს. მას საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ასევე გააჩნია ინდივიდუალური პრაქტიკის წარმოების უფლება.[2] სამიზნე მოსახლეობასთან ჰჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

2 ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.

ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი და ექთანი-ბებიაქალი; რეფორმის შემგომ ეტაპზე, დაგეგმილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობა და გახდეს 1:2.[1]

ცხრილი 2: ოჯახის ექიმების უზრუნველყოფა

2005	2006	2007	2008	2009
79	169	233	459	1386

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ცხრილი 3: ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
მიმართვების საერთო რაოდენობა	1.5	1.6	1.8	2	2.1	2.3	2	2.1	2	2.1	2.1	2.1
მ.შ. ექიმთან მიმართვა		1.4	1.61	1.8	1.8	1.9	1.7	1.8	1.9	1.8	1.8	2.1
15 წლამდე ბავშვების ექიმთან მიმართვა		1.1	1.4	1.64	1.6	3.3	3.0	2.8	2.9	2.5	2.4	2.6
ექიმის ვიზიტი ბინაზე		0.09	0.1	0.12	0.11	0.16	0.11	0.1				
ექიმის ვიზიტი ბინაზე 15 წლამდე ბავშვებთან		0.2	0.24	0.26	0.25	0.28	0.25	0.23				

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, გარდამავალ პერიოდში, მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლს და თვითდინებით მიდიოდა მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულე-

1 ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.

ბებში. 2012 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულზე 2.3-ს შეადგენდა. 2001-2012 წლებში იგივე მაჩვენებელი 1.5-2.3 ფარგლებში მერყეობდა.[1]

მიუხედავად იმისა, რომ ამბულატორიული ვიზიტების რაოდენობა გაიზარდა, დსთ-ს და ევროპის ქვეყნებთან შედარებით ეს მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის მონაცემებით, დსთ-ს ქვეყნებისთვის მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ 8.8-ს, ხოლო ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის 2010 წლის მონაცემებით – 7.5-ს შეადგენდა.[2]

2012 წელს პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაჩვენებელი ((ერთ ცვლაში ფაქტიური მიღების შეფარდება გეგმიურ სიმძლავრესთან) 2001-2012 წლების განმავლობაში 26-60%-ის ფარგლებში მერყეობდა.[3]

ცხრილი 4: პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვა (%), საქართველო

2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
26.3	31.7	34.9	36.4	40.5	36.3	37.5	38.6	35.3	43.8	60.8

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

რეფერალურმა სისტემამ თითქმის შეწყვიტა ფუნქციონირება, პაციენტები პირველადი ჯანაცვის რგოლის გვერდის ავლით უშუალოდ მიმართავენ ვიწრო სპეციალისტებს. ამის მიზეზია როგორც დაბალი გადახდისუნარიანობა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა. 2010 წელს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის შედეგებით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას; ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ქალაქებსა და სოფლის პირობებს შორის თითქმის არ არის განსხვავება იმ პაციენტთა პროცენტულ მაჩვენებლებში, რომელ-

1 დკსჯეც, 2012. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

2 დკსჯეც, 2012. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

3 იქვე.

თაც სამედიცინო დახმარებისთვის პირველად პჯდ დაწესებულებას მიმართეს[1]

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დატვირთვის ზრდის პარალელურად, იზრდება სტაციონარებში გაწეული ამბულატორიული მომსახურების დანახარჯების წილიც ამბულატორიულ მომსახურებაზე გაწეულ მთლიან დანახარჯებში, რომელმაც 2010 წელს თითქმის 46% შეადგინა.[2]

2012 წლის სექტემბრიდან სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფენ თავიანთ სამედიცინო რაიონებში სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურებას და თანადაფინანსებას.

ყოველივე ზემოაღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის" როლს და ნაკლებად ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის სისტემიდან რეფერალი მეორეულ დონეზე.[3] ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები

ცნობილი გახდა, რომ უახლოეს მომავალში ჯანდაცვის სამინისტრო პირველადი ჯანდაცვის რგოლის რეფორმას გეგმავს, რაც ოჯახის ექიმის როლის გაძლიერებას და სამედიცინო საჭიროებების უფრო ეფექტიან მართვას გულისხმობს.[4]

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრა-

1 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.

2 ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემები: www.moh.gov.ge

3 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.

4 დავით სერგეენკო. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა იწყება. კომერსანტი. 06.07.2015. http://commersant.ge/?m=5&news_id=24428&cat_id=7.

ფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა.[1]

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმების განსაზღვრა

რეფორმირების საწყის ეტაპზე უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები. მრავალი ქვეყნის გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმებია:

- ოჯახის ექიმის ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა;
- საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;
  ამბულატორიული კლინიკა ან საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

ოჯახის ექიმები უფრო მეტად დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს წარმოადგენენ, რომლებიც მედდებთან ერთად ქმნიან ერთ გუნდს. მათ საკუთარი ოფისები და საბანკო ანგარიში აქვთ, სადაც ერიცხებათ კუთვნილი ანაზღაურება. საჭიროა ასეთი სქემის განვითარების სტიმულირება. აღნიშნული არ გულისხმობს ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემების მხარდაჭერას. პაციენტებს უნდა მიეცეთ არამარტო ოჯახის ექიმების, არამედ პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემებს შორის თავისუფალი არჩევის უფლება. აღნიშნული ხელს შეუწყობს როგორც ოჯახის ექიმთა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემებს შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური რესურსების განვითარება

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმე-

1 თენგიზ ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი. 2015.

ტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია.

სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, უნდა ხდებოდეს სახელმწიფოს მხრიდან ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობისა და მდებარეობის განსაზღვრა

აუცილებელია, არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობის და სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით, რაც გულისხმობს სერვისების 15-წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას. იმ მოსახლეობისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ მთებში, ან სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მცირეა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა, რომლებიც გარკვეული პერიოდულობით უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას გაწევენ. ამ მხრივ, ჩამოყალიბდება სოფლად ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში ერთი და მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზო-

გადი პრაქტიკის ექთანი. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 250-1000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია 1 ექთანი. 1000-2000 მოსახლეზე ერთი საოჯახო მედიცინის გუნდი (1 ექიმი, ერთი ექთანი). დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი ემატება 1000-2000 მოსახლეზე.

პირველადი ჯანდაცვაში ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება

პირველადი ჯანდაცვა ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დაძლევის და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციის ეფექტური საშუალებაა. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების (ტუბერკულოზი, შიდსი...) მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. შედეგად, ხშირია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების ზრდა. ამისათვის საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და მათი შეთანხმებული მუშაობა. ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების უფრო ხარჯთ-ეფექტურად გაწევას.

პირველადი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემები განვითარება

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით აუცილებელია საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარების, კომპიუტერულ- პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. საინფორმაციო სისტემა კონფიდენციალურობის დაცვით სრულად უნდა იძლეოდეს პაციენტის შესახებ კლინიკურ ინფორმაციას (პაციენტის ისტორია). მონაცემთა მოპოვების საფუძვლად განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები.

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების გაუმჯობესება

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი

ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანი კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის. ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთის ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

პირველადი ჯანდაცვა სისტემის ფუნდამენტია, რომლის გარეშე შეუძლებელია რაიმეს აშენება. პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტური ხარჯვა.

ლიტერატურა:

- დკსჯეც, 2012. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.
- თენგიზ ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი. 2015.
- დავით სერგეევკო. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა იწყება. კომერსანტი. 06.07.2015. http://commersant.ge/?m=5&news_id=24428&cat_id=7.
- სმესც, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სას-

წავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც).
- ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.
- ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.
- ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.
- Baicker K. Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries quality of care. Health Affairs Web Exclusive 2004: W4-184.
- Benson P et al. Preventive care and overall use of services: Are they related? Am J Dis Child. 1984, 138:74.
- Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. J gEN Intern Med. 1996; 11:269.
- Davis K et al. A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med. 2005;20:953.
- Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract. 1998;47:105.
- Greenfild S et al. Variations in resourse utilization among medical specialities and systems of care. JAMA. 1992;267:1624.
- Grumbach K et al. Primary care physicians experience of financial incentives in managed care systems. N Engl J Med. 1998; 339:1516.
- Jollis JG et al. Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician. N Engl J M ed. 1996; 335: 1880.
- Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38:831.
- Parchman ML. et al. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care. 2002; 40:137.
- Roos N. Who should do surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry. 1979;16:73.
- Rosenblatt RA et al. The Generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? JAMA. 1998;279:1364.
- Shear CL. et al. Provider continuity and quality of medical care: A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. Med Care. 1983;21:1204.
- Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
- Starfield B. et al. The effects of specialist supply on populations health: assessing the evidence. Health Affairs Web Exclusive. 2005:W 5-97.
- Wasson JH et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. JAMA. 1984;252,2413.
- Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996; 86:1742.

VII თავი

ჰოსპიტალური მომსახურება

საბჭოური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისგან საქართველომ მემკვიდრეობით მიიღო საავადმყოფოთა ჭარბი რაოდენობა, დიდი საწოლთა ფონდით და პერსონალით. საწოლთა ფონდი მაშინდელ ნორმებთან შედარებითაც კი მაღალი იყო. საავადმყოფოების საწოლთა რაოდენობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მსოფლიოში (აშშ-თან შედარებით 4-ჯერ უფრო მეტი, 1985 წ.) გვიჩვენებდა რომ საბჭოთა კავშირში ჯანდაცვის სისტემის განვითარება ხდებოდა ექსტენსიური გზით. ბევრი საავადმყოფო უკვე აღარ შეესაბამებოდა ელემენტარულ სტანდარტებს: საავადმყოფოების მეოთხედს არ ჰქონდა ცენტრალური წყალმომარაგების სისტემაც კი. დაფინანსების სიმწირემ გამოიწვია საავადმყოფოების შენობებისა და ინვენტარის მოძველება. მათი განახლებისათვის საჭირო ინვესტიციები კი არ არსებობდა.

საავადმყოფოების წინაშე მწვავედ დადგა შენობების შენარჩუნებისა და აღჭურვილობით უზრუნველყოფის პრობლემა. საავადმყოფოების უმეტესობა ძველი შენობებს წარმოადგენდნენ. მათგან ნახევაზე მეტი 1940 წლამდე იყო აშენებული. 1980-იან წლებში ბევრი ახალი სამედიცინო დაწესებულების მშენებლობა დაიწყო, რომელთაგან 1988 წელს 115 ჯერ კიდევ მშენებარე იყო.[1] მშენებარე ობიექტების დასასრულებლად საჭირო ფონდების უქონლობის გამო მათი უმეტესობა არ დასრულებულა. მდგომარეობას ართულებდა ის გარემოება, რომ მწირი მუნიციპალური დაფინანსება ფარავდა მხოლოდ მიმდინარე და არა კაპიტალურ ხარჯებს, რაც ართულებდა არსებული შენობების შენახვას.

7.1. ჰოსპიტალური რეფორმების I გეგმა

1990-იან წლებში დაწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების შედეგად საავადმყოფოებს მიენიჭათ მართვის სრული თავისუფლება. ისინი თავად გახდნენ პასუხისმგებელნი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე. შეიცვალა საავადმყოფოს დაფინანსების

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

მეთოდი. ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მეთოდი შეცვალა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდმა. სახელმწიფო ვარაუდობდა, რომ საბაზრო პირობებში არარენტაბელური საავადმყოფოები არსებობას შეწყვეტდნენ.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში მნიშვნელოვნად შემცირდა საწოლთა რაოდენობა. მიუხედავად ამისა, ვერ მოხერხდა მათი რიცხვის ოპტიმალურ მნიშვნელობამდე დაყვანა.

სახელმწიფომ ჩაატარა საავადმყოფოების ინფრასტრუქტურის დეტალური შეფასება, რომლის თანახმადაც შენობების 90% არ იყო უსაფრთხო, სამედიცინო აღჭურვილობის 80%-ზე მეტი მოძველებული იყო და შეცვლას საჭიროებდა.[1] საავადმყოფოების მინიმალურ სტანდარტამდე რეაბილიტაციას დაახლოებით 100 მილიონი აშშ დოლარი, ხოლო სრულ განახლებამდე – 200 მილიონ აშშ დოლარზე მეტი ესაჭიროებოდა მაშინ, როცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტი წელიწადში 35 მილიონ აშშ დოლარს არ აღემატებოდა, ხოლო ქვეყნის მთლიანი ბიუჯეტი დაახლოებით 600 მილიონი აშშ დოლარს შეადგენდა.[2]

აღნიშნული მიზეზების გამო, მთავრობამ ჯერ კიდევ 1994 წელს მიიღო ნორმატიული აქტი სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის შესახებ.[3] თუმცა, ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაცია რეალურად 1999 წლიდან დაიწყო. მსოფლიო ბანკმა შეიმუშავა საქართველოსთვის „ჰოსპიტალების რესტრუქტურიზაციის გეგმა", რომლითაც განისაზღვრა, თუ რომელ საავადმყოფოებს უნდა გაეგრძელებინათ ფუნქციონირება და რომლებს უნდა შეეწყვიტათ ან შესულიყვნენ საპრივატიზაციო ობიექტების ნუსხაში.[4] გეგმაში დეტალურად იყო გაწერილი როგორც ჰოსპიტალური სექტორის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მაჩვენებლები, ამასთანავე წარმოდგენილი იყო ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზაციის გეგმა. აღნიშნული გეგმა გულისხმობდა სექტორის სამ ჯგუფად დაყოფას: A ჯგუფის საავადმყოფოები სახელმწიფო საკუთრებაში უნდა დარჩენილიყო, B ჯგუფის საავადმყოფოები უნდა გადასულიყო კერძო საკუთრებაში, თუმცა მათ უნდა შეენარჩუნებინათ პროფილი და C

1 გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

2 გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

3 მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №728 1994 წლის 10 ოქტომბერი

4 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

ჯგუფის საავადმყოფოები უნდა გაყიდულიყო როგორც უბრალოდ უძრავი ქონება (პროფილის შენარჩუნების ვალდებულების გარეშე).

მსოფლიო ბანკის გეგმაში ერთ-ერთი მთავარი პუნქტის თანახმად უნდა შექმნილიყო სპეციალური სტრუქტურა, რომელიც უზრუნველყოფდა ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაციასთან დაკავშირებული იურიდიული საკითხების დარეგულირებას და „ჰოსპიტალური სექტორის რესტრუქტურიზაციის ფონდის" ადმინისტრირებას. ფონდში ჩაირიცხებოდა B ჯგუფის საავადმყოფოების პრივატიზაციიდან მიღებული თანხები, რაც შემდგომში ჯანდაცვის სფეროს ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკის განახლებისთვის იქნებოდა გამოყენებული. ასევე, გათავისუფლებული მედპერსონალისთვის ერთჯერადი კომპენსაციების გადახდას. 2000 წელს იქმნება საქართველოს საავადმყოფოთა რესტრუქტურიზაციის ფონდი, სადაც გროვდება აქტივების გაყიდვითა და იჯარიდან შემოსული თანხები, რომელიც შემდგომ პრიორიტეტული დაწესებულების რეაბილიტაციას ხმარდება. მოგვიანებით სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტთან ერთად ფონდი შეერწყა საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელ ცენტრს (2006 წელს).

საქართველოს მთავრობას დახმარება „ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომაც" (USAID) გაუწია. რომელიც ძირითადად საავადმყოფოების აკრედიტაციის სისტემის შემუშავების პროცესებზე იყო ორიენტირებული. პროცესში აქტიურად მონაწილეობდნენ საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც საქართველოს ფინანსურ და ექსპერტულ დახმარებას უწევდნენ.

ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაციისთვის სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული ათწლიანი სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებდა საწოლთა ფონდის მკვეთრ შემცირებას და ამ გზით, იმ ჭარბი რესურსისგან გათავისუფლებას, რომელიც მას საბჭოთა კავშირის შემდეგ დარჩა (გეგმის შესრულების შემდეგ, 20 000 საწოლიდან 13 000 უნდა დარჩენილიყო). გარდა ამისა, ზედმეტი აქტივების გაყიდვით მიღებული შემოსავლით (პროგნოზი შეადგენდა 56 მილიონ აშშ$-ს) უნდა მომხდარიყო დარჩენილი საავადმყოფოების სრული რეაბილიტაცია.[1]

მიუხედავად ამ ინიციატივებისა და მხარდაჭერისა, საქართველოს მაშინდელმა ხელისუფლებამ ვერ შეძლო ჯანდაცვის სფეროს განვითარების მიმართულებით ქმედითი ნაბიჯების გადადგმა. ამას რამდენიმე მიზეზი ჰქონდა: ერთის მხრივ, მთავრობას არ ჰქონდა

1 გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

საკმარისი ფინანსები, რომ პროცესი ეფექტურად წარემართა; მეორეს მხრივ, მას არ ჰქონდა იმის უნარი, რომ სფეროს რეგულირება მოეხდინა; პოლიტიკური ზეწოლის გამო მან თავი აარიდა საავადმყოფოების გაყიდვას და მათი რაოდენობის შემცირებას და რაც მთავარია, ხელისუფლების ეფექტურ საქმიანობას ხელი მასში არსებულმა კორუფციამაც შეუშალა.

7.2. ჰოსპიტალური რეფორმების II გეგმა

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2006 წლის ოქტომბრის თვეში გამოაქვეყნა ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებდა სისტემაში რადიკალური რეფორმის გატარებას. კონცეფციის განხორციელება მთავრობამ დაიწყო 2007 წლის იანვრიდან. ჯანდაცვის რეფორმასა და ჰოსპიტალური სექტორის რესტრუქტურიზაციაში ერთი მთავარი პრინციპი შეიცვალა. თუ მანამდე მთელ ამ პროცესს სახელმწიფო უწევდა მენეჯმენტს, ახლა გარკვეული პასუხისმგებლობა კერძო სექტორზეც გადანაწილდა.

ახალ პრინციპზე დაყრდნობით, 2007 წელს დამტკიცდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“ (საქართველოს მთავრობის 2007 წლის N11 დადგენილება). პროგრამის მიზანს შეადგენდა თბილისსა და რეგიონებში სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ყველა საავადმყოფოს (266) პრივატიზაცია პირდაპირი მიყიდვის წესით, რაც ხელს შეუწყობს კერძო ინვესტიციების მოზიდვას, სფეროში ჯანსაღი საბაზრო მექანიზმების დანერგვას, საავადმყოფოებს შორის კონკურენციის გაზრდას და შესაბამისად, მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, დარგის მოდერნიზაციას და თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი სისტემის დანერგვას.

გეგმის თანახმადაც სამი წლის შემდეგ საქართველოში აშენდებოდა 100 ზოგადი და მრავალპროფილური ახალი საავადმყოფო. რეფორმის მიხედვით, ქვეყანაში არსებული 16 000 საწოლიდან უნდა დარჩენილიყო 7800 (52%-ით შემცირება) საწოლი (4185 საწოლი თბილისში და 3 615 საწოლი რეგიონებში), რაც 100.000 მოსახლეზე შეადგენს 177 საწოლ ერთეულს (ევროკავშირის ქვეყნებისათვის ეს მაჩვენებელი შეადგენს 611 საწოლ ერთეულს).

პრივატიზაციის გეგმის თანახმად, ახალი საავადმყოფოები გეოგრაფიულად ისე უნდა გადანაწილებულიყო, რომ მოსახლეობის 80%-სთვის სამედიცინო მომსახურება მაქსიმუმ 30 წუთში ყოფილი-

ყო ხელმისაწვდომი. განისაზღვრა 68 მდებარეობა, სადაც მოხდებოდა ჰოსპიტალური სიმძლავრეების განვითარება.

საავადმყოფოების პრივატიზაციის პროცესის ადმინისტრირებას კურირებას უწევდა ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო. შესაბამისად პრივატიზაციის კრიტერიუმებს ინვესტორების მიერ შეთავაზებული საწოლების რაოდენობა, საბანკო გარანტია და მშენებლობის დასრულების ვადა წარმოადგენდნენ.

საავადმყოფოს პრივატიზაცია და კერძო საკუთრებაში გადაცემა ხორციელდებოდა პირდაპირი მიყიდვის წესით. სახელმწიფო პრივატიზაციისგან ფინანსურ სახსრებს არ იღებდა. იგი ინვესტორს გადასცემდა იმ ტერიტორიებს, სადაც ამჟამად განთავსებულია სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოები და სანაცვლოდ მათგან მოითხოვდა ახალი საავადმყოფოების აშენებას და აღჭურვას იგივე ტერიტორიაზე, ან სახელმწიფოს მიერ სპეციალურად ამ მიზნით გამოყოფილ სხვა ტერიტორიაზე. გადაწყვეტილებას იმის შესახებ, თუ სად უნდა აშენებულიყო ახალი საავადმყოფოები იღებდა სახელმწიფო და არა ინვესტორი.

ინვესტორებს დაეკისრათ ვალდებულება, რომ ახალი ან რეაბილიტირებული საავადმყოფოები ამუშაონ მინიმუმ შვიდი წლის განმავლობაში; შვიდი წლის შემდეგ მათ ეძლევათ უფლება, რომ საავადმყოფოების შენობა-ნაგებობები და შესაბამისი ტერიტორიები სხვა დანიშნულებით გამოიყენონ.

აღნიშნული გეგმის განხორციელება ვერ მოხერხდა რეგიონებში კერძო ინვესტორების ნაკლები დაინტერესების გამო.

7.3. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების III გეგმა

„ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის“ შესრულებას 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს ომი და ფინანსური კრიზისიც დაემთხვა. ბანკებმა სესხების გაცემა შეაჩერეს. ამის გამო, კონკურსში მონაწილე კომპანიების ნაწილმა მშენებლობაზე უარი თქვა. საბოლოო ჯამში, „ასი საავადმყოფოს“ პროექტი ჩავარდა.

2010 წელს კი ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გეგმა კიდევ ერთხელ შეიცვალა და ამჯერად საავადმყოფოების აშენება კერძო სადაზღვევო კომპანიებს დაევალათ. საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 30 მარტის N85 დადგენილების საფუძველზე ერთ რაიონში სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულ მოსახლეობას სადაზღვევო მომსახურებას მხოლოდ ერთი (კონკურსში გამარჯვებული) სადაზღვევო კომპანია გაუწევდა 3 წლის ვადით. ამის სანაცვლოდ სადაზღვევო კომპანიებმა განსაზღვრული პროფილისა და სიმძლავ-

რის, თანამედროვე დონის „საავადმყოფო საწოლები“ უნდა შეექმნათ, რომლებიც მათი საკუთრება იქნებოდა. გამომდინარე აქედან, ახალი სტანდარტების საავადმყოფოების აშენება გახდა მთავარი პირობა სადაზღვევეოებისთვის, რომ ისინი უმწეოთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულიყვნენ. მთავრობის გადაწყვეტილებით საქართველო 26 სამედიცინო რაიონად (ლოტად) დაიყო და საავადმყოფოების რაოდენობაც თითოეული ლოტის მიხედვით განისაზღვრა.

დღეისათვის, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროგრამის ფარგლებში, თბილისსა და რეგიონებში უკვე გახსნილია და ფუნქციონირებს 102 მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი 4000-მდე საწოლით, რომლებიც უზრუნველყოფენ ამბულატორიული, ჰოსპიტალური და პრეჰოსპიტალური სერვისების მიწოდებას.

თითოეულ რაიონში არსებობს სულ მცირე ერთი საავადმყოფო, რომელიც უზრუნველყოფს როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ მომსახურებას. შედარებით დიდ ქალაქებში არსებული საავადმყოფოები მოსახლეობას უწევენ სპეციალიზებულ მომსახურებასაც (ნერვოლოგიური, ნეიროქირურგიული და სხვ.). გარდა ამისა, არსებობენ სპეციალიზებული საავადმყოფოები, რომელთა უმრაველობა თბილისში მდებარეობს.

თითოეული სამედიცინო ცენტრის დაგეგმვისა და აღჭურვისას დაცული იქნა საქართველოს მთავრობის მიერ დადგენილი და განახლებული ეროვნული სანებართვო პირობები, რომელიც ძალაში შევიდა 2011 წელს. ძველ ლიცენზირებულ კლინიკებს მიეცათ ვადა ახალი სანებართვო პირობების ეტაპობრივი უზრუნველყოფისათვის, რომელთა ამოქმედებით სახელმწიფოს მხრიდან მოიხსნა ზედმეტი ბიუროკრატიული მექანიზმები და ნაცვლად 43 სალიცენზიო სამედიცინო საქმიანობისა, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაზე გაიცემა მხოლოდ ერთი ნებართვა. ძირეული ცვლილებები განიცადა სტაციონარული მომსახურებისადმი არსებულმა მოთხოვნებმა, რომელიც მანამდე გათვლილი იყო მხოლოდ ზოგად, მინიმალური უსაფრთხოების ზომებზე და შემოიფარგლებოდა დაწესებულების ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკური აღჭურვილობით.

ახალი საავადმყოფოების მდგრადობა და ინვესტორთა ვალდებულება სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის თაობაზე.

სატენდერო ხელშეკრულებების პირობების თანახმად, ინვესტორები ვალდებულნი არიან ახლად აშენებული (განახლებული) საავადმყოფოები მინიმუმ შვიდი წლის განმავლობაში ამუშავონ. ამ ვადის გასვლის შემდეგ მათ უფლება აქვთ საავადმყოფოები ნე-

ბისმიერი სხვა ტიპის დაწესებულებად გადააკეთონ. ამ საკითხთან მიმართებით ჩნდება კითხვა: როგორ განვითარდება პროცესები პრივატიზაციის დასრულების და შვიდწლიანი ვადის გასვლის შემდეგ. რა მოტივაცია ექნებათ ინვესტორებს, რომ შვიდწლიანი ვადის გასვლის შემდეგ გააგრძელონ სამედიცინო მომსახურების გაწევა და საავადმყოფოები სხვა სახის დაწესებულებებად არ გადააკეთონ?

მთავრობის ვარაუდით აღნიშნული საკითხი საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებიდან გამომდინარე უნდა დარეგულირდეს, რომ მაღალი ხარისხის საავადმყოფოების აშენებისა და აღჭურვის შემდეგ, ეს საავადმყოფოები მომგებიან ბიზნესად გადაიქცნენ. შესაბამისად, ინვესტორები თავადვე იქნებიან დაინტერესებულები, რომ შვიდი წლის შემდეგაც შეუნარჩუნონ მათ პროფილი.

მკვლევარები გამოთქვამენ ეჭვს, საავადმყოფოების მომგებიანობაზე, განსაკუთრებით რეგიონებში (რეგიონული ცენტრების გარდა), სადაც ახალი საავადმყოფოები, გენერალური გეგმის თანახმად, მხოლოდ 15-25 საწოლით იქნება აღჭურვილი. სხვა ქვეყნების გამოცდილებამ აჩვენა, რომ 200-ზე ნაკლები საწოლის მქონე საავადმყოფოები იშვიათად არის ფინანსურად მომგებიანი. პატარა სასოფლო საავადმყოფოები მხოლოდ პირველად და სასწრაფო დახმარების სერვისებს შეთავაზებენ მოსახლეობას.

ინვესტორები გადაწყვეტილებას, თუ რომელი სერვისი დატოვონ, ორი მაჩვენებლის მიხედვით ღებულობენ: რამდენად ხარისხიანად შეუძლიათ ამ სერვისების გაწევა და როგორია ამ მათზე მოთხოვნა. სავარაუდოდ, კერძო საავადმყოფოების უმრავლესობა სერვისებს სწორედ ამ პრინციპით აირჩევს, რაც ნიშნავს იმას, რომ ინვესტორები, მოგების გაზრდის მიზნით, აქცენტს უფრო მომგებიან სამედიცინო სერვისებზე გააკეთებენ (მაგ., გაზარდონ „ზოგადი პროფილის“ საწოლების რაოდენობა) და საავადმყოფოებისთვის ნაკლებად მომგებიანი სერვისები შემცირდება (მაგ., სხვადასხვა სახის ქრონიკული, ონკოლოგიური დაავადებები, ფსიქიკურ პრობლემებთან დაკავშირებული დაავადებები და ა.შ.), ან მთლიანად გაქრება მაშინ, როცა ამ სერვისებით სარგებლობა მოსახლეობის თუნდაც მცირე ნაწილს კვლავაც დასჭირდება.

სამინისტროს განცხადებით, სახელმწიფო მხოლოდ ამ შემთხვევაში ჩაერევა, როდესაც აღმოჩნდება, რომ რომელიმე დაავადების მკურნალობა ბიზნესისთვის წამგებიანი გახდება და სერვისების ნუსხიდან ამოღებას დაუპირებენ.

სექტორის სრული პრივატიზების მაგალითი დასავლეთის არცერთ განვითარებულ ქვეყანაში არ არსებობს. ეს არც საქართველოშია მოსალოდნელი. ჯანდაცვის სამინისტროში ამბობენ, რომ რამდენიმე სტრატეგიული სამედიცინო დაწესებულების გაყიდვას

არც ეცდებიან. ესენია: ფსიქიატრიული, ტუბერკულოზის, შიდსისა და მწვავე ინფექციების ცენტრები.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა პრივატიზაციის პროცესის შემდეგ

პრივატიზაციის ერთ-ერთ პრობლემად შეიძლება ჩაითვალოს პრივატიზაციის შედეგად სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების ზრდა. ამ პრობლემის მოგვარებაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება ჯანმრთელობის დაზღვევის კონკურენტული სისტემის არსებობას. საქართველოს რაიონების სადაზღვევო კომანიებისთვის „გადაცემა" სპობს სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციას. კონკრეტული სადაზღვევო კომპანიები „კანონიერ" მონოპოლისტებად იქცევიან შესაბამის რაიონში. პაციენტი იძულებული ხდება შემოიფარგლოს მხოლოდ მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით, რომელსაც ეს სადაზღვევო კომპანია განახორციელებს თავისივე კლინიკაში. ეს ნიშნავს რომ დაზღვეულს არა მარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება ჩამოერთმევა, არამედ იმის უფლებაც არ ექნება რომ თავისი სურვილით შეარჩიოს კლინიკა ან ექიმი, რომლისაც სჯერავს და ენდობა. ეს კი აბსოლუტურ წინააღმდეგობაშია საქართველოს მთავრობის მიერ გამოცხადებულ „თავისუფალი ბაზრის" პრინციპებთან.

მონოპოლიების არსებობა ერთის მხრივ ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურებებზე ფასების ზრდას, მეორეს მხრივ საფრთხეს უქმნის მომსახურების ხარისხს და ზღუდავს სამედიცინო სერვისების თავისუფალი არჩევანის უფლებას.

ამ შემთხვევაში ხელისუფლებას გარკვეული პასუხისმგებლობა ეკისრება, რადგან რაიონულმა სადაზღვევო მონოპოლიების არსებობამ შესაძლოა ფასების იმგვარი ზრდა გამოიწვიოს, რომელიც ხელმიუწვდომელი გახდება მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის. სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარებისათვის ეს შესაძლოა არ იყოს პრობლემა, რადგან სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანიებს ფიქსირებულ თანხას ურიცხავს თითოეული ბენეფიციარის დაზღვევისათვის და მათთვის სერვისების მიღების მონეტში უფასოა მომსახურება. მაგრამ პრობლემა იქმნება დაუზღვეველი კონტინგენტისათვის.

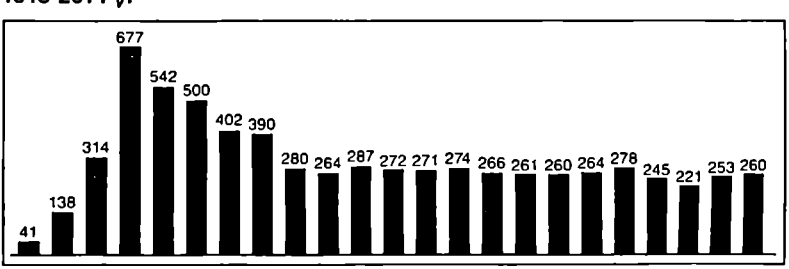
7.4. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მაჩვენებლები

7.4.1. საავადმყოფობის რაოდენობა და საწოლთა ფონდი

საქართველოში სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა გასული საუკუნის 10-იანი წლებიდან 1991 წლამდე თითქმის 9.5-ჯერ გაიზარდა. ქვეყნის დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად, რომლის ერთ-ერთ მთავარ მიზანს შეადგენდა ხარჯების შეკავების მექანიზმების დანერგვა, მათი რაოდენობა დაახლოებით 130 ერთეულით შემცირდა და განვლილი 25 წლის განმავლობაში 280-260 ინტერვალში მერყეობს. 1991-2003 წლების პერიოდში სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა 390-დან 274-მდე შემცირდა (30%-ით); 2003-2012 წლების პერიოდში 274-დან 221-მდე შემცირდა (19.4%-ით), თუმცა, 2013 წლიდან შეინიშნება ზრდის ტენდენცია და 2014 წელს სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობამ 260 შეადგინა.

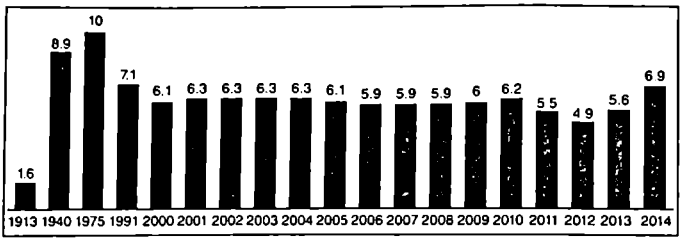
ასევე, 1913-1991 წლების პერიოდში სტაციონარული დაწესებულებების 100 000 მოსახლეზე უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 1.6-დან 7.1-მდე გაიზარდა. 1991 წლიდან მათი რაოდენობა დაახლოებით 10 ერთეულით შემცირდა და განვლილი 25 წლის განმავლობაში 6.1-6.9 შუალედში მერყეობს. 1991-2003 წლების პერიოდში სტაციონარული დაწესებულებების 100 000 მოსახლეზე უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 7.1-დან 6.3-მდე შემცირდა (11.3%-ით); 2003-2012 წლების პერიოდში 6.3-დან 4.9-მდე შემცირდა (23%-ით), თუმცა, 2013 წლიდან შეინიშნება ზრდის ტენდენცია და 2014 წელს 6.9 შეადგინა.

ნახატი 1: სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა. საქართველო 1913-2014 წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ნახატი 2: სტაციონარული დაწესებულებების 100 000 მოსახლეზე უზრუნველყოფის მაჩვენებელი. საქართველო 1913-2014 წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საავადმყოფოების უმეტესი ნაწილი წარმოადგენს ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებს (60.8%). მათ გარდა ფუნქციონირებენ სპე-

ცხრილი 2: სტაციონარული დაწესებულებები, საქართველო, 2000-2014

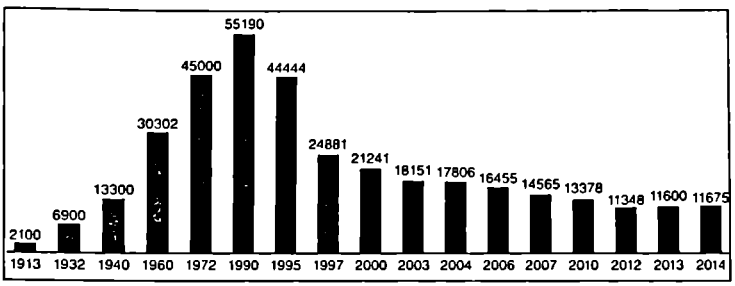
	სტაციონარული დაწესებულებების რა-ბა		მ. შ. ზოგადი პროფილის სა-ფო	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000-ზე	რაოდენობა	% საერთო რაოდენობიდან
2000	271	6,1	139	51.3
2001	276	6.3	139	50.4
2002	276	6.3	138	50.0
2003	274	6.3	130	47.4
2004	271	6.3	132	48.7
2005	266	6,1	129	48.5
2006	261	5,9	126	48.3
2007	260	5,9	125	48.1
2008	260	5,9	122	46.9
2009	264	6,0	129	48.9
2010	278	6,2	136	48.9
2011	245	5,5	110	44.9
2012	221	4.9	131	59.3
2013	253	5.6	136	57.4
2014	260	6.9	158	60.8

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ციალური დანიშნულების საავადმყოფოები, როგორიცაა ფსიქიატრიული, ფთიზიატრიული, ტრავმატოლოგიური, ონკოლოგიური, ოფთალმოლოგიური, პედიატრიული. ასევე არსებობენ საუნივერსიტეტო კლინიკური საავადმყოფოები, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო განათლებას, კვლევას.

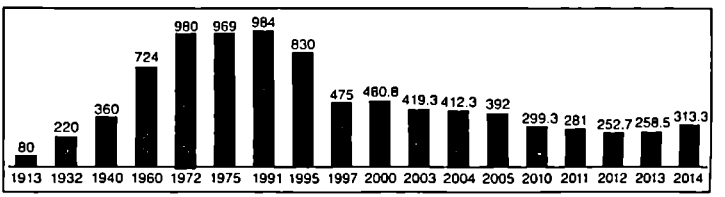
საწოლთა რაოდენობა 1990 წლიდან 2003 წლამდე 77%-ით შემცირდა. 2003-2012 წლების პერიოდში 18151-დან 12599-მდე (30%-ით) შემცირდა, შესაბამისად, უზრუნველყოფა 100 000 მოსახლეზე 419-დან 253-მდე შემცირდა. თუმცა, 2013 წლიდან შეინიშნება ზრდის ტენდენცია. მიუხედავად ამისა, ბოლო ათწლეულის მანძილზე უწყვეტი კლების ფონზე, საწოლების რაოდენობით საქართველოს გააჩნია საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში (იხ. ნახატი 5)

ნახატი 3: საწოლთა ფონდი. საქართველო 1913-2014 წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ნახატი 4: საწოლთა ფონდის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე. საქართველო 1913-2014 წ.



წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლის ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი.

ნახაზი 5: საწოლთა ფონდის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე. სხვადასხვა ქვეყნების მიხედვით. 2013-2014 წ.

OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

ცხრილი 3: საწოლთა ფონდი 2000-2011

	ჰოსპიტალური საწოლები		სამკურნალო პროფილის (გარდა გრძელვადიანი მკურნალობისათვის)		ფსიქიატრიული პროფილის		გრძელვადიანი მკურნალობისთვის (ფსიქიატრიული საწოლების გარდა)	
	რა-ბა	უზრუნველყოფა 100 000 მოსახლეზე	სულ	% საერთო რაოდენობიდან	სულ	% საერთო რაოდენობიდან	სულ	% საერთო რაოდენობიდან
2000	21241	480.8	19069	89.8	1199	5.6	805	3.8
2001	19530	445.2	17452	89.4	1193	6.1	740	3.8
2002	18290	419.8	16280	89.0	1252	6.8	614	3.4
2003	18151	419.3	16244	89.5	1240	6.8	557	3.1
2004	17806	412.3	15905	89.3	1236	6.9	549	3.1
2005	17095	392.0	15155	88.7	1271	7.4	547	3.2
2006	16455	374.1	14262	86.7	1540	9.4	562	3.4
2007	14565	331.9	12679	87.1	1235	8.5	538	3.7
2008	14069	320.9	12028	85.5	1341	9.5	580	4.1
2009	13633	309.1	11658	85.5	1335	9.8	528	3.9
2010	13378	299.3	11400	85.2	1361	10.2	536	4.0
2011	12599	281.0	9928	78.8	1408	11.2	1029	8.2

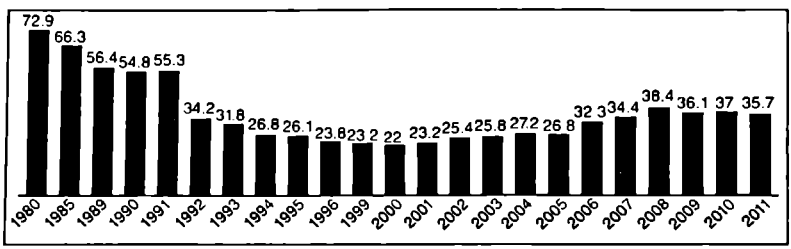
წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ცხრილი 4: დღის სტაციონარი

	დღის სტაციონარული განყოფილება		საწოლთა რაოდენობა		დღის სტაციონარებში მკურნალობდა	
	სა-ავად-ში	ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში	სა-ავად-ში	ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში	სა-ავად-ში	ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში
2007	18	4	344	12	8419	10423
2008	20	2	403	5	9005	290
2009	16	3	249	18	7475	252
2011	14	5	119	84	8716	1732
2012	24	11	335	109	25516	4506

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრი.

ნახატი 6: საწოლთა (გარდა ხანგრძლივი ზრუნვისა) დატვირთვის მაჩვენებელი საქართველო 1980-2014 წ.

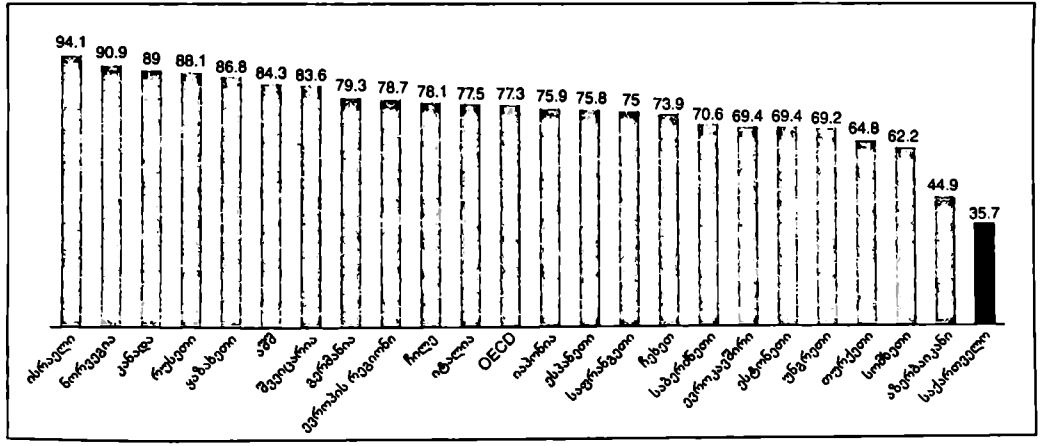


წყარო: OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

7.4.2. საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები

საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი წარმოადგენს გატარებული საწოლ-დღეების საერთო რაოდენობა შეფარდებული სტაციონარული საწოლების რაოდენობასთან. 1994 წლისათვის საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი საშუალოდ 28%-ს შეადგენდა, აქედან 100-ზე მეტ საავადმყოფოში ეს მაჩვენებელი 10%-ს არ სცდებოდა. 2000 წლისათვის საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი 22%-მდე შემცირდა. ქვეყანაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად, 2001 წლიდან საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი წლიდან წლამდე იზრდება და 2011 წლისათვის 35.7%-მდეე გაიზარდა. მიუხედავად ამისა, საწოლის დატვირთვის მაჩვენებელი (ხანგრძლივი ზრუნვის – ტუბერკულოზისა და ფსიქიატრიის საწოლების გარდა) საკმაოდ

ნახატი 7: საწოლთა (გარდა ხანგრძლივი ზრუნვისა) დატვირთვის მაჩვენებელი სხვადასხვა ქვეყნებში. 2013 წ. (საქართველო – 2011 წ.)

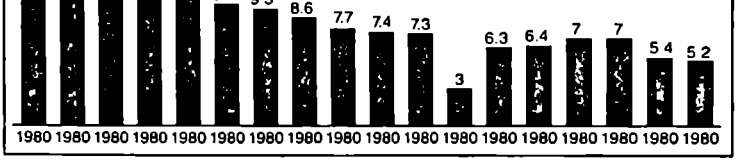


წყარო: World Health Organization 2015. Bed occupancy rate (%), acute care hospitals only http://dw.euro.who.int/api/v2/measures/HFA_542?lang=En.

ჩამორჩება ევროკავშირისა და დსთ-ის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (იხ. ნახატი 7).

საწოლზე დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა წარმოადგენს გატარებული საწოლ-დღეების საერთო რაოდენობა შეფარდებული ჰოსპიტალიზაციის ყველა შემთხვევის რაოდენობასთან. 1995 წელს საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელი საშუალოდ 13.1 დღეს შეადგენდა და ერთ საწოლს საშუალოდ ერთნახევარი ექიმი ემსახურებოდა.[1] რეფორმების შედეგად, საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელი (ხანგრძლივი ზრუნვის – ტუბერკულოზისა და ფსიქიატრიის საწოლების გარდა) წლიდან წლამდე მცირდება. იგი უმთავრესად დაკავშირებულია ახალი ტექნოლოგიების დანერგვასთან და სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსურ მოტივაციებთან, რაც ეფექტიანობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებს, ვინაიდან ერთ პაციენტზე გაწეული ხარჯების რაოდენობა მცირდება საწოლზე დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის კლებასთან ერთად. აღნიშნულის მიუხედავად, ჯანმოს ევრობიუროს მონაცემებით, საწოლის დაყოვნების მაჩვენებელი საკმაოდ ჩამორჩება ევროკავშირისა და დსთ-ის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს.

ნახატი 8: საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელი საქართველო 1995-2014 წ.

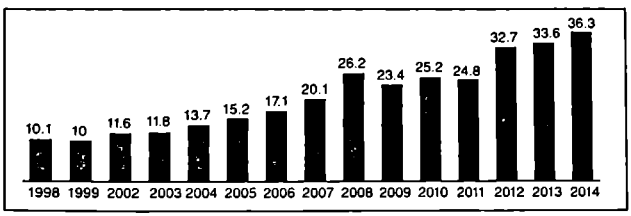


წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საწოლის ბრუნვის მაჩვენებელი წარმოადგენს ჰოსპიტალიზაციის ყველა შემთხვევის რაოდენობა შეფარდებული სტაციონარული საწოლების რაოდენობასთან. როგორც ქვემოთ მოყვანილი ნახატიდან ვხედავთ, წლიდან წლამდე იზრდება საწოლის ბრუნვის მაჩვენებელი.

1 The World Bank, 2007. Georgia Structural Reform Support Project, Washington, D.C.: The World Bank.

ნახატი 9: საწოლთა ბრუნვის მაჩვენებელი საქართველო 1998-2014 წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ცხრილი 5: საწოლთა ფონდის (მთლიანად) გამოყენების მაჩვენებლები. საქართველო 2002-2014 წწ.

	დატვირთვა საწოლზე	დაყოვნება	ბრუნვა
2002	112.2	9.7	11.6
2003	110	9.3	11.8
2004	118.7	8.6	13.7
2005	118	7.7	15.2
2006	127.8	7.4	17.1
2007	146.3	7.3	20.1
2008	79.2	3.0	26.2
2009	148.2	6.3	23.4
2010	160.0	6.4	25.2
2011	173.6	7.0	24.8
2012	228.9	7.0	32.7
2013	181.4	5.4	33.6
2014	188.3	5.2	36.3

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

პროფილის მიხედვით საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებლები 2007-2011 წლებში მაღალია ხანგრძლივი მოვლის – ტუბერკულოზისა და ფსიქიატრიული პროფილის საწოლებისთვის. 2011 წელს ტუბერკულოზის საწოლების დატვირთვა და დაყოვნება გაიზარდა ციხის საავადმყოფოს ხარჯზე. ქვეყნის 41 საშუალო დატვირთვის

მაჩვენებელთან შედარებით, ასევე მაღალია ნევროლოგიური და პედიატრიული საწოლების დატვირთვა. ხუთ წლიან დინამიკაში საწოლზე დაყოვნება შემცირდა თითქმის ყველა პროფილისთვის ფსიქიატრიული საწოლების გარდა, რაც საწოლთა დატვირთვის ზრდასთან ერთად სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის ზრდასაც განაპირობებს.

ლიტერატურა:

- გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.
- ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.
- ჯანდაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლის ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი. 2015.
- OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.
- The World Bank, 2007. Georgia Structural Reform Support Project, Washington, D.C.: The World Bank.
- World Health Organization 2015. Bed occupancy rate (%), acute care hospitals only. http://dw.euro.who.int/api/v2/measures/HFA_542?lang=En.

VIII თავი

ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურება

8.1. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების განვითარება

მსოფლიოში შეინიშნება ხანდაზმული მოსახლეობის წილის ზრდა. 2000 წელს აშშ-ში 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობა შეადგენდა 35 მილიონს. მკვლევართა აზრით, 2020 წლისათვის მოსალოდნელია მისი გაორმაგება.[1] დიდი ოცეულის ქვეყნებიდან 18 ქვეყანაში აღინიშნება დაბერების მაღალი კოეფიციენტი.[2] მაგალითად, შვედეთში 2010 წლისათვის მამაკაცებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 79.1 წელს, ხოლო ქალებში 83.2-ს.[3] ასევე, სხვა ქვეყნების მსგავსად, საკმაოდ მოიმატა ხანდაზმულთა რაოდენობა. 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობამ 18%-ს მიაღწია, და ექსპერტთა აზრით, 2030 წლისათვის მათი წილი 30%-ით გაიზრდება.[4]

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდისა და შობადობის შემცირების ფონზე შეინიშნება ხანდაზმული მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენცია. 2014 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს 3,727,000-ს, რომელშიც 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი 13.9%-ია.[5] 1995-2014 წლების პერიოდში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას გაიზარდა 70.3-დან 72.9 წლამდე.[6] შედარებისათვის, 2011 წლის მონაცემებით, განვითარებული ქვეყნების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 80.1 წელს.[7]

---

1 Feder J et al. Long-term care in the United States: an overview.*Health Aff.* 2000;19(3):40.

2 The World Health Report. 2005. World Health Organization. 2005.

3 World Health Statistics 2012. World Health Organization.

4 Elderly care in Sweden. 2014. https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/

5 ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 22.

6 იქვე. გვ. 26.

7 OECD Health Statistics. 2013.

ცხრილი 1: საპენსიო ასაკის პირთა რაოდენობა (ათასი), 2003-2013 წწ. საქართველო.

	2003	2005	2010	2011	2012	2013	2014
მოსახლეობა	4 342,6	4 321,5	4 436,4	4 469,2	4 497,6	4 497,6	3,727,0
60 – 64	234,4	172,9	192,0	214,3	225,4	235,2	198.8
65 – 69	209,1	228,4	153,8	132,0	124,8	135,0	129.7
70 – 74	175,8	165,2	200,5	206,8	202,5	181,4	126.6
75 – 79	114,6	128,1	129,0	126,7	136,0	142,9	127
80 – 84	47,3	55,8	91,4	97,3	92,8	94,2	72.3
85+	30,1	27,5	47,2	0,0	59,8	67,2	63.2
სულ 60-ს ზევით	811,3	777,9	813,9	777,1	841,3	855,9	717.6

წყარო: საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2013 წ.

ცხრილი 2: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, საქართველო, 1995-2012 წწ.

	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
სულ	70.3	71.3	74.0	75.1	74.2	73.6	74.4	74.5	74.7
მამაკაცი	66.3	67.5	70.0	70.5	69.3	69.2	70.0	70.2	70.2
ქალი	74.2	75.0	77.6	79.4	79.0	77.7	78.7	78.6	79

წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ხანდაზმულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად იზრდება მათი მკურნალობისა და მოვლის საჭიროებები, რადგან რაც უფრო მეტია ადამიანის ასაკი მით მეტია გრძელვადიანი სამედიცინო მეთვალყურეობის საჭიროება. ასე მაგალითად, აშშ-ის ჯანმრთელობისა და ადამიანური რესურსების მონაცემებით, 80 წელზე მეტი ასაკის პირთაგან 57% მძიმე ინვალიდია.[1]

8.2. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების სერვისები

1990-იან წლებიდან ევროპის ქვეყნებში და აშშ-ში ინტენსიურად ვითარდება შინმოვლის სისტემები, როგორც ხანდაზმულთა მოვლის

1 Administration on Aging. 2006. A Profile of Older Americans, 2006. US Department of Health and Human Services.

უფრო იაფი და ეფექტური ალტერნატივა.[1] შედეგად, დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, ხანდაზმულთა შინმოვლა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემების ნაწილი გახდა.

ქრონიკული დაავადებები ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პრობლემას წარმოადგენს. ქრონიკული ავადმყოფთა მომსახურება მოიცავს ჯანმრთელობის, სოციალურ, საცხოვრებელ, ტრანსპორტირების, და სხვა სერვისებს, რომლებიც სჭირდებათ პაციენტებს ფიზიკური და ფსიქიკური შეზღუდვებით. როგორც წესი, ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურების საჭიროება განისაზღვრება ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობების (ADLs – Activities of daily living: საკვების მიღება, ჩაცმა, ბანაობა, ტუალეტი, საწოლიდან წამოდგომა), ასევე ყოველდღიური ცხოვრების ინსტრუმენტალური აქტივობების (IADLs – Instrumental activities of daily living: სამრეცხაო, შინამეურნეობა, საკვების მომზადება, ტრანსპორტირება, მედიკამენტების მიღება, ტელეფონით სარგებლობა) სახით.

შვედეთში ხანდაზმულთა სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების მიერ. 2010 წელს შვედეთში ხანდაზმულთა შინმოვლისათვის დაიხარჯა 95,9 ბილიონი კრონი, რომლის მხოლოდ 3% შეადგინა პაციენტების ჯიბიდან გადახდებმა.[2] ბოლო პერიოდში ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებმა განახორციელეს ხანდაზმულთა მოვლის სერვისების ნაწილობრივი პრივატიზაცია. წლიდან წლამდე იზრდება შენმოვლის სერვისებში კერძო პროვაიდერების მონაწილეობა. 1995-2005 წლების პერიოდში მათი რაოდენობა 5-ჯერ გაიზარდა. 2011 წელს კერძო პროვაიდერების მიერ მიწოდებულმა შინმოვლის სერვისებმა შეადგინეს 18,6%; თუმცა, ზოგიერთი ექსპერტის აზრით, მოგებაზე ორიენტირებული შინმოვლის კერძო ორგანიზაციები უარყოფითად ზემოქმედებენ შინმოვლის სტანდარტებზე.[3] ბენეფიციარს აქვს კერძო და სახელმწიფო შინმოვლის ორგანიზაციების თავისუფალი არჩევანის უფლება. ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები პასუხისმგებელი არიან სერვისების დაფინანსებაში, აგრეთვე მათი ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის გარანტირებაში; მუნიციპალიტეტი თავად განსაზღვრავს ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისების მოცულობას და

1 კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა.

2 Elderly care in Sweden. 2014. https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/.

3 Elderly care in Sweden. 2014. https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/.

დაფინანსების ოდენობას. იგი დამოკიდებულია ბენეფიციარის შემოსავლებსა და მოვლის სერვისის მოცულობაზე.[1]

რადგან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები ხანდაზმულთა მოვლის სერვისების მხოლოდ მცირე ნაწილს მოიცავს, უფრო ხშირად იგი არაფორმალური სერვისების სახითაა წარმოდგენილი. ფორმალური ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალი პერსონალის მიერ გაწეულ მომსახურებას, რომლის ხარჯებს აფინანსებენ მოსარგებლეები, ან სახელმწიფო და როგორც წესი, ექვემდებარება გარკვეულ წესებს. არაფორმალური მოვლა კი გულისხმობს ახლობლების, ოჯახის და სოციალური ქსელის სხვა წევრების მიერ გაწეულ მომსახურეობას. ფორმალურ და არაფორმალურ მოვლას აქვს სხვადასხვა მახასიათებლები და სხვადასხვა როლს თამაშობენ ხანდაზმულთა ცხოვრებაში.

ხანდაზმულთა ზრუნვას უმთავრესად ოჯახის წევრები ეწევიან, რომელთა შორის ყველაზე მეტი წვლილი მიუძღვით მეუღლეებს, ან მათი არარსებობის შემთხვევაში ზრდასრულ შვილებს (ძირითადად, ქალიშვილები). სიცოცხლის ხანგრძლივობის მატების, ქრონიკულ ავადმყოფთა ზრდასთან ერთად, დროთა განმავლობაში აქტუალური ხდება შინმოვლის სერვისების შემდგომი განვითარების ხელშეწყობა, მასში სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერის, მისი როლის ამაღლება ბენეფიციარების სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით.

აშშ-ში 2006 წელს ხანგრძლივ სამედიცინო მომსახურებაზე დაიხარჯა 177 მილიარდი დოლარი, მათ შორის 125 მილიარდი დოლარი მოხუცთა თავშესაფრებში სამედიცინო მომსახურებაზე; მოხუცთა თავშესაფარში 1 წლიანი მეთვალყურეობის საშუალო ხარჯი შეადგენს 70,000 დოლარს. აშშ-ში პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები ჯიბიდან პირდაპირი გადახდებით აფინანსებენ ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების 22%-ს.[2] ძვირადღირებული სერვისები არაიშვიათად კატასტროფული ხარჯებთანაა დაკავშირებული და ხანდაზმულთა გაღარიბებას განაპირობებენ. შედეგად, ისინი ხდებიან უმწეოთა პროგრამის „მედიქეიდი"-ს ბენეფიციარები. მედიქეიდის პროგრამით შესაძლებელია ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსება. მედიქეიდის პროგრამით ფინანსდება ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების 41%, ხოლო მედიქეას პროგრამით ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების მხოლოდ 23% ფინანსდება.[3]

1 Elderly care in Sweden. 2014. https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/.
2 Catlin A et al. National health spending in 2006. Health Aff. 2008; 27(1):14.
3 Catlin A et al. National health spending in 2006. *Health Aff.* 2008; 27(1):14.

ცხრილი 3: ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება, 2006 წ.

	ჯიბიდან გადახდა	კერძო დაზღვევა	მედიქეა	მედიქეიდი	სხვა
მედდის სახლი	26%	7%	17%	43%	7%
შინ მოვლა	11%	11%	38%	34%	6%
ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურება	22%	9%	23%	41%	5 5

წყარო: Catlin A et al. National health spending in 2006: Health Aff. 2008;27(1):14.

2002 წლის მონაცემებით, მოხუცთა მიერ ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი ხარჯები შეადგენს ოჯახის შემოსავლის 22%-ს; ამ ხარჯებიდან ერთი მესამედი შეადგენს მოხუცთა სახლების ხარჯებს.[1] დაბალშემოსავლიან მოხუცთათვის ჯანდაცვაზე ჯიბიდან ხარჯები შეადგენს შემოსავლების 35%-ზე მეტს.[2]

8.3. ხანგრძლივი მომსახურების პროვაიდერები

არაოფიციალური მზრუნველები

აშშ-ში ბენეფიციართა უმრავლესობა, რომელიც საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას მომსახურებას ღებულობს მათი ოჯახის წევრებისგან ან მეგობრებისგან. ხანგრძლივ მოვლას ხშირად მათი ან მეუღლეები უწევენ ან შვილები. არაფორმალურ მზრუნველთა უმრავლესობა იძულებულია დატოვოს თავისი სამუშაო ადგილი ან შეამციროს სამუშაო საათები.[3] მოხუცთა თავშესაფრებში ძირითადად ის პირები ცხოვრობენ, რომლებსაც არ ჰყავთ მათი მომვლელი ოჯახის წევრები. 1996 წლის მონაცემებით არაფორმალური მზრუნველთა მიერ გაწეული მომსახურება შეადგენდა დაახლოებით 200 მილიარდ დოლარს.[4]

1 Kaiser Family Foundation.Medicare at a Glance. 2003. www.kff.org.
2 Frank E. Aging and the market in the United States. *Int J Health Serv.* 2001;31:133.
3 Levine C. The loneliness of the long-term care giver. N Engl J Med. 1999;340:1587.
4 LaPlante MP et al. Estimating paid and unpaid hours of personal assistance services. Health Serv Res. 2002;37:397.

თემზე დაფუძნებული შინმოვლის სერვისები

თემზე დაფუძნებული ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურება გულისხმობს ისეთი სერვისების მიწოდებას, როგორიცაა: შინ მოვლა, მოზრდილთათვის დღიური მომსახურება, საკვების მიტანა ბინაზე, დავრდომილთა თავშესაფრები ტერმინალურ სტადიაში მყოფთათვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები... 1970-იანი წლებიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მომსახურებაში ინსტიტუციონალური ფორმებიდან (საავადმყოფო, მოხუცთა თავშესაფრები) უპირატესობა მიენიჭა თემზე დაფუძნებულ შინ მოვლას. 1980-იანი წლებიდან AIDS-ის აქტივობებმა ხელი შეუწყვეს ჰოსპისების (დავრდომილთა თავშესაფრების) განვითარებას, რომლებიც უზრუნველყოფენ ბინაზე ინტენსიური მოვლის სერვისებს კიბოს და AIDS-ის ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებისათვის. ბენეფიციართათვის შინმოვლა უფრო კომფორტული გარემოს წარმოადგენდა სერვისების განსახორციელებლად, ვიდრე საავადმყოფო ან მოხუცთა თავშესაფრები. შინ მოვლის სააგენტოები წარმოადგენდნენ მომგებიან (კომერციულ) კორპორაციებს.[1]

აშშ-ში შინმოვლის სერვისებზე გაწეული ხარჯები 1980-იან 1990-იან წლების პერიოდში, 2 მილიარდიდან 35 მილიარდამდე გაიზარდა. ხარჯების შეკავების მიზნით, 1997 წელს მიღებულ იქნა ბალანსირებული ბიუჯეტის კანონი (Balanced Budget Act), რომლითაც მკაცრად კონტროლირებადი გადახდის მექანიზმის მეშვეობით მნიშვნელოვნად შემცირდა მედიქეას შინ მოვლის ხარჯები. 2000 წლიდან მედიქეას პროგრამით შემოღებულ იქნა შინმოვლის პროსპექტული ანაზღაურების სისტემა, რომელიც გულისხმობდა მკურნალობის 60 დღის ფიქსირებული, წინდაწინ განსაზღვრული თანხით დაფინანსებას.

შინ მოვლის სერვისების მიმწოდებლები ერთიანდებიან ჯგუფებში და ბენეფიციარებს სთავაზობენ მედდების, ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპევტების, ლოგოპედების, სოციალური მუშაკების მომსახურებას. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებზე გაცემული სერვისები, რომელიც გულისხმობს დახმარებას ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებში (ADLs – Activities of daily living) სულ უფრო სპეციალიზირებული ხდება. ბინაზე მოვლის სააგენტოები ბენეფიციარებს სთავაზობენ სხვადასხვა სამედიცინო პროცედურების ბინაზე განხორციელებას (ანტიბიოტიკების ინტრავენურად გადასხმა, ჰემოდიალიზი) მაღალკვალიფიციური მედდებისა და სხვა სამედიცინო პროფესიონალების მეშვეობით. შედეგად ქრონიკულ ავად-

1 Harrington C et al. Nursing Facilities, Staffing, Residents, and Facility Deficiencies, 1999 through 2005. University of California at San Francisco, September 2006. www.nccnhr.org.

მყოფთა სამედიცინო მომსახურება საავადმყოფოდან გადაინაცვლა ბინაზე.

სადაზღვევო პაკეტები სრული მოცულობით არ ითვალისწინებენ შეზღუდული შესაძლებლობების პირთა ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობების (ADLs – Activities of daily living) მომსახურებას. იგი შეზღუდული სახით მიეწოდება მოხუცებულთა თავშესაფრებში განთავსებულ, ტერმინალურ სდადიაში მყოფ პაციენტებსაც. არის შემთხვევები, როდესაც დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ისეთი ბენეფიციარები, რომელთაც არ ყავთ არაოფიციალური მომვლელები (ოჯახის წევრები) სადაზღვევო პროგრამების გარეშე რჩებიან, ან პაციენტები, რომლებსაც სჭირდებათ მოხუცებულთა სახლში მოვლა, ვერ იღებენ ასეთი ტიპის მომსახურებას.

მოხუცთა თავშესაფრები

არაფორმალური დამხმარე და ფორმალური ბინაზე სამედიცინო მომსახურება ვერ უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სათანადო მომსახურებას. ასეთი ადამიანები შეიძლება განთავსდნენ მოხუცთა სახლებში, სადაც ისინი უზრუნველყოფილნი იქნებიან კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ 24 საათიანი მეთვალყურეობით. 2004 წელს, ამერიკის შეერთებული შტატებში მოხუცთა სახლებში ცხოვრობდა 1.3 მილიონი ადამიანი.[1] მოხუცთა სახლებში მაცხოვრებლების 75%-ს შეადგენენ ქალები (უმეტესად ქვრივები). აშშ-ში მოხუცთა თავშესაფრებში მცხოვრებ პირთა 42%-ს აქვს ფსიქიური პრობლემები, 29%-ს – სახსრების კონტრაქტურა, 54% – გაუწონასწორებელი ქმედებები და არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად სიარული.[2] მოხუცთა სახლების ბინადართ არ აქვთ მათზე მზრუნველი ოჯახის წევრები, აგრეთვე მათ დიდ ნაწილს აქვთ ფსიქიკური პრობლემები და მათი მოვლა სახლის პირობებში სირთულეს წარმოადგენს.

დაბალშემოსავლიანი ადამიანების მოხუცთა თავშესაფრებში ყოფნას ანაზღაურებს მედიქეიდის პროგრამა, თუმცა დაფინანსება მცირეა, პაციენტები მჭიდროდ არიან განთავსებულნი, ხოლო პერსონალი დაბალანაზღაურებადი და არასათანადოდ კვალიფიციურია. 2005 წელს მოხუცთა თავშესაფრების 66% წარმოადგენდნენ მომგებიან ორგანიზაციებს, რომლებშიც პერსონალის სინაკლებეა, ხოლო მომსახურების ხარისხი არამომგებიან ორგანიზაციასთან

1 Harrington C et al. Nursing Facilities, Staffing, Residents, and Facility Deficiencies, 1999 through 2005. University of California at San Francisco, September 2006. www.nccnhr.org.

2 იქვე.

შედარებით დაბალია.[1] მოხუცთა თავშესაფრებში ბენეფიციართა მჭიდროდ განთავსება აქვეითებს მათი ცხოვრების ხარისხს. ზოგი მკვლევარის აზრით, მოხუცთა სახლების ნაცვლად უპირატესობა უნდა მიენიჭოს შინმოვლის და თემზე დაფუძნებული ხანგრძლივი მომსახურების განვითარებას.[2]

აშშ-ში Medicare-ს პროგრამა ფარავს ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების შემდეგ სერვისებს: მწვავე ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი მომსახურება ერთი კვირის ან ერთი თვის პერიოდში. იგი არ ფარავს ქრონიკული დაავადებების მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებს. მოხუცთა თავშესაფრის, ან შინ მოვლის სერვისები მოიცავს: ჭრილობების შეხვევას, არტერიული წნევის გაზომვას, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების დიაგნოსტიკურ გამოკვლევას, პაციენტის მიერ მედიკამენტების მიღების წესებზე მეთვალყურეობას, დაავადებების (დიაბეტი, ჰიპერტენზია) შესახებ პაციენტის განათლების და ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას. ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპიის სპეციალისტების სერვისებით სარგებლობენ პაციენტები, რომელთაც აქვთ ინსულტი, კიდურების მოტეხილობები. ლოგოპედები ინსულტიან პაციენტებს ეხმარებიან მეტყველების დეფიციტის გამოსწორებაში.

ქრონიკული ავადმყოფთა მომსახურება გარდა სამკურნალო და სარეაბილიტაციო სერვისებისა, მოიცავს მომსახურებას რომლებიც სჭირდებათ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტებს, კერძოდ ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობები (ADLs – Activities of daily living): საკვების მიღება, ჩაცმა, ბანაობა, ტუალეტი, საწოლიდან წამოდგომა), ასევე ყოველდღიური ცხოვრების ინსტრუმენტალური აქტივობების (IADLs – Instrumental activities of daily living) სამრეცხაო, შინამეურნეობა, საკვების მომზდება, ტრანსპორტირება, მედიკამენტების მიღება, ტელეფონით სარგებლობა. აღნიშნულ სერვისებს როგორც წესი, ახორციელებენ ექთნების თანაშემწეები, შინ მოვლის თანაშემწეები, დიასახლისები, ან ოჯახის წევრები. ისინი ითვლება არაკვალიფიციურ მომსახურეობებად და ხშირად არ არიან დაფარული მედიქეას პროგრამით.

აშშ-ში მედიქეიდის პროგრამა ფარავს შინ მოვლის ხარჯებს. თუმცა, მედიქეიდი არ ფარავს იმ პაციენტთა 24-სთ-იან „არაკვალიფიციურ" (ADLs და IADLs) მომსახურებას, რომლებსაც არ შეუძლიათ საკუთარ თავზე ზრუნვა. რადგან მედიქეიდის მიერ მოხუცთა თავშესაფრების ხარჯების დაფარვა უფრო სრულყოფილია, ვიდრე

1 Harrington C. The nursing home industry: Public policy in the 1990s. In: Brown P, ed. Perspectives in Medical Sociology. Long Grove, IL:Waveland Press; 1996.

2 Bodenheimer T. Grumbach K. *Understanding Health Policy A Clinical Approach.* McGraw-Hill Medical; 5 edition. 2008.

ამავე პროგრამით გათვალისწინებული შინ მოვლა, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე დაბალშემოსავლიანი ადამიანები იძულებულები არიან მოთავსდნენ მოხუცთა თავშესაფრებში, თუ მათ ოჯახში არავინ არ ჰყავთ, ვინც უზრუნველყოფს 24 საათიან არაკვალიფიციურ მომსახურებას (ADLs და IADLs). მედიქეიდის პროგრამით ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების 75%-ს შეადგენს მოხუცთა თავშესაფრების დაფინანსება.[1]

ხანგრძლივი მომსახურების კერძო დაზღვევა აშშ-ში. კერძო დაზღვევა თამაშობს უმნიშვნელო როლს ხანგრძლივი მომსახურების დაფინანსებაში. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების მხოლოდ 9% იფარება კერძო კერძო დაზღვევით. მაღალრისკიანი ბენეფიციარების გამო ხანგრძლივი მომსახურების დაზღვევა საკმაოდ ძვირადღირებულია. მოხუცთა მხოლოდ 21%-ს გააჩნია შესაძლებლობა შეიძინოს ხანგრძლივი მომსახურების სადაზღვევო პოლისი.[2]

ხანგრძლივი მომსახურების დაზღვევის პოლისზე დაწესებულია დიდი ფრანშიზა (იზომება მოხუცთა თავშესაფრებში გატარებული დღეებით), ასევე სადაზღვევო პოლისების უმეტესი ნაწილი უმთავრესად ფარავს ფიქსირებულ ყოველდღიურ გადასახადს, ნაცვლად ფაქტიური ხარჯის ანაზღაურებისა. ტიპიური სადაზღვევო პოლისი უზრუნველყოფს $ 150-იან მომსახურებას დღეში, 60 დღიანი ფრანშიზის შემდეგ. 2005 წელს მოხუცთა თავშესაფრებში საშუალო დღიური ანაზღაურება შეადგენდა $ 180-ს, რაც იმას ნიშნავს, რომ $ 30-ს თავად პაციენტი იხდის. ამდენად, წლის განმავლობაში მოხუცთა თავშესაფრებში ყოფნისათვის პაციენტს დასჭირდება $ 19,950 დოლარი ჯიბიდან გადახდა (60 დღე X $ 180 = $ 10,800; პლუს 305 დღე X $ 30 = $ 9150) სადაზღვევო პრემიის გადახდის ზემოთ. სადაზღვევო პოლისების უმრავლესობა ზღუდავს მათ დაფარვას რამდენიმე წლით.[3]

8.4. შინმოვლის სერვისები საქართველოში

საქართველოში, ისევე როგორც განვითარებად ქვეყნებში პოლიტიკური მდგომარეობის ხშირი ცვლილება, ფინანსური და ეკონომიკური კრიზისები, ინფლაცია, მკვეთრად გამოხატული სოციალური უთანასწორობა ნეგატიურად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ამ დროს განსაკუთრებით ზარალდებიან ქრონიკული დაავა-

1 Catlin A et al. National health spending in 2006. Health Aff. 2008; 27(1):14.

2 Merlis M. Private Long-Term Care Insurance.Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2003.

3 იქვე.

დების მქონე ბავშვები, მოზარდები და ხანდაზმულები, რომლებიც საჭიროებენ როგორც სამედიცინო მომსახურებას, ასევე ხანგრძლივ მოვლას. პრობლემას ამწვავებს ახალგაზრდების განვითარებულ ქვეყნებში მიგრაცია, რაც კიდევ უფრო ზრდის ხანდაზმულების მოვლაზე მოთხოვნას. ამასთან, მოსახლეობის მოწყვლადი ნაწილისთვის სამედიცინო მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი, არ მოქმედებს ხანდაზმულთა ხანგრძლივი მოვლის, სამედიცინო და სოციალური მომსახურების სერვისები (სამედიცინო მეთვალყურეობა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მოვლის ინტერდისციპლინარული თერაპია). იგივე შეინიშნება აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებშიც, სადაც ჯერ კიდევ არ არის ხელმისაწვდომი ხანდაზმულთა შინმოვლისა და რეაბილიტაციის სერვისები.

განვითარებად ქვეყნებში დაბალია ხანდაზმულთა შინმოვლისა და ზრუნვის კულტურა. საექთნო საქმე უფრო მეტად ორიენტირებულია დაავადებების მკურნალობასა და სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურეობაზე. მაშინ, როდესაც ხანგრძლივი მოვლის პრევენციული და თერაპიული კონცეფციები ნაკლებადაა განვითარებული. შესაბამისად, არ არსებობს ინსტიტუციონალური შინმოვლისათვის დამახასიათებელი მკურნალობის, მოვლისა და საგანმანათლებლო კომპონენტების ურთიერთკავშირი.

როგორც ვხედავთ, ხანდაზმულთა შინმოვლის ხასიათი მკვეთრად იცვლება ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების მიხედვით. მსოფლიოს ყველაზე ღარიბ ქვეყნებში შინმოვლაში ჩართულ პირთა ქსელში პროფესიონალი მომვლელები ძალიან მცირე რაოდენობით მონაწილეობენ. ეს ქსელი ძირითადად არაფორმალური მომვლელებისა და მოხალისეებისგან შედგება, სადაც პროფესიონალები უმეტესად ზედამხედველებისა და კონსულტანტების ფუნქციით შემოიფარგლებიან.[1] რაც უფრო განვითარებული და ეკონომიკურად მდიდარია ქვეყანა, რაც უფრო განვითარებულია მისი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემები, მით უფრო სპეციალიზებულია და პროფესიონალიზებულია ამ ქვეყნის შინმოვლის სამსახურები.[2]

შინმოვლის ჯანდაცვითი პროგრამები

საქართველოში 2012 წლამდე ხანდაზმულებზე (სოციალურად დაუცველი კატეგორიის გარდა) არ ვრცელდებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, შესაბამისად დაბალი იყო მათზე სამედი-

1 კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა.

2 იქვე.

ცინო მომსახურებით ხელმისაწვდომობა. 2012 წლიდან მოქმედებს საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა.

პროგრამა მოიცავს ხანდაზმულ ადამიანებზე სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფას. თუმცა, ხანდაზმულთა შინმოვლის ასპექტი ჯანდაცვის არცერთ სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული (გარდა პალიატიური ზრუნვის პროგრამისა). პალიატიური ზრუნვის პროგრამა მოიცავს ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას (თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტი პაციენტთან. მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით), ინკურაბელურ და აივ-ინფექციასშიდსით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ პალიატიურ მზრუნველობას, ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფას (სოციალური მომსახურების სააგენტო, დადგენილება 279, 2013). 2014 წლიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ხანდაზმულები (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) უზრუნველყოფილნი არიან დამხმარე საშუალებებით, რაც ემსახურება მათ ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლებასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ კომპონენტებს:

ა) სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობა;

ბ) საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფა;

გ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფა;

დ) კოხლეარული იმპლანტით უზრუნველყოფა;

ე) ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფა (საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 291. 2014 წ.)

იმის გამო, რომ მოვლის სერვისები თითქმის არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით, მისი დაფინანსება უმეტესწილად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, უცხოური დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით. თუმცა ასეთი დაფინანსება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ 2012 წლიდან თბილისის მერია უმწეო და გაჭირვებულ მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებს სიღატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული საწოლს ან სახლს მიჯაჭვული მარტოხელა ბენეფიციარების შინმოვლას, რომლებსაც ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიის გამო ესაჭიროებათ დახმარება (თბილისის მერია, 2012). 2010 წლიდან შინმოვლის სერვისების დაფინანსებაში ჩაერთო ქ. გორის მუნიციპალიტეტი, ხოლო 2014 წლის სექტემბრიდან ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტი.

შინმოვლის მიზანია მოვლაზე დამოკიდებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, პაციენტებისა და მათი ახლობლების დახმარება. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. 0-დან 60 წლამდე იგი შეადგენს 0,6%-ს, 60-დან 80 წლამდე 3,9%-ს, ხოლო 80 წელზე ზევით 28,3%-მდე იზრდება.[1] ამ მონაცემების გათვალისწინებით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას ბენეფიციარს წარმოადგენს.[2]

საქართველოში შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ შემდეგი არასამთავრობო ორგანიზაციები: „საქართველოს კარიტასი" და „შინმოვლის კოალიცია" (რომელშიც გაერთიანებულია ფონდი „თაობა", კავშირი „ადამიანი და ბუნება", კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი", ასოციაცია „გენეზისი"). საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი" შინმოვლის სერვისებს ახორციელებს 1995 წლიდან, იგი საერთაშორისო და ევროპის კარიტასების წევრი ორგანიზაციაა. შინმოვლის კოალიცია ფუნქციონირებს 2009 წლიდან. აღსანიშნავია, რომ შინმოვლის კოალიციაში შემავალი ფონდი „თაობა" 1997 წლიდან ახორციელებს შინმოვლის სერვისებს.

„შინმოვლის კოალიცია" და „საქართველოს კარიტასი" ხანდაზმულ ბენეფიციარებს შინმოვლის თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. იგი მოიცავს სხვადასხვა სპეციალისტებით დაკომპლექტებული გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და ფსიქო-სოციალური მომსახურების მიწოდებას ბინაზე იმ პირთათვის რომლებიც დროებით ან მუდმივად საწოლს არიან მიჯაჭვულნი. სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ „შინმოვლის კოალიციის" სამსახურში ჩართულია ექიმი, რომელიც ადგენს ინდივიდუალურ სამუშაო გეგმას მოსარგებლისათვის ექთანთან ერთად. „საქართველოს კარიტასის" სერვისში ექიმი არ არის ჩართული, მაგრამ სოციალური მუშაკი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებში მონაწილე ოჯახის ექიმების მეშვეობით ახერხებს სერვისების მიწოდებას.

„საქართველოს კარიტასი" ბენეფიციართა საჭიროებების მიხედვით უზრუნველყოფს ექიმი-სპეციალისტების მომსახურებას, „შინმოვლის კოალიციის" ექიმი კი კონსულტაციას უწევს და ამისამართებს პაციენტებს სპეციალისტებთან. ორგანიზაციები ბენეფიციართა

1 საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2013. სტრატეგიული ხედვის დოკუმენტი.

2 კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა.

აღრიცხვაზე აყვანის კრიტერიუმად იყენებენ მათი სოციალურად დაუცველის სტატუსს.

ცხრილი 4: შინმოვლის გუნდები ორგანიზაციების მიხედვით. 2014 წ.

ორგანიზაციები	კოორდინატორი	ექთანი	ექთნის ასისტენტი	სოც. მუშაკი	ფსიქოლოგი	ექიმი	მოხალისეები
შინმოვლის კოალიცია	1	17	2	1		2	
საქართველოს კარიტასი	4	20	5	2	2		15

წყარო: საქართველოს შინმოვლის კოალიცია, საქართველოს კარიტასი.

8.5. შინმოვლის სერვისების დაფინანსება

საქართველოში მოქმედი ორგანიზაციები შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერის მეშვეობით. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში N 4 წარმოდგენილია ერთ-ერთი ასეთი ორგანიზაციის „საქართველოს კარიტასის“ დაფინანსების წყაროები. როგორც ცხრილიდან ვხედავთ, 2013 წელს დაფინანსების წყაროებს შეადგენდნენ: უცხოური ქველმოქმედება (82.8%), სახელმწიფო დაფინანსება (14.8%) და ჯიბიდან გადახდები (2.4%). საყურადღებოა, რომ ამ მონაცემებში შედის მხოლოდ სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარები. თუ გავითვალისწინებთ სხვა მოსარგებლეებს, ჯიბიდან გადახდების წილი მკვეთრად მოიმატებს.

ცხრილი 5: საქართველოს კარიტასის 2013 წლის დაფინანსების წყაროები

ქველმოქმედება	სახელმწიფო	ჯიბიდან გადახდები	ჯამი
364,760.00	65,000.00	10,500.00	440,260.00

წყარო: საქართველოს კარიტასი.

1 ხანდაზმულის მოვლის საშუალო ღირებულება 100 ბენეფიციარის შემთხვევაში კვების გარეშე შეადგენს 382 ლარს, ხოლო 1000 ბენეფიციარზე – 188 ლარს (შინმოვლის კოალიცია). იგი მოიცავს, როგორც მოვლის საშუალებების, ასევე მედიკამენტების, სამედიცინო პერსონალის მომსახურების, ადმინისტრაციული, საკომუნიკაციო და ა.შ. ხარჯებს.

2014 წელს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლის მიერ ჩატარდა კვლევა, რომლის შედეგები ადასტურებენ, რომ საქართველოში დაბალია ქრონიკულ ავადმყოფ ხანდაზმულთა მიერ მედიკამენტებზე და ჰიგიენურ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობა (ვერულავა, ადეიშვილი, 2014). კვლევის მიხედვით, ბენეფიციართა 49.1%-ს საჭიროების მიუხედავად მედიკამენტზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი, ხოლო 2.8% საერთოდ ვერ შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები. ასევე, მიუხედავად იმისა, რომ კარიტასი ბენეფიციარებს აწვდის ჰიგიენურ საშუალებებს, გამოკითხულთა 43.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად ჰიგიენურ საშუალებებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უმთავრესი მიზეზებია რესპოდენტთა ოჯახის წევრების დასაქმების დაბალი დონე და დაბალი შემოსავლები. გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის ოჯახში მხოლოდ ერთი წევრია დასაქმებული (35.7%), ხოლო არავინაა დასაქმებული 32.2%-ში. გამოკითხულთა ოჯახების 32.2%-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 300 ლარზე ნაკლებია, მაშინ როდესაც გამოკითხულთა 7.1%-ის მედიკამენტებზე ყოველთვიური დანახარჯები 300 ლარს აღემატება. კატასტროფულ დანახარჯებს კიდევ უფრო ამძიმებს ბენეფიციართა ჰიგიენურ საშუალებებზე, აგრეთვე ექიმი-სპეციალისტის ვიზიტისათვის დანახარჯები.

კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად სჭირდება დახმარება (50.5%), ხოლო გარკვეული ნაწილი საერთოდ მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას (8.5%). რესპონდენტები სარგებლობენ როგორც სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით, ასევე კერძო, არამომგებიანი ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული სერვისებით. კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (73.1%) უფრო ხშირად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით (სარგებლობს გამოკითხულთა 26.9%). თუმცა, ხანდაზმული ადამიანები, რომლებიც საჭიროებენ ზრუნვას უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათი ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე. იგი ეხება მოვლის როგორც რთულ ასევე შე-

დარებით იოლ სერვისებს, როგორც ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად საჭირო დახმარებას, ასევე ისეთი პირის დახმარებას, რომელიც მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას. კვლევამ აჩვენა, რომ ბენეფიციართა უმრავლესობა (61.5%) შინმოვლის სერვისების გაწევისას როდესაც ეს შესაძლებელია უპირატესობას ანიჭებენ საკუთარი ოჯახის წევრების, ან ნათესავების მიერ გაწეულ ზრუნვას თავიანთ სახლში (შედარებისათვის, სპეციალისტებს მხოლოდ 38.5% ანიჭებს უპირატესობას). ასევე აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს შინ მოვლას (84.1%), ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას (15.9%). აქვე, საყურადღებოა, რომ რაც უფრო იზრდება ზრუნვის სირთულე, მით უფრო მეტად ურჩევნიათ მოხუცთა თავშესაფრებში ან სპეციალიზირებულ დაწესებულებში მომსახურების გაწევა. ეს შეიძლება აიხსნას იმ გარემოებით, რომ ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამძიმების დროს შინმოვლის სერვისები ძალიან მცირე და არაეფექტურია.

კვლევებმა აჩვენა, რომ ქალები უფრო მეტად საჭიროებენ ზრუნვას (55.5%) ვიდრე მამაკაცები (45.9%), რაც ადასტურებს რომ ქალებს უფრო მეტად აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები ვიდრე იმავე ასაკის მამაკაცებს. მამაკაცები (52.1%) მეტ დახმარებას საჭიროებენ ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობებში, ვიდრე ქალები (47.4%), რაც მიუთითებს, რომ ისინი დამოკიდებულნი არიან მათ მეუღლეებზე, რომლებიც უმეტესწილად ახორციელებენ შინმოვლის სერვისებს. მამაკაცების მეტი ნაწილი (58.9%) დაქორწინებულია და ცხოვრობენ თავიანთ მეუღლეებთან. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ისინი გაწეულ დახმარებას თვლიან, როგორც ოჯახურ მოვალეობას და არ მიიჩნევენ მას როგორც დახმარებას.

მარტოხელა ქალებიდან და მამაკაცებიდან ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარება ესაჭიროება 58% მამაკაცებს და 42% ქალებს, რაც მიგვანიშნებს, რომ როდესაც მეუღლე გარდაცვლილია, ასეთი სახის დახმარების საჭიროება იზრდება მამაკაცებში. როგორც ჩანს, ქალები უფრო მეტად ზრუნვას ღებულობენ თავიანთი შვილებისაგან, ვიდრე მამაკაცები, ხოლო მამაკაცები, თავის მხრივ, უფრო ხშირად დამოკიდებულნი არიან მათი მეუღლის ზრუნვაზე. ასევე, ქალიშვილები უფრო მნიშვნელოვანია ხანდაზმულთათვის, ვიდრე ვაჟები.

ბენეფიციარები რომლებიც ცხოვრობენ არა მეუღლესთან, არამედ სხვა პირებთან (უმთავრესად შვილებთან) ერთად და გააჩნიათ ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ასევე უპირატესობას ანიჭებენ ზრუნვის დაწესებულებებს. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ხანდაზმულ ადამიანებს არ სურთ მათ

ოჯახებს აჰკიდონ ზრუნვის იმაზე მეტი ტვირთი, რასაც ისინი აკეთებენ.

რადგანაც ახლობლები წარმოადგენენ ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისების ძირითად მიმწოდებლებს საკუთარ სახლებში, მნიშვნელოვანია, მათთვის შესაფერისი ფორმალური მხარდაჭერის მიცემა, განსაკუთრებით, როდესაც იზრდება ზრუნვაზე პასუხისმგებლობა. ზოგ ქვეყნებში (მაგ., შვედეთში) ოჯახის წევრების მიერ გაწეულ ზრუნვაზე კანონმდებლობით გამოყოფილია სპეციალური მიზნობრივი გრანტები, რომლებსაც გასცემს მთავრობა ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე. იგი მიმართულია ზრუნვის არაფორმალური მიმწოდებლების სტიმულირებისა და განვითარების მხარდასაჭერად.

ოჯახის მიერ გაწეული ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისები ფართოდაა გავრცელებული საქართველოში. სასურველია ისინი ჩართული იყვნენ არასამთავრობო ფონდების სერვისებში და სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში. როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციები, ასევე სახელმწიფო უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის მიერ გაწეულ სერვისებს. სასურველია, როგორც არასამთავრობო ფონდებმა, ისე სახელმწიფომ შეიმუშავოს გეგმა ოჯახის მიერ გაწეული სერვისების მხარდასაჭერად. ოჯახის, როგორც არაფორმალური მიმწოდებლის კომპონენტის ჩართვა შინმოვლის ფორმალურ სერვისებში აამაღლებს ხანდაზმულთა ზრუნვის მოტივაციას. ეს ეხება როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს, რადგან ზრუნვის საჭიროების ბენეფიციართა უმრავლესობა დახმარებას ღებულობს მათი მეუღლეებისა და შვილებისაგან და წარმოადგენენ ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერებს. საკუთარ სახლში მცხოვრებთა მიმართ გაწეული მოვლის სერვისები საგრძნობ დხმარებას გაუწევენ როგორც ხანდაზმულებს, ასევე მათ ოჯახებს და რაც მთავარია, შეამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას.

ლიტერატურა:

- ვერულავა თენგიზ, ადეიშვილი ია. 2014. ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისები საქართველოში. ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
- საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2013. სტრატეგიული ხედვის დოკუმენტი.
- კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა.
- ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 22.

- Administration on Aging. 2006. A Profile of Older Americans, 2006. US Department of Health and Human Services.
- Bodenheimer T. Long-term care for frail elderly people—the On Lok model. N Engl J Med. 1999;341:1324.
- Bodenheimer T. Grumbach K. Understanding Health Policy A Clinical Approach. McGraw-Hill Medical; 5 edition. 2008.
- Catlin A et al. National health spending in 2006. Health Aff. 2008; 27(1):14.
- Feder J et al. Long-term care in the United States: an overview.Health Aff. 2000;19(3):40.
- Frank E. Aging and the market in the United States. Int J Health Serv. 2001;31:133.
- Harrington C. The nursing home industry: Public policy in the 1990s. In: Brown P, ed. Perspectives in Medical Sociology. Long Grove, IL:Waveland Press; 1996.
- Harrington C et al. A national long-term care program for the United States: A caring vision. JAMA. 1991;266:3023.
- Harrington C et al. Germany's long-term care insurance model: lessons for the United States. J Public Health Policy. 2002;23:44.
- Harrington C et al. Nursing Facilities, Staffing, Residents, and Facility Deficiencies, 1999 through 2005. University of California at San Francisco, September 2006. www.nccnhr.org.
- Kaiser Family Foundation.Medicare at a Glance. 2003. www.kff.org.
- LaPlante MP et al. Estimating paid and unpaid hours of personal assistance services. Health Serv Res. 2002;37:397.
- Levine C. The loneliness of the long-term care giver. N Engl J Med. 1999;340:1587.
- Merlis M. Private Long-Term Care Insurance.Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2003.

IX თავი

ადამიანური რესურსები

9.1. სამედიცინო პერსონალი

სამედიცინო პროფესიას ღრმა ისტორიული ფესვები გააჩნია. ძველ ეგვიპტეში, ბაბილონში, ჩინეთში, ინდოეთში 4-5 ათასი წლის წინ მოქმედებდა სპეციალური სატაძრო სკოლები, სადაც მკურნალებს ამზადებდნენ. აღმოჩენილია ჩინური მანუსკრიპტები, რომლებიც უძველეს სამედიცინო სახელმძღვანელოებს წარმოადგენენ. ძველ საბეძნეთში და რომში ექიმის პროფესიას ეუფლებოდნენ, როგორც ტაძრებთან შექნილ საავადმყოფოებში, ასევე სპეციალურ სკოლებში. საბერძნეთში ასეთი სახის ყველაზე განთქმულ სამედიცინო სასწავლებლად ითვლებოდა მილეთის, კნოდისა და ქნოსის სკოლები (ამ უკანასკნელის წარმომადგენელი იყო ჰიპოკრატე). შუა საუკუნეებში ევროპაში ექიმების სწავლებამ თანდათან უნივერსიტეტებში გადაინაცვლა. XVIII საუკუნეში ევროპის უნივერსიტეტებში შემოღებული იქნა ქირურგიის სპეციალური კურსი. პირებს, რომელთაც სათანადო საუნივერსიტეტო განათლება არ გააჩნდათ ქირურგიული ოპერაციის ჩატარება ეკრძალებოდათ.

სამეანო საქმე, თითქმის XIX საუკუნის ბოლომდე, მინდობილი ჰქონდათ ბებიაქალებს. მშობიარებეებისათვის ექიმის დახმარება ქირურგიული ჩარევით შემოიფარგლებოდა. მხოლოდ XIX საუკუნის 80-იან წლებიდან დაიწყო ექიმთა სამეანო-გინეკოლოგიური სპეციალიზაციის პროცესი.

XX საუკუნის მეორე ნახევარში მედიცინის სწრაფმა განვითარებამ გააფართოვა საექიმო პროფესიის ფარგლები, მოითხოვა, ერთი მხრივ, მეცნიერების მრავალ დარგში დაგროვილი ცოდნის ინტეგრირება ერთ სპეციალობაში, მეორე მხრივ კი ვიწრო სპეციალობების ჩამოყალიბება. მაგალითად, ქირურგია დღეისთვის დაყოფილია 20-ზე მეტ სხვადასხვა ქვესპეციალობად.

იგივე ტრანსფორმირება განიცადა საექთნო საქმემაც. თუ ოდითგანვე ექთნის სახით ექიმს ესაჭიროებოდა დამხმარე, რათა განეხორციელებინა ესა თუ ის მანიპულაცია, უზრუნველეყო ავადმყოფის მოვლა, ბოლო წლებში ექთნის პროფესია უფრო მეტ დამოუკიდებლობას და პრაქტიკული ჩვევების ფართო სპექტრს და ცოდნას მოითხოვს. მიუხედავად იმის, რომ საექთნო საქმეს განვითარების

დიდი ისტორია გააჩნია, ექთნის პროფესია თანამედროვე გაგებით მხოლოდ XIX საუკუნეში ჩამოყალიბდა.

1854 წელს ყირიმის ომის დროს ინგლისელმა ფლორენს ნაითინგელმა ორგანიზება გაუკეთა მეომართა საექთო მოვლას. ომის დამთავრების შემდეგ ლონდონში წმინდა თომას ჰოსპიტალში მან ჩამოაყალიბა პირველი საექთნო სკოლა, სადაც გაიხსნა სპეციალური ერთწლიანი სასწავლო კურსი. ამრიგად, ნაითინგელმა საფუძველი ჩაუყარა საექთნო საქმის მეცნიერულ საფუძვლებს. მან პირველად მიაქცია ყურადღება პაციენტისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის საკითხებს, განსაზღვრა ექთნის როლი და ადგილი. ნაითინგელის მიხედვით, „ექთნობა ეს არის პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მიახლოება მის ბუნებრივ მდგომარეობასთან ისე, რომ შესაძლებელი გახდეს მასზე ზემოქმედება სამედიცინო საშუალებებით."

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ადამიანურ რესურსებს წარმოადგენენ „ადამიანების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებში მონაწილე ყველა ადამიანები."[1] ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებულია 150-ზე მეტი სპეციალობის ადამიანი. ჯანდაცვის სისტემის ადამიანური რესურსები მოიცავს ექიმებს, ექთნებს, ანუ მათ, ვინც უშუალოდ მონაწილეობენ პაციენტის მკურნალობაში, ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალს, ანუ მათ, ვინც ხელს უწყობენ სისტემის გამართულ მუშაობას, თუმცა პირდაპირ არ ახდენენ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას და მომიჯნავე სპეციალობის მქონე პერსონალს, რომელიც, აგრეთვე, შესაძლოა მონაწილეობდეს დამოუკიდებლად ან სამედიცინო პერსონალთან ერთად სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გაბხორციელებაში (ფსიქოლოგები, სოციოლოგები, ფარმაცევტები და სხვ.).[2]

სამედიცინო კადრების – ექიმების, ექთნების, ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალის მოვალეობაა არსებული რესურსებით ჯანმრთელობის საუკეთესო შედეგების მიღწევა.[3] საკადრო რესურსები წარმოადგენს მნიშვნელოვან ინვესტიციას ჯანდაცვის სისტემაში. ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობა, საბოლოო ჯამში დამოკიდებულია სამედიცინო კადრების ცოდნაზე, უნარებზე და მოტივაციაზე.

ადამიანური რესურსების განვითარებაში სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებული პრობლემები შეინიშნება, თუმცა, შეიძლება გამოიყოს შემდეგი საერთო პრობლემები:

1 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

2 გერზმავა, ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი 2008.

3 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

სამედიცინო პროფესიების დისბალანსი: ექიმების სიჭარბე, მედდებისა და ჯანდაცვის სხვა მუშაკების დეფიციტი;
სპეციალისტების სიჭარბე, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების დეფიციტი;
სოფლად სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი განაწილება;
არასაკმარისი დაფინანსება, არასახარბიელო სამუშაო პირობები, დაბალი ანაზღაურება;
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების არასაკმარისი რაოდენობა და განათლების დაბალი დონე;
ჯანდაცვის მუშაკთა ლიცენზირების პრობლემები;
არაადექვატური განათლების სტანდარტებით გამოწვეული ადამიანური რესურსების ხარისხის არასრულფასოვნება.[1]

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები:

სამედიცინო პერსონალის (ექიმები და ექთნები) გეოგრაფიული განაწილება;
ექთანთა და ექიმთა რაოდენობის თანაფარდობა;
ადამიანური რესურსების სტრუქტურა;
მიმართვების შეფარდება ერთ სრული დატვირთვით მომუშავე ექიმის ექვივალენტურ რაოდენობასთან ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ დონეზე;
სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი.[2]

ამ ინდიკატორების მეშვეობით შესაძლებელია შეფასდეს, თუ რამდენად შესაფერისია ჯანდაცვის სისტემის საკადრო რესურსების შემადგენლობა ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების მიწოდებისა და მოსახლეობის ადეკვატური მოცვის უზრუნველყოფისათვის.[3]

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2006 წლის მოწოდების თანახმად, „სათანადო კვალიფიკაციის კადრების მომზადება და მათი საჭირო ადგილას გამოყენება შესაბამისი დავალებების შესასრულებლად ჯანდაცვის საკადრო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია."[4] აღნიშნული მიზნის მისაღწევად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ განსაზღვრა საერთაშორისო მინიმალური სტანდარტი მოსახლეობის სამედიცინო კადრებით მოცვისათვის: მინიმუმ 2.3

1 ტულჩინსკი თ. ვარავიკოვა ე. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა." ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012.

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

3 იქვე.

4 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

ჯანდაცვის მუშაკი 1000 მოსახლეზე (WHO, 2006). შედარებისათვის, 2012 წლის მონაცემებით, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 7.9-ს შეადგენდა.[1]

საბჭოთა პერიოდში ექიმთა უზრუნველყოფის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო მსოფლიოში, რაც ხარისხის ნაცვლად ჯანდაცვის სისტემის ექსტენსიური გზით განვითარებაზე მიუთითებდა. დამოუკიდებლობის პერიოდში მთავრობამ აღიარა სამედიცინო პერსონალის სიჭარბე. მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, სამედიცინო კადრების შემცირების პრობლემა საბაზრო მექანიზმებისთვის მიენდოთ.[2]

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მრავალი ღონისძიება გატარდა სამედიცინო პერსონალის შესამცირებლად, მათი რაოდენობა მაინც მაღალია. 1990 წელს საქართველოში 1000 მოსახლეზე მოდიოდა 4.9 ექიმი, მაშინ როცა ყოფილ საბჭოთა კავშირში ეს მაჩვენებელი 3.9-ს, ევროგაერთიანებაში 3.1-ს შეადგენდა, ხოლო ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში – 2.4-ს.[3] 1991-1995 წლების პერიოდში ექიმთა რაოდენობა მკვეთრად შემცირდა და 1000 მოსახლეზე 32,2 შეადგინა. თუმცა შემდგომ პერიოდში ისევ შეინიშნება ზრდის ტენდენცია. ექსპერტთა აზრით იგი დაკავშირებული იყო ქვეყანაში კერძო უმაღლესი სასწავლებლების გახსნით, რომლის შედეგად წელიწადში დაახლოებით 3000 ექიმი იღებდა დიპლომს, როცა საჭიროება არ აღემატებოდა 300-ს.[4] ამდენად, 1995 წლიდან მკვეთრად გაიზარდა საკადრო რესურსების შედინება ჯანდაცვის ბაზარზე.

90-იანი წლების მეორე ნახევარში სახელმწიფომ შემოიღო რეგულირების მექანიზმები (ექიმების სერტიფიცირებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა, სპეციალისტების ხანგრძლივვადიანი მზადება რეზიდენტურაში), თუმცა, ამით მდგომარეობა არ გამოსწორებულა და 2012 წლისათვის ექიმთა უზრუმველყოფის მაჩვენებელი ისევ დაუბრუნდა 1990 წლამდე არსებულს და 1000 მო-

1 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.

2 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

3 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

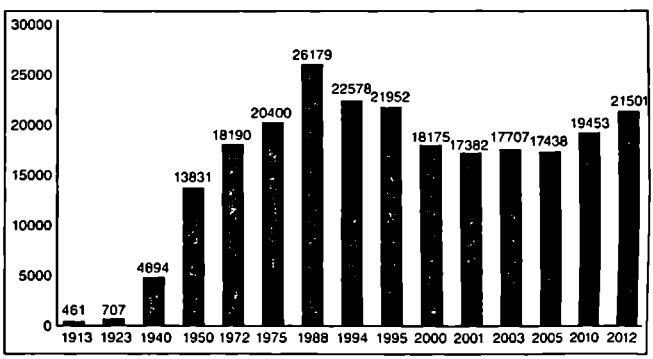
4 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.

ცხრილი 1: ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, 1913-1975 წ.

	ექიმთა რაოდენობა, ათასი			ექიმთა რაოდენობა 10000 მოსახლეზე			საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, ათასი			საშ. სამ. პერსონალის რაოდენობა 10000 მოსახლეზე		
	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975
სსრკ	28,1	155,3	853,2	1,8	7,9	32,7	46,0	472,0	2515,4	2,9	24,0	98,4
რუსეთი	15,9	90,8	468,9	1,8	8,2	34,8	26,0	290,4	1416,5	2,9	26,1	105,2
უკრაინა	7,8	35,3	157,1	2,2	8,4	32,0	12,4	100,8	484,5	3,5	24,1	98,7
ბელორუსია	1,2	5,2	28,3	1,7	5,7	30,2	2,2	17,9	85,2	3,2	19,7	90,9
უზბეკეთი	0,14	3,2	36,5	0,3	4,7	26,0	0,3	12,2	108,9	0,7	18,2	77,4
ყაზახეთი	0,24	2,7	39,2	0,4	4,3	27,3	0,4	12,0	130,7	0,7	18,6	91,2
საქართველო	0,46	4,9	20,4	1,8	13,3	41,1	0,7	9,4	49,9	2,6	25,6	100,8
აზერბაიჯანი	0,35	3,3	16,5	1,5	10,0	28,9	0,45	7,5	46,5	1,9	22,5	81,7
ლიტვა	0,42	2,0	11,3	1,5	6,7	34,2	0,6	2,0	30,6	2,1	6,9	92,2
მოლდავეთი	0,29	1,1	10,1	1,4	4,2	26,2	0,6	2,4	33,2	2,9	9,8	86,2
ლატვია	0,64	2,5	9,8	2,6	13,2	39,2	1,2	3,6	25,5	4,8	18,7	102,1
ყირგიზეთი	0,02	0,6	8,2	0,2	3,8	24,4	0,03	2,6	27,1	0,3	16,1	80,4
ტაჯიკეთი	0,02	0,6	7,2	0,2	4,1	20,6	0,03	2,7	21,2	0,3	17,0	60,9
სომხეთი	0,07	1,0	9,8	0,7	7,5	34,8	0,15	2,3	21,9	1,5	17,1	77,3
თურქმენეთი	0,07	1,0	6,6	0,7	7,6	25,8	0,14	4,7	19,2	1,3	35,5	74,3
ესტონეთი	0,53	1,1	5,3	5,6	10,0	36,8	0,8	1,5	14,5	8,8	14,1	101,2

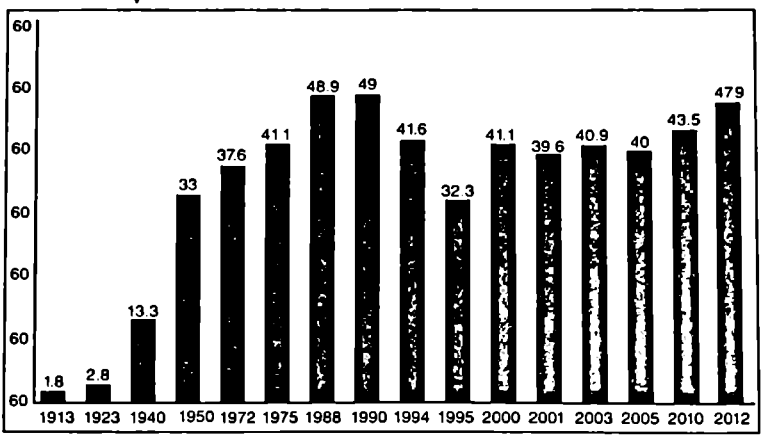
წყარო: Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ნახატი 1: ექიმების რაოდენობა, 1913-2012 წ.



წყარო: შეჯამდა; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ნახატი 2: ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10 000 მოსახლეზე, 1913-2012 წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

სახლეზე 4.8 ექიმი შეადგინა.[1] ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის მიხედვით, საქართველო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის ისევ პირველ ადგილს იკავებს და საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის[2;3].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, „საექთნო საქმე ეხმარება პიროვნებებს, ოჯახებს და ადამიანთა ჯგუფებს განსაზღვრონ და წარმოაჩინონ მათი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პოტენციალი და შესაბამისად იმოქმედონ ცვალებად გარემოში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ. ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი და დაავადების თავიდან აცილებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. საექთნო საქმე ასევე გულისხმობს დაავადების ან რეაბილიტაციის

1 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.

2 იქვე. ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012.

3 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

პროცესში ზრუნვის დაგეგმვას და განხორციელებას, ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით."[1]

საბჭოური მოდელის მიხედვით, ექთნები ნაკლებად კვალიფიცირებულნი იყვნენ და ძირითადად წარმოადგენდნენ ექიმთა დამხმარეებს. რეფორმების შედეგად შეიცვალა ექთნის როლი. საქართველოში საექთნო საქმიანობის გაძლიერებას ხელი შეუწყო ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსმა, რომელმაც ორგანიზაცია გაუკეთა ექთნების სწავლებას საზღვარგარეთის საექთნო სკოლებში (მაგ., აშშ-ის ჯორჯიის შტატში, ატლანტის საექთნო სკოლაში).[2] საექთნო საქმიანობის როლის ზრდა მნიშვნელოვნად განაპირობა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მთავარი ექთნის თანამდებობის შემოღებამ.[3] 1996 წელს შეიქმნა საქართველოს ექთანთა ასოციაცია.

ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებლისაგან განსხვავებით, საქართველოში ექთნების რაოდენობა ერთ-ერთი დაბალია ევროპის რეგიონში და წლიდან წლამდე მცირდება.[4] სავალალო მდგომარეობაა ექთნების დაბერების მაჩვენებელშიც, საბჭოური სამედიცინო განათლება მიღებული და მაღალი კვალიფიკაციის ექიმების და ექთნების საშუალო ასაკი უკვე გადაცდა 50 წელს, ხოლო უახლოეს წლებში მოსალოდნელია მათი დეფიციტი.[5]

სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული შეფარდება არის 4:1.[6] საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 1:09-ს, რითაც ერთ-ერთი ბოლო ადგილზეა ევროპაში.[7] შედარებისათვის, ბელგიაში ეს თანაფარდო-

1 World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

2 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

3 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

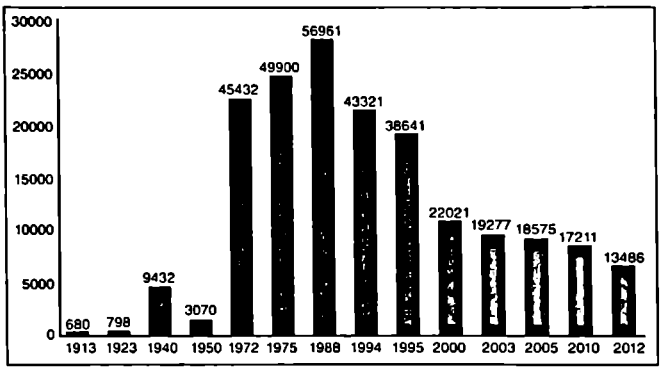
4 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

5 გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

6 ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ.30.

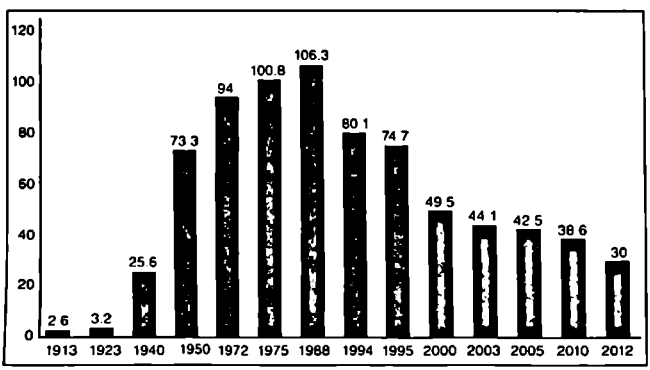
7 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ნახატი 3: ექთანთა რაოდენობა, 1913-2012 წ.



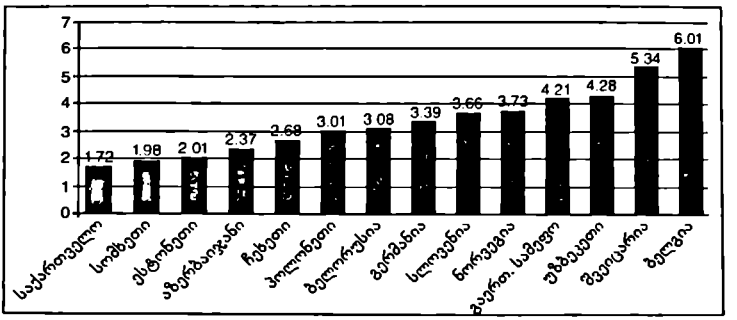
წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ნახატი 4: ექთანთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10 000 მოსახლეზე, 1913-2012 წ.



წყარო: Зх&sdl; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ნახატი 5: ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შეფარდების მაჩვენებელი (ექთნების რაოდენობა ერთ ექიმზე), 2010 წ.



წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ.

ბა შეადგენს 6 ექთანს ერთ ექიმზე, შვეიცარიაში – 5.3-ს, ხოლო გერმანიაში – 3.4-ს.[1]

სამედიცინო მუშაკების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება ქვეყანაში საკმაოდ გავრცელებული პრობლემაა. ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი თბილისში ორჯერ და მეტჯერ აღემატება, როგორც ქვეყნის საშუალო, ისე დანარჩენი რეგიონების მაჩვენებლებს. ექიმთა სინაკლებე განსაკუთრებით თვალნათლივ სოფლად შეინიშნება. რაც შეეხება ექთნებით უზრუნველყოფას, იგი ქვეყნის საშუალოზე მაღალია მხოლოდ თბილისსა და რაჭა-ლეჩხუმში. ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ან უტოლდება ექთნების რაოდენობას ქვეყნის უმეტეს რეგიონში, მხოლოდ რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთის რეგიონია ექთნებისა და ექიმების რაოდენობის თანაფარდობის სასურველ დონესთან (2:1) მიახლოვებული.[2]

ექიმთა არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება მთელ მსოფლიოში აღინიშნება. 1995 წელს აშშ-ში უდიდესი ქალაქების ყოველ 100000 სულ მოსახლეზე 304 ექიმი მოდიოდა, შედარებით პატარა ქალაქებში – 235 ექიმი, ხოლო სოფლად – 53-168 ექიმამდე.[3]

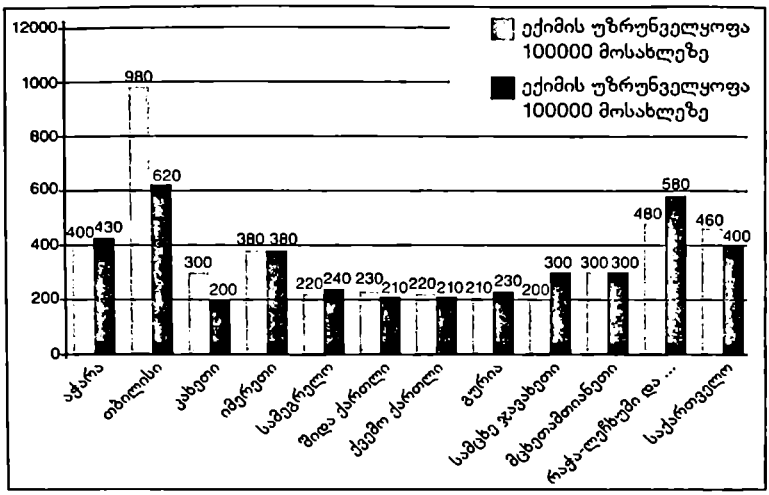
---

1 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2 იქვე. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება.

3 ტულჩინსკი თ. ვარავიკოვა ე. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა". ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012. გვ.641.

ნახატი 6: ექიმებისა და ექთნების უზრუნველყოფის მაჩვენებლის გეოგრაფიული განაწილება, 2011 წელი



წყარო: ჯანმო/ევროპის ბიურო, ევროპის ჯანმრთელობა ყველასათვის მონაცემთა ბაზა, 2012 წლის ივნისი; დკ&სჯეც.

ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., დიდ ბრიტანეთში) შემოღებულია სპეციალური რეგულაციები, რომლებიც ექიმებს ავალდებულებენ ან ფინანსურად აინტერესებენ ისეთ ადგილებში მუშაობას, სადაც მათი სინაკლებეა.[1]

საავადმყოფოს საწოლების, საავადმყოფოებში მომუშავე ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შემცირების პარალელურად, თითქმის არ იცვლება ერთ საწოლზე ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა.[2]

ადამიანური რესურსების სტრუქტურა

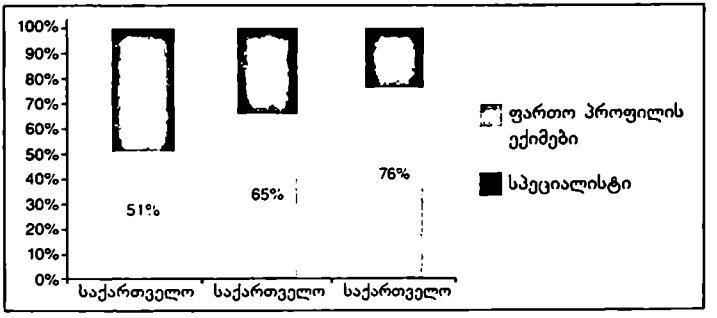
უმაღლესი სამედიცინო განათლების არსებულმა სისტემამ გამოიწვია ექიმთა როგორც საერთო რაოდენობის, ისე ვიწრო სპეციალისტთა სიმრავლე და საკმაოდ დიდი დისბალანსი ზოგადი

1 ტულჩინსკი თ. ვარავიკოვა ე. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა." ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012. გვ.641.

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

პრაქტიკის ექიმთა და სპეციალისტთა შორის.1 საბჭოურ პერიოდში საქართველოში უფრო პრიორიტეტულად ითვლებოდა ვიწრო სპეციალისტების და არა ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმების მომზადება. ექიმები უმთავრესად საავადმყოფოებში მუშაობას ანიჭებდნენ უპირატესობას. ამბულატორიულ დაწესებულებებში შედარებით დაბალი დონის ექიმები მუშაობდნენ.2

ნახატი 7: ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სტრუქტურა



წყარო: საერთაშორისო ფონდი კურაციო, დკ&სჯეც

დღეისათვისაც სპეციალისტების პროცენტული წილი მნიშვნელოვნად ჭარბობს ფართო პროფილის ექიმების (მ.შ. თერაპევტი, ოჯახის ექიმი) წილს. 100000 მოსახლეზე ფართო პროფილის ექიმების რაოდენობა (39.1) ორჯერ ნაკლებია საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით (88,6). საერთაშორისო პრაქტიკით ექიმთა საერთო რაოდენობაში ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმთა წილი 50-60%-ია; საქართველოში ექიმთა 70% არიან ვიწრო სპეციალისტები, ხოლო ზოგადი პრაქტიკის ექიმები მხოლოდ 30%-ს შეადგენენ.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის ერთერთი ქვაკუთხედია პირველად სამედიცინო დახმარებასა და ოჯახის ექიმებზე ორიენტირებულ სისტემაზე თანდათანობითი გადასვლა. ამ თვალსაზრისით, შემუშავდა ექიმი სპეციალისტების ოჯახის ექიმებად გადამზადების პროგრამები, რომლებიც მიმართულია ექიმთა პროფესიულ გადანაწილებაში გარკვეული ბალანსის მისაღწევად.

1 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

2 იქვე.

სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შრომის ანაზღაურება. სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია, რომ სათანადო ხარისხით მიაწოდოს სამედიცინო მომსახურება, დიდად არის დამოკიდებული ანაზღაურებაზე, ფინანსურ წახალისებაზე.

ადამიანური რესურსების ანაზღაურებაზე დანახარჯები მნიშვნელოვნად აღემატება ჯანდაცვის სისტემის სხვა დანახარჯებს (მედიკამენტები და სხვა მასალები). მრავალ ქვეყანაში ჯანდაცვის დანახარჯების ორ მესამედს და ზოგჯერ უფრო მეტსაც შეადგენს პერსონალის ხელფასი.[1] ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით შრომის ანაზღაურების საერთო მოცულობა ბევრ ქვეყნებში შეადგენს ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯების 65%-დან 80%-მდე.[2] ეს პროცენტი განსაკუთრებით მაღალია იმ ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიეწოდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.[3]

ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების ერთ-ერთ მწვავე პრობლემად რჩება სამედიცინო პერსონალის შრომის არაადექვატური ანაზღაურება. ზოგიერთ ქვეყნებში ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის დიდი რაოდენობა ძირითადი საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლების შესავსებად დამატებით ეწევა კერძო პრაქტიკას. მაგალითად, ყაზახეთში ექიმთა არალეგალური შემოსავალი შეადგენს 30%-ს.[4] ზოგიერთ ქვეყნებში ექიმებს შეუძლიათ სახელმწიფო დაწესებულებებში განახორციელონ კერძო პრაქტიკა, რომ შეაკავონ სახელმწიფო სექტორიდან კვალიფიციური პერსონალის გადინება.

საბჭოთა პერიოდში, ერთი მხრივ, იზრდებოდა ექიმთა რაოდენობა და საავადმყოფოთა მშენებლობები, ხოლო მეორე მხრივ მცირდებოდა დარგის დაფინანსების დონე, რაც როგორც სამედიცინო განათლების დონის, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის

1 The World health report 2000 – Health systems: improving performance. World Health Organization. 2000.

2 Saltman RB, Von Otter, C (1995). *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*. Buckingham, Open University Press.

3 Pong R.W. et al. (1995). *Health human resources in community-based health care: a review of the literature*. Health Canada, Health Promotion and Programs Branch.

4 Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 1999, 13(1): 41-49.

დაქვეითებას განაპირობებდა. ექიმთა ხელფასი სამინისტროს მიერ იყო ფიქსირებული და დამოკიდებული იყო სპეციალიზაციაზე და კვალიფიკაციაზე და არა მომსახურების ხარისხზე. ექიმების ხელფასი შეადგენდა საშუალოსტატისტიკური მონაცემების მხოლოდ 70%-ს. თუმცა, ექიმობა პრესტიჟულ პროფესიად ითვლებოდა. დაბალი ანაზღაურება არაოფიციალური გადახდების პრაქტიკის გავრცელებას უწყობდა ხელს. რეალობას არ შეესაბამებოდა სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებული უფასო სამედიცინო დახმარების პრინციპი.

ქვეყნის დამოუკიდებლობის შემდგომ პერიოდში ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესების გამო ექიმთა შემოსავალი მნიშვნელოვნად შემცირდა და აღმოჩნდა სიღარიბის ოფიციალურ ზღვარს ქვემოთ.[1] 1999 წელს ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა თვიური ანაზღაურება შეადგენდა 30,4 ლარს (დაახლოებით 15 აშშ დოლარი), რაც იმ პერიოდში სასიცოცხლოდ აუცილებელი მინიმალური სამომხმარებლო კალათის ღირებულებაზე (40 ლარი) დაბალი იყო.[2] თუმცა, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენდა არაოფიციალური შემოსავლები.

დღეისათვის, საქართველოში სამედიცინო პერსონალის დაბალი პროდუქტიულობიდან გამომდინარე, სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი, საკმაოდ დაბალია ქვეყნის საშუალო თვიურ ხელფასთან შედარებით. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ არასახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ხელფასი საგრძნობლად აღემატება სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიურ ხელფასს (ცხრილი 1).[3]

ექთნების დაბალი ანაზღაურება გავლენას ახდენს ქვეყნის მასშტაბით მათი რაოდენობის შემცირებაზე. ექთნების ხელფასების საკითხებს სახელმწიფო არ არეგულირებს და ის, თუ რამდენს გადაუხდიან სამედიცინო პერსონალს, სამედიცინო ცენტრის ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული.

ზოგი ექსპერტის აზრით, საქართველოში ექთნების დაბალი ხელფასი მათი დაბალი კვალიფიციურობითაც არის გამოწვეული. ექთნების დაბალ კვალიფიკაციაზე ზემოქმედებს ის გარემოება, რომ ქვეყანაში არ არსებობს ექთნებისთვის კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსები.[4] არაიშვიათად, ექთნების ხელფასი 150 ლარზეც ნაკლებია.

1 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.

3 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

4 ფრანგიშვილი ია. რა ღირს ექთნის შრომა. გაზეთი ბათუმელები. 2014.06.13. http://batumelebi.netgazeti.ge/GE/batumelebi/weekly1/32590/.

ცხრილი 2: სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი (ლარი)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ქვეყანაში საშუალო თვიური ხელფასი	277.9	368.1	534.9	556.8	597.6	636
სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	143.3	206.4	305.8	366.7	446.8	522.9
სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	137.8	197.6	292.4	336.2	398.4	390.3
არასახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	173.7	243.4	345.4	446.7	542.8	639.6

წყარო: საქართველოს სტატიტიკის ეროვნული სამსახური

თუმცა, ბოლო წლებში სოფლად ექთნის დაფინანსება 350 ლარიდან 455 ლარამდე გაიზარდა.

რაც შეეხება ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა საშუალო თვიურ ხელფასს, 2015 წლის მონაცემებით იგი 783.9 ლარამდე გაიზარდა (ცხრილი N3).

ცხრილი 3: ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა და საშუალო თვიური ხელფასი 2010-2015 წლებში:[1]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
დასაქმებულთა რაოდენობა	56583	48099	49400	56877	57655	57416
დასაქმებულთა საშუალო თვიური ხელფასი	435	496.6	581.3	645.9	710.6	783.9

9.2. სამედიცინო განათლება

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს სამედიცინო განათლების სისტემის ძირეული რეორგანიზაციის აუცილებლობის საკითხი, რათა სამედიცინო კადრების მომზადებისა და პროფესიული

1 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

დახელოვნების სისტემა შესაბამისობაში მოვიდეს ეროვნული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეალურ მოთხოვნილებებთან[1].

საბჭოთა პერიოდში არსებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემა ვერ პასუხობდა საერთაშორისო სტანდარტებს. იგი განპირობებული იყო დიპლომის (და შესაბამისად საექიმო მოღვაწეობის უფლების) მიღების სიმარტივით, საბჭოთა პროფესიული დახელოვნების სისტემაში არსებული ნაკლოვანებებით, შესაბამისად, სამედიცინო კადრების სიჭარბით და შედარებით დაბალი კვალიფიკაციით[2].

ქვეყანაში ექიმთა სიჭარბის ერთ-ერთი გამომწვევი ფაქტორია სამედიცინო სასწავლებლებში სტუდენტთა მზარდი რაოდენობა. 1991 წლამდე საქართველოში არსებობდა მხოლოდ ერთი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი (ამჟამად თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), სადაც მისაღები გამოცდების კონკურსი საკმაოდ მაღალი იყო.

1990-იანი წლების პერიოდში უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში ჩარიცხულ აბიტურიენტთა რაოდენობის ზრდაზე დიდი გავლენა იქონია პოლიტიკური კატაკლიზმების პერიოდში ხელისუფლებაზე ზეწოლამ[3]. 1989 წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში ჩაირიცხა 1400-მდე აბიტურიენტი (პრაქტიკულად ყველა, ვინც მისაღებ გამოცდებზე მიიღო დადებითი შეფასება), ხოლო 1990 წელს სამედიცინო ინსტიტუტის მოსამზადებელი განყოფილების 1300-მდე კურსდამთავრებული, რომლებმაც მისაღებ გამოცდებზე მიიღეს უარყოფითი შეფასება, ჩაირიცხნენ თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში, რომელსაც მანამდე დიპლომამდელი სწავლების არავითარი გამოცდილება არ ჰქონია[4].

1991 წლის 14 ივნისს შეტანილ იქნა ცვლილებები საქართველოს კონსტიტუციაში და საქართველოს უზენაესმა საბჭომ მიიღო დადგენილება და დაამტკიცა დებულება „საქართველოს რესპუბლიკაში ფასიანი სასწავლებლების შესახებ", რომლის თანახმადაც შესაძლებელი გახდა კერძო უმაღლესი სასწავლებლების გახსნა. საქართველოს პარლამენტის 1994 წლის 17 მარტის #435 დადგენილებით „საქართველოს რესპუბლიკის არასახელმწიფო საერო სასწავლებლების შე-

1 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

2 იქვე.

3 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

4 იქვე.

სახებ" გაუქმდა ზემოხსენებული დადგენილება და გადაწყდა, რომ შექმნილიყო საერო სასწავლებლების საატესტაციო და სააკრედიტაციო კომისიის დებულება და შესაბამისი კომისია. აღნიშნული კომისია შეიქმნა, დებულება შემუშავდა, მაგრამ არ ჩატარებულა საერო სასწავლებლების ატესტაცია-აკრედიტაცია და შესაბამისად, გაურკვეველი დარჩა მათი სტატუსი[1].

1990-იან წლებში ორმოცდაათზე მეტი სამედიცინო სასწავლებელი გაიხსნა საქართველოში[2]. ამ პერიოდში უმაღლეს სასწავლებლებში დაახლოებით 14 ათასამდე სტუდენტი სწავლობდა და ყოველწლიურად 3 ათასი ახალგაზრდა იღებდა ექიმის დიპლომს (როცა საჭიროება 300-ს არ აღემატება)[3]. სამედიცინო სასწავლებლებში მიღებული ცოდნის დაბალ დონეზე მეტყველებს ის გარემოება, რომ 1999 წელს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა წარმატებით ჩააბარა კურსდამთავრებულთა მხოლოდ 69,8 %-მა[4]. გაეროს განვითარების პროგრამის მონაცემებით, 1998 წელს ამ ინსტიტუტების კურსდამთვრებულთა დაახლოებით 80% დარჩა უმუშევარი[5].

სასწავლებლების უმრავლესობაში მისაღებ გამოცდებს ჰქონდა ფორმალური ხასიათი, 1996 წლის მისაღები გამოცდების კონკურსის მაჩვენებლებით თითოეულ მისაღებ ადგილზე კანდიდატთა რაოდენობა შეადგენდა საშუალოდ 1,2-დან 1,3-მდეს; მხოლოდ უფასო სექტორზე, რომელიც გააჩნდა 5 საერო ინსტიტუტს, კონკურსის მაჩვენებელი შეადგენდა 3-დან 5-მდეს[6]. სამედიცინო სასწავლებლების უმრავლესობაში სწავლება მიმდინარეობდა საბჭოთა ეპოქის უნიფიცირებული სასწავლო გეგმებისა და პროგრამების საფუძველზე შედგენილი საკუთარი სასწავლო გეგმებითა და პროგრამებით. თანამედროვე განვითარებული ქვეყნების სწავლების პროგრამების მიხედვით სასწავლო პროცესი მიმდინარეობდა მხოლოდ რამოდენიმე უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელში.

პედაგოგიური პერსონალის შემადგენლობის შესწავლამ გამოავლინა, რომ სასწავლებლებში ძირითად საშტატო განრიგით დაკავე-

1 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

2 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

3 იქვე. ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე. 2002.

4 ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.

5 იქვე. ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე. 2002.

6 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

ბულ თანამშრომელთა რაოდენობა ძალზე მცირეს შეადგენდა, ხოლო ზოგიერთი სასწავლებლის ძირითადი შტატი მხოლოდ ბუღალტრით შემოიფარგლებოდა. პედაგოგთა სპეციალობა ხშირად არ შეესაბამებოდ იმ სასწავლო დისციპლინას, რომელსაც ისინი ასწავლიდნენ. ასევე, სასწავლებლების კლინიკურ ბაზებთან დადებული ხელშეკრულებების ანალიზმა აჩვენა სტუდენტთა მომზადების პირობების დაბალი ხარისხი[1].

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა წარმოადგენდა ერთ-ერთ პირველ უწყებას, რომელმაც ხელი მოჰკიდა სამედიცინო განათლების რთული და მეტად ფაქიზი პრობლემის შესწავლასა და მოწესრიგებას. ჯერ კიდევ 1995 წლის ივლისში ჯანდაცვის სამინისტრომ საქართველოს მინისტრთა კაბინეტს წარუდგინა უმაღლესი სამედიცინო განათლების რეფორმირების კონცეფცია. სამწუხაროდ, მაშინდელმა მინისტრთა კაბინეტმა სხვადასხვა სუბიექტური მოსაზრებებით განათლების ნაწილი ამოიღო დადგენილებიდან, რითაც მთელი ერთი წლით გადაიდო სამედიცინო განათლებაში არსებული პრობლემების მოწესრიგების დასაწყისი[2].

საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის #379 ბრძანებულებით „საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“ დაიწყო უმაღლესი სამედიცინო განათლების ოპტიმიზაციის პროცესი.

სამედიცინო განათლების რეფორმის ერთ-ერთ მთავარ საკითხს წარმოადგენდა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელების ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესი, რომელიც დაიწყო 1996 წლის ნოემბრიდან. ამ პერიოდში შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სამინისტროების ერთობლივი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების საატესტაციო და საakრედიტაციო კომისია. კომისიამ განახორციელა თითოეული სასწავლებლის შესწავლა და მიღებული ინფორმაციის დაწვრილებითი ანალიზის შემდეგ წარმოადგინა რეკომენდაციები სასწავლებლების შემდგომი ფუნქციონირების მიზანშეწონილობისა და მისაღები კონტინგენტის ლიმიტირების თაობაზე.

ატესტაციის პროცესის დაწყებისათვის განათლების სამინისტროში ლიცენზირებული იყო 58 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი; თვითშეფასების კითხვარზე პასუხები კომისიაში შემოიტანა

1 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

2 იქვე.

54 სასწავლებელმა, რომლებშიც სწავლობდა 14 857 სტუდენტი (მათ შორის 77% ქალია, ხოლო 23% კი – ვაჟი)[1].

ევროპისა და ამერიკის სხვადასხვა ქვეყნების სამედიცინო განათლების სისტემების სტრუქტურის ანალიზის შედეგებისა და ევროგაერთიანების რეკომენდაციების მიხედვით, რომელიც ეყრდნობა ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობას, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ნორმალური ფუნქციონირებისათვის ყოველწლიურად ესაჭიროება 400-მდე ახალი ექიმი[2].

სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების საატესტაციო და საakრედიტაციო კომისიის რეკომენდაციით, სწავლების მოწესრიგებისათვის საჭირო იყო სახელმწიფო საგანმანათლებლო სტანდარტების შემუშავება, რომლებიც საფუძვლად უნდა დაედოს ატესტირებული სამედიცინო სასწავლებლების აკრედიტაციის პროცესს.

რეფორმა ითვალისწინებდა სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირებას. თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც სასწავლო პროცესი მიმდინარეობს, დაუწესდა მათ ბაზებზე მომუშავე სტუდენტთა ოპტიმალური რაოდენობების ლიმიტები. აღნიშნული დადებითად იმოქმედებს სტუდენტთა მომზადების დონეზე და დაარეგულირებს კლინიკურ ბაზებთან დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობას.

ყველა სასწავლებელს დაუწესდა მისაღები კონტინგენტის ლიმიტი. მაგალითად, 1997 წელს მისაღები კონტინგენტის რაოდენობა განისაზღვრა 2300 ადგილით (შედარებისათვის 1996 წელს სწავლობდა 3780 პირველკურსელი), 39.2%-ით ნაკლებს შეადგენდა 1996 წლის მაჩვენებელთან შედარებით[3].

დღეისათვის ყოველწლიურად დაახლოებით 2000 სტუდენტი (მ.შ. სტომატოლოგიები და ფარმაცევტები 40%) ამთავრებს სამედიცინო სკოლების დიპლომირებული მედიკოსის პროგრამას[4]. ახალკურსდამთავრებულ ექიმთა რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე 2-ჯერ აღემატება ევროპისა და დსთ-ის ქვეყნების და 4-ჯერ აშშ-ის ანალოგიურ მაჩვენებელს[5] (იხ. ნახატი 8).

---

1 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

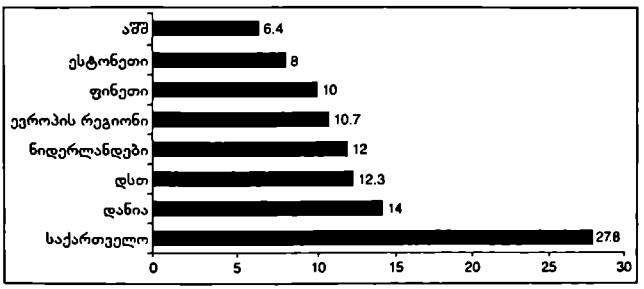
2 იქვე.

3 ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

4 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

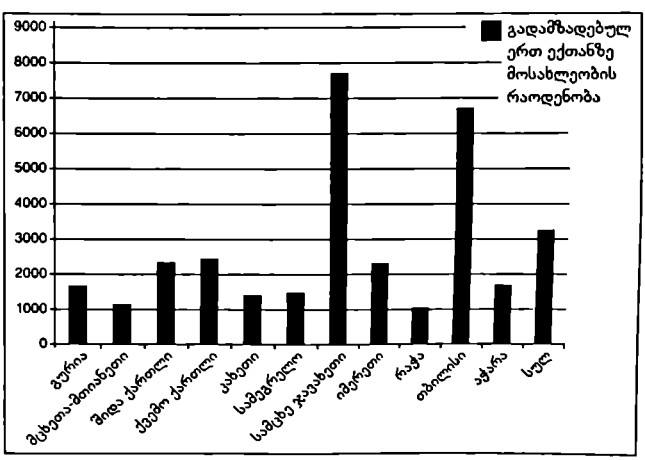
5 იქვე. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. 2013

ნახატი 8: სამედიცინო სკოლების კურსდამთავრებულთა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე



წყარო: საერთაშორისო ფონდი „კურაციო"

ნახატი 9: გადამზადებული ექთნების რაოდენობის გეოგრაფიული განაწილება



წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ.

ექიმებისაგან განსხვავებით, ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში წელიწადში 100-მდე ექთანი ამთავრებს სას-

წავლებელს, მაშინ, როდესაც საშუალო ევროპული მაჩვენებლით, ქვეყანამ წელიწადში 1400 ექთანი უნდა აწარმოოს[1].

დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით 2007-2011 გადამზადებული პირველადი ჯანდაცვის ექთნების რაოდენობამ 1934 შეადგინა, რაც პჯდ-ის განვითარების გეგმით განსაზღვრული საჭიროების 80 %-ს აღემატება[2].

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მეტად მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მენეჯერთა და ადმინისტრატორთა რგოლს. ამ თვალსაზრისით, რეფორმის საწყის ეტაპზე მსოფლიო ბანკის მიერ შემუშავდა პროექტი, რომლის ამოცანას წარმოადგენდა სამედიცინო მენეჯმენტში გადასამზადებელი კურსების ორგანიზება. დღეისათვის, საქართველოს მრავალ უმაღლეს სასწავლებელში ხორციელდება ჯანდაცვის მენეჯმენტის საბაკალავრო და სამაგისტრო პროგრამები.

სამედიცინო განათლების რეფორმის შედეგად შეიქმნა სამედიცინო მომსახურების დარგობრივი კლასიფიკატორი[3]. 2001 წელს საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ" მიღების შემდეგ შემუშავდა საექიმო სპეციალობების ნუსხა. 2012 წლის სექტემბრში დამტკიცდა განახლებული საექიმო სპეციალობათა და მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა ჩამონათვალი. ამჟამად, ქვეყანაში აღიარებულია 48 საექიმო სპეციალობა და განსაზღვრულია მათი მომიჯნავეობის პრინციპი, ნაცვლად 83 ძირითადი და მომიჯნავე სპეციალობისა.

სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული რთული სიტუაციის მოწესრიგების და შემდგომი სრულყოფის მიზნით, 1997 წელს შემუშავებულ იქნა სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის და 1997 წელს მიღებული ახალი კანონმდებლობის შედეგად სახელმწიფომ თვისობრივად შეცვალა სამედიცინო განათლების სისტემა. შეიქმნა ექიმების სერტიფიცირებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა. დაინერგა სპეციალისტების ხანგრძლივვადიანი მზადება რეზიდენტურაში (შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამებით) და უწყვეტი სამედიცინო განათლებისათვის მოკლევადიანი ციკლებისა და პროგრამების სახელმწიფო აკრედიტაცია.

---

1 კახიშვილი ნინო, ექიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 28.11.2011. http://www.netgazeti.ge/GE/81/News/7143/.

2 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

3 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №13, 2000 წლის 3 ოქტომბერი.

სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამის თანახმად, სამედიცინო განათლების პროცესი 3 საფეხურისაგან შედგება:

- **დიპლომამდელი უმაღლესი სამედიცინო განათლება** – სტუდენტი უმაღლეს სასწავლებელში სწავლის დროს იღებს უმაღლეს სამედიცინო განათლებას, ანუ იძენს პროფესიას;
  დიპლომისშემდგომი დახელოვნება (რეზიდენტურა) – უმაღლესი სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ, რეზიდენტურაში მომზადებისას იძენს სპეციალობას (ოტოლარინგოლოგი, რადიოლოგი...);
  უწყვეტი სამედიცინო განათლება – ექიმი ერთვება უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში, რომლის ძირითად ამოცანას კვალიფიკაციის ამაღლება (პროფესიული ფორმის შენარჩუნება) წარმოადგენს.

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, დიპლომამდელი უმაღლესი სამედიცინო განათლება განათლების სამინისტროს პრეროგატივას წარმოადგენს, ხოლო დიპლომისშემდგომი დახელოვნების (რეზიდენტურის) და უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესების მართვა და კოორდინაცია – შრომის, ჯანმრთელობის, და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრეროგატივას.

დიპლომამდელი უმაღლესი სამედიცინო განათლება. უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის ახალკურსდამთავრებულ პირს უფლება აქვს იმუშაოს უმცროს ექიმად, ასევე განახორციელოს კვლევითი და პედაგოგიური საქმიანობა მედიცინის თეორიულ დარგებში ან ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სფეროში, რომელიც არ გულისხმობს დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას;

უმცროსი ექიმი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის არმქონე პირის თანამდებობაა, რომლის დაკავების უფლება აქვს სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დიპლომირებულ კურსდამთავრებულს. ექიმის ფუნქციას უმცროსი ექიმი ასრულებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე სუბიექტის მითითებითა და პასუხისმგებლობით. უმცროს ექიმს სახელმწიფო სერტიფიკატის მიმნიჭებელი საბჭოს გადაწყვეტილებით შეიძლება მიეცეს უფლება, ჩააბაროს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა და მიიღოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება, თუ იგი მუშაობდა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის ზედამხედველობით, მის მიერ შესრულებული სამუშაო შეესაბამება ამ საექიმო სპეციალობაში რეზიდენტურის პროგრამით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს და შესაბამის საექიმო სპეციალო-

ბაში მისი მუშაობის ხანგრძლივობა არ იყო ამ სპეციალობაში რეზიდენტურის კურსის ხანგრძლივობაზე ნაკლები[1].

უმცროსი ექიმის თანამდებობაზე პირი შეიძლება მიღებული იქნეს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში დაწესებულების ადმინისტრაციის გადაწყვეტილებით. მისი შრომითი უფლება-მოვალეობები განისაზღვრება შრომითი ხელშეკრულებით (კონტრაქტით).

უმცროს ექიმს არა აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტს აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა ან ესაჭიროება გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება და შეუძლებელია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირის დროულად მოძებნა.

დიპლომისშემდგომი დახელოვნება (რეზიდენტურა). უმაღლესი სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ, უმცროსი ექიმი რეზიდენტურაში მომზადების და უნიფიცირებული სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ ღებულობს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლებას.

დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების (რეზიდენტურის) ინსტიტუტს ქვეყანაში საფუძველი ჩაეყარა 2000 წელს. დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების სამართლებრივ საფუძველს წარმოადგენს: კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", და სხვ. შესაბამისი საკანონმდებლო აქტები.

რეზიდენტურა წარმოადგენს საექიმო საქმიანობის შემადგენელ, უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მომზადების ეტაპს ერთ-ერთ საექიმო სპეციალობაში. ქვეყანაში რეზიდენტურის სისტემას წარმართავს დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭო. ექიმებისა და ფარმაცევტების დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას უზრუნველყოფს დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი, რომელიც შეიქმნა საქართველოს მთავრობის 2006 წლის 22 მარტის №65 დადგენილებითა და საქართველოს პრეზიდენტის 2006 წლის 24 მარტის №226 ბრძანებულებით, მისი წინამორბედი საჯარო სამართლის იურიდი-

1 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 14.04.2003 №92/ნ ბრძანებები: „უმცროსი ექიმის სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაშვების წესის შესახებ"- №92/ნ, 14.04.2003; „უმცროსი ექიმის სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაშვების წესის შესახებ" საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 14 აპრილის №92/ნ ბრძანებაში დამატების შეტანის თაობაზე"- №269/ნ, 31.10.2003.

ული პირის – „საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის“ რეორგანიზაციის და საჯარო სამართლის იურიდიული პირთან, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან ინტეგრაციის შედეგად.

ინსტიტუტი უზრუნველყოფს: რეზიდენტთა მომზადებას დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ აღიარებულ და შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ დამტკიცებული სარეზიდენტო პროგრამებით; სხვადასხვა სპეციალობებში სასწავლო-კლინიკური მოდულებით უმცროსი ექიმების მზადებას, ზოგადი პროფილის სერტიფიცირებული ექიმების გადამზადებას რეზიდენტურის შემოკლებული 2-თვიანი პროგრამებით.

დარგობრივ რეზიდენტურაში მოსამზადებელი კონტიგენტის რაოდენობის, რეზიდენტურის პროგრამების დაგეგმვის, აკრედიტაციისა და დაფინანსების წესი განსაზღვრულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით „დარგობრივ რეზიდენტურაში მოსამზადებელი კონტიგენტის რაოდენობის, რეზიდენტურის პროგრამების დაგეგმვის, აკრედიტაციისა და დაფინანსების წესის განსაზღვრის შესახებ“- №364/ნ, 27.12.2002.

რეზიდენტურაში მზადება წარიმართება სპეციალური პროგრამებით, რომლებიც უნდა შეესაბამებოდეს პროფესიული მზადების სახელმწიფო სტანდარტებს და საერთაშორისო რეკომენდაციებს. საქართველოს ტერიტორიაზე რეზიდენტურის პროგრამის აკრედიტაციასა და მისი განხორციელების ხარისხის მონიტორინგს ახორციელებს დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭო.

ყოველწლიურად, დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭოს რეკომენდაციის საფუძველზე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით განისაზღვრება რეზიდენტურის პროგრამების მართვისა და ორგანიზაციული უზრუნველყოფის სუბიექტები და მათ მიერ მოსამზადებელი რეზიდენტების რაოდენობა. დარგობრივი რეზიდენტურის სახელმწიფო საკონკურსო გამოცდაში მონაწილეობის მიღების უფლება აქვთ სახელმწიფოს მიერ აღიარებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების დამადასტურებელი დიპლომის მქონე პირებს. რეზიდენტურაში ჩარიცხვა ხდება ერთიანი უნიფიცირებული მისაღები გამოცდების საფუძველზე, კონკურსის წესით.

რეზიდენტურაში სწავლა ხორციელდება ორი ფორმით: სახელმწიფო დაფინანსებით და კერძო დაფინანსებით.

რეზიდენტურის კურსის დამთავრებისას პროგრამ-დირექტორი გასცემს სათანადო დახასიათება-რეკომენდაციას ყველა ცალკეულ

რეზიდენტზე – სახელმწიფო სასერტიფიკაციო საბჭოში წარსადგენად.

რეზიდენტურის დამთავრების შემდეგ რეზიდენტს მიეცემა სათანადო მოწმობა (დიპლომი) სპეციალობის აღნიშვნით, რომლის საფუძველზეც ხდება კურსდამთავრებულის სასერტიფიკაციო გამოცდებზე დაშვება.

რეზიდენტურის სასწავლო პროგრამის ფარგლებში რეზიდენტს არა აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტს აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა ან ესაჭიროება გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება და შეუძლებელია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირის დროულად მოძებნა.

პირს, რომელმაც რეზიდენტურაში პროფესიული მომზადების დაწყებამდე მიიღო სახელმწიფო სერტიფიკატი, რეზიდენტურაში მომზადების პერიოდში უფლება აქვს განახორციელოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატით განსაზღვრულ საექიმო სპეციალობაში.

ნებისმიერ საექიმო სპეციალობაში (სპეციალობებში) სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს მიიღოს სახელმწიფო სერტიფიკატი სხვა საექიმო სპეციალობითაც (სპეციალობებითაც). ამ შემთხვევაში რეზიდენტურის კურსის ხანგრძლივობა განისაზღვრება მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა ნუსხის გათვალისწინებით.

სამედიცინო პერსონალის მომზადება/გადამზადების, თეორიული და პრაქტიკული კლინიკური უნარ-ჩვევების შესწავლა/გაუმჯობესების მიზნით შეიქმნა სამედიცინო სიმულაციური ტრენინგ-ცენტრი, რომელიც აღიჭურვა თანამედროვე ტექნოლოგიებით.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება. მედიცინა სხვა დარგებისაგან გამოირჩევა იმით, რომ მედიკოსი (ექიმი) მთელი თავისი პროფესიული საქმიანობის მანძილზე მონაწილეობს საგანმანათლებლო პროცესში. ამგვარად, ექიმის პროფესიული ცხოვრება ერთი უწყვეტი სამედიცინო განათლებაა. უწყვეტი სამედიცინო განათლება გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა.

2005 წლიდან ექიმისათვის, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, უწყვეტ პროფესიულ განვითარებაში მონაწილეობა არის ნებაყოფლობითი[1].

ქვეყანაში მოქმედი ადამიანური რესურსების განვითარების სისტემა (დიპლომამდელი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს შემდგომ რეფორმირებას, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სექტორში ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების როლის, ფუნქციების განსაზღვრა და რაოდენობის გაზრდა.

ლიტერატურა:

- გერზმავა, ოთარ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი 2008.
- გზირიშვილი, დავით. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.
- კახიშვილი, ნინო. ექიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 28.11.2011. http://www.netgazeti.ge/GE/81/News/7143/.
- ტულჩინსკი, თ. ვარავიკოვა, ე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. 2012.
- ფრანგიშვილი, ია. რა ღირს ექთნის შრომა. გაზეთი ბათუმელები. 2014.06.13. http://batumelebi.netgazeti.ge/GE/batumelebi/weekly1/32590/
- ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
- ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.
- ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002.
- ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირსემინარზე. 1-4 ივლისი 1997 წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.
- Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. Health Policy and Planning, 1999, 13(1): 41-49.

1 თალაკვაძე, ა. 2011. ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი, თბილისი: ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველო“.

- Pong R.W. et al. (1995). Health human resources in community-based health care: a review of the literature. Health Canada, Health Promotion and Programs Branch.
- Saltman RB, Von Otter, C (1995). Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility. Buckingham, Open University Press.
- Verulava T. Kalandadze T. 2001. Health Care System in Georgia. State Medical Insurance Company of Georgia. Tbilisi.
- World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006 – http://www.who.int/whr/2006.

X თავი

დაავადებათა პრევენცია

10.1. პირველი ეპიდემიოლოგიური რევოლუცია

დიდი ხნის განმავლობაში დაავადებათა და სიკვდილობის გამომწვევ უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენდა ინფექციური დაავადებები. ინფექციური დაავადებებით სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება ჯერ კიდევ მაშინ დაიწყო როდესაც უცნობი იყო მათი გამომწვევი მიზეზები. მეთვრამეტე და მეცხრამეტე საუკუნეებში ევროპის ქვეყნებში საგრძნობლად გაიზარდა სურსათის წარმოება. მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში, ინფექციური დაავადებებისგან სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად შემცირდა ბრიტანეთში და სკანდინავიის ქვეყნებში, რაც დაკავშირებული იყო კვების გაუმჯობესებასთან, რადგან იგი ხელს უწყობდა ინფექციების გამომწვევი აგენტების წინააღმდეგ ბრძოლას. ამდენად, საწყის ეტაპზე დაავადებათა პრევენციის წარმატებები განპირობებული იყო საერთო საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებასთან, ვიდრე კონკრეტული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ან სამედიცინო ჩარევების შედეგად (McKeown, 1990).

მეცხრამეტე საუკუნეში, მეცნიერებმა აღმოაჩინეს ინფექციური დაავადებების გამომწვევი ბევრი აგენტები. დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების (როგორიცაა ბაქტერიები და ვირუსები) და ამ დაავადებებთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების (მაგალითად, სიღარიბე, ცუდი კვება, დაბინძურებული წყალი) დადგენის შედეგად, ფართოდ დაიწყეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთი ღონისძიებების განხორციელება, როგორიცაა: წყლის გაწმენდა, დეზინფექცია, საკანალიზაციო სისტემების მოწყობა, რძის პასტერიზაცია. შედეგად მკვეთრად შემცირდა მათი სიხშირე. ეს იყო პირველი ეპიდემიოლოგიური რევოლუცია (Terris, 1985).

1870-1930 წლებში ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა საგრძნობლად შემცირდა. სამედიცინო ჩარევები, იმუნიზაციის ან ანტიბიოტიკების მეშვეობით მკურნალობის სახით, შემოღებულ იქნა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მკვეთრად შემცირდა ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ პირველი ეფექტური სამკურნალო საშუალება, ანტიბიოტიკი სტრეპტომიცინი, შეიქმნა 1947 წელს, მაგრამ ტუბერკულოზით სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებაში მისი წვლილი მეცხრამეტე საუკუნის ადრეული პერიოდიდან, მკვლევართა მტკიცებით შეადგენდა მხოლოდ 3%-ს. ასევე, ყივანახველას, წითელას, ქუნთრუშას შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობის დონე მკვეთრად შემცირდა გაცილებით ადრე ვიდრე იმუნიზაცია და ანტიბიოტიკოთერაპია გახდა შესაძლებელი. ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებაში უდიდესი როლი ითამაშა რძის პასტერიზაციამ და წყლის გამწმენდი სისტემების დანერგვამ (McKeown, 1990).

აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ინფექციური დაავადებების შედეგად სიკვდილიანობის შემცირება უფრო მეტად დაკავშირებული იყო სამედიცინო ჩარევების შედეგად ვიდრე ცხოვრების სტანდარტებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების გაუმჯობესების გამო. ასე მაგალითად, ყვავილის, პოლიომიელიტის და ტეტანუსის იმუნიზაციამ და სიფილისის ანტიმიკრობულმა თერაპიამ მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა დაავადებათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებაში. თუმცა, ინფექციური დაავადებების აღმოფხვრაში სამედიცინო ჩარევებს მხოლოდ 5% უკავია (McKeown 1990; McKinlay et al., 1989).

მეოცე საუკუნის პირველ ნახევარში მკვეთრად შემცირდა ინფექციური დაავადებების როლი, ამასთან, გაიზარდა სიცოცხლის ხანგრძლივობა. შედეგად, სიკვდილიანობის მაჩვენებლებში გაიზარდა არაგადამდები დაავადებების როლი. სწრაფად იზრდებოდა. 1900 წლისათვის, აშშ-ში საერთო სიკვდილიანობის 40%-ს ძირითადად განაპირობებდა 11 ინფექციური დაავადება, ხოლო 1980 წლისათვის იგი მხოლოდ 10%-ზე ნაკლებს შეადგენდა. ამის საწინააღმდეგოდ, გულის დაავადებები, სიმსივნეები, და ცერებროვასკულარული დაავადებები (ინსულტი) 1900 წელს განაპირობებდნენ საერთო სიკვდილიანობის 16%-ს, ხოლო 1980 წელს – 64%-ს (McKinlay et al., 1989).

10.2. მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუცია

მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის დროს ცნობილი გახდა უმთავრესი დაავადებების მიზეზები, რომელთა დიდი ნაწილის თავიდან აცილება შესაძლებელია. გულის იშემიური დაავადებები მსოფლიოში სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) 2011 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილიანობის 91 პროცენტი გამოწვეულია არა-

გადამდები დაავადებებით. 2014 წელს საქართველოს ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემების მიხედვით, სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზებია: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ავადმყოფობები (69%), სიმსივნეები (14%), ტრავმები (3%), დიაბეტი (1%), ხოლო სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის საერთო სიკვდილიანობის 6%.

დაავადებათა წარმოშობის რიკს-ფაქტორების გაგება მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სფეროში სათანადო პოლიტიკის შესამუშავებლად. ძირითადი არაგადამდები დაავადებები, როგორიცაა გულის დაავადებები, ინსულტი, დიაბეტი, კიბო და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები ხასიათდებიან საერთო რისკ-ფაქტორებით: თამბაქოს მოხმარება,[1] არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით, დაბალი დიზიკური აქტივობა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, სიმსუქნე, სისხლის მაღალი წნევა და გლუკოზისა და ქოლესტეროლის კონცენტრაცია[2,3,4].

როგორც 2010 წელს ჩატარებულმა არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების კვლევამ აჩვენა, ქვეყანაში თამბაქოს მოხმარების საშუალო მაჩვენებელი 30.3%-სს შეადგენს (მწეველია მამაკაცთა 55.5% და ქალების 4.8%), 70% დღიურად 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და ბოსტნეულს მოიხმარს, 21.6% დაბალი ფიზიკური აქტივობით გამოირჩევა, ხოლო 56.5% ჭარბი წონისაა ან მსუქანი.

დაავადებათა გამომწვევი რისკ-ფაქტორების (თამბაქოს მოხმარება, სიმსუქნე, ნაკლები ფიზიკური აქტივობა) შესახებ მოსახლეობის განათლების ამაღლებამ მნიშვნელოვნად განაპირობა მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის წარმატება.

1 Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 2011; 377: 139-46.

2 Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. Lancet 2011; 377: 557-67.

3 Danael G, Finucane MM, Lin JK, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5·4 million participants. Lancet 2011; 377: 568-77.

4 Farzadfar F, Finucane MM, Danael G, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3·0 million participants. Lancet 2011; 367: 578-86.

აშშ-ში 1980-2004 წლებში გულის იშემიური დაავადების შედეგად სიკვდილიანობა 57%-ით შემცირდა, რაც დაკავშირებული იყო თამბაქოს მოხმარების და სისხლში ქოლესტერინის დონის შემცირებით. როგორც საუკუნით ადრე ინფექციური დაავადებების, ასევე გულის იშემიური დაავადების გამო სიკვდილიანობის შემცირება მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩარევებთან (თამბაქოს მოხმარების საწინააღმდეგო ღონისძიებები, ჯანსაღი კვება).[1]

10.3. პრევენციის სახეები

პრევენციის სახეებია: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა გულისხმობს ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განსამტკიცებლად მიმართულ საგანმანათლებლო, სოციალურ, ეკონომიკურ, გარემოს და პროფესიული ფაქტორების კომპლექსს.[2]

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა არის პროცესი, რომელიც ადამიანებს საშუალებას აძლევს გაზარდონ კონტროლი, და გააუმჯობესონ საკუთარი ჯანმრთელობა. სრული ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობის მისაღწევად, ინდივიდუალურ ადამიანს ან ადამიანთა ჯგუფს უნდა შეეძლოს თავისი მისწრაფებების იდენტიფიცირება და გაცნობიერება, მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, გარემოს შეცვლა და მასთან გამკლავება. ჯანმრთელობა, შესაბამისად, განიხილება, როგორც ყოველდღიური ცხოვრების რესურსი, და არა ცხოვრების მიზანი. ჯანმრთელობა არის დადებითი ცნება და ხაზს უსვამს სოციალურ და პირად რესურსებს, ისევე როგორც ფიზიკურ შესაძლებლობებს. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა არ არის მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის პასუხისმგებლობა და სცილდება ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფარგლებს.[3]

---

1 US Department of Health and Human Services.Health United States 2006. www.cdc.gov.

2 ირმა მანჯავიძე, ლევან ლაბაური, მარინე კვაჭაძე. ადამიანის უფლებათა დაცვა ჯანდაცვის სფეროში და სიტყვის თავისუფლება – თბ., 2006.

3 World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მთავარი პრინციპებია:[1]

დაავადებების, სიკვდილის რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ ქმედებების განხორციელება;
საზოგადოების ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მათი აღმოფხვრისაკენ მიმართული ღონისძიებების განხორციელება;
მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ფაქტორების ხელშეწყობა;
ჯანმრთელობის საფრთხეების წინააღმდეგ ქმედებების ინიცირება საგანმანათლებლო, საკანონმდებლო ღონისძიებების მეშვეობით;
პრობლემის აღმოჩენისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში საზოგადოების ჩართულობის ხელშეწყობა.
სათანადო გარემოს, ჯანმრთელობისა და სოციალური პოლიტიკის ადვოკატირება

ჯანმრთელობის ხელშემწყობის ღონისძიებებში გარკვეულ როლს ასრულებს სახელმწიფო. ასეთ აქტივობებს განეკუთვნება: უსაფრთხო ღვედების გამოყენება, სკოლაში მისაღებად ბავშვთა იმუნიზაციის მოთხოვნა, საკვებსა და მედიკამენტებზე სტანდარტების დაწესება, სიგარეტისა და ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების მიზნით მათზე მაღალი გადასახადის დაწესება.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა აგრეთვე მოიცავს მოსახლეობის განათლების ამაღლებას ჯანმრელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ. ამ მხრივ ტარდება მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლების ღონისძიებები. სოციალური ქცევის სხვადასხვა რისკების შემცირების მიზნით ხორციელდება ინფორმაციის გავრცელება სხვადასხვა გადამდები ინფექციების საფრთხის შესახებ, თამბაქოს მოხმარების, ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების უარყოფითი გავლენის შესახებ. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ასევე მოიცავს ჯანსაღი კვების შესახებ მოსახლეობის განათლებას.

პირველადი პრევენცია

პირველადი პრევენცია მოიცავს აქტივობებს, რომლებიც გულისხმობს დაავადების განვითარების თავიდან აცილებას და დაავადების ზემოქმედების რისკის შემცირებას. ასეთ აქტივობებს განეკუთვნება: ვაქცინაცია, შრომისა და დასვენების რაციონალური რეჟიმი, ხარისხიანი საკვებით რაციონალური კვება, ფიზიკური აქტივობა, გარემის გაჯანსაღება...

1 World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

იმუნიზაცია ახდენს ისეთი დაავადებების პრევენციას, როგორებიცაა: დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი.

მეორადი პრევენცია – ეს არის იმ გამოხატულ რისკ-ფაქტორთა თავიდან აცილების ღონისძიებათა სისტემა, რომლებსაც განსაზღვრულ პირობებში (იმუნური სტატუსის დაქვეითება, გადაღლა, დეზადაპტაცია) შეუძლიათ დაავადების გამოწვევა, გამწვავება ან რეციდივი. ამის მაგალითებია – სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ან ჰიპერტენზიის გამოსავლენად, დისპანსერიზაცია, როგორც დაავადების გამოვლინების კომპლექსური მეთოდი, დინამიური დაკვირვება, მიზანმიმართული მკურნალობა, რაციონალური თანმიმდევრული გაჯანსაღების პროცესი.

მესამეული პრევენცია

მესამეული პრევენცია წარმოადგენს ჩამოყალიბებული დაავადების კონტროლის, მართვისა და ავადმყოფთა სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა სისტემას ინვალიდობისა და შრომისუუნარობის თავიდან ასაცილებლად. იგი გულისხმობს სოციალურ, შრომით, ფსიქოლოგიურ და სამედიცინო რეაბილიტაციას.

ცერებროვასკულარული (ინსულტი) დაავადების გადატანის შემდეგ აქტიური რეაბილიტაცია ადამიანს ეხმარება დაკარგული ფუნქციის აღდგენაში და მომავალი გართულების თავიდან აცილებაში.

საქართველოში სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა მესამედი გულის იშემიური დაავადებებზე მოდის, ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების დაწყებიდან პირველ 24 საათში საექიმო დაკვირვება და სათანადო სპეციალიზებული მკურნალობა, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მკურნალობის გამოსავალზე. 2006-2011 წლებში სტაციონარებში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოზით დაავადების დაწყების პირველ 24 საათში ჰოსპიტალიზებული იყო ავადმყოფთა 35-47%, ხოლო სტაციონარში მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზით გარდაცვლილთა შორის 42-55% პირველ 24 საათში გარდაიცვალა.

10.4. თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარება სიკვდილის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია, რომლის პრევენცია შესაძლებელია. გლობალური სტატისტიკური მონაცემებით,[1] ყოველი მე-10 ზრდასრული ადამიანის სიკვდილის

1 Tobacco Free Initiative. World Health Organization. http://www.who.int/tobacco/en/.

გამომწვევი თამბაქოა. ყოველწლიურად მსოფლიოში თამბაქოს მოხმარების ეპიდემია იწვევს 6 მილიონი ადამიანის სიკვდილს, მათგან 600 000 ადამიანი პასიური მწეველია და თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედების შედეგად იღუპება.

თამბაქოს მოხმარება რესპირატორული, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის, ნაღვლის ბუშტის, საშვილოსნოს ყელისა და თირკმლის კიბოს განვითარების მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს. კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის 22%, მათ შორის ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის 70% – თამბაქოს მოწევით არის განპირობებული.[1]

იმ შემთხვევაში, თუ არ იქნება ადეკვატური ზომები მიღებული, 2030 წლისთვის ეპიდემიის შედეგად გარდაცვლილ ადამიანთა რიცხვი 8 მილიონს მიაღწევს, მათგან 80% იქნება საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყნებიდან. თუ მსგავსი ტენდენცია გაგრძელდება, 21-ე საუკუნეში, თამბაქოს მოხმარება სავარაუდოდ, 1 მილიარდამდე ადამიანის სიკვდილს გამოიწვევს.

თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის (WHO FCTC) თანახმად ამ შეთანხმების ყველა მონაწილე მხარემ უნდა უზრუნველყოს თამბაქოს რეკლამის, პოპულარიზაციისა და სპონსორობის სრული აკრძალვა. სტატისტიკა მოწმობს, რომ იგი წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე ხარჯთეფექტურ საშუალებას თამბაქოზე მოთხოვნის შესამცირებლად.

კვლევების მონაცემებით,[2] საქართველოში თამბაქოს მომხმარებელთა წილი მთლიანი მოსახლეობის 30.3%-ს შეადგენს, კაცებში – 55.5%, ქალებში – 4.8%. თამბაქოს მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (36.5%) თბილისში დაფიქსირდა. საკმაოდ მაღალია თამბაქოს პასიურ მომხმარებელთა წილი: 23.3% მთლიან მოსახლეობაში, 32.9% – კაცებში და 13.7% – ქალებში. თამბაქოს ყოველდღიურ მომხმარებელთა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (36%) გამოვლინდა 25-34 ასაკობრივ ჯგუფში. ძალზე საყურადღებოა მდგომარეობა მოზარდებს შორის. სკოლის მოსწავლეების 22,1% მწეველია.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ ჩატარებული ინტერვენციების შედეგად ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1965-2004 წლებში თამბაქოს მომხმარებელთა რაოდენობა 51%-დან 23%-მდე შემცირ-

1 Tobacco Free Initiative. World Health Organization. http://www.who.int/tobacco/en/.

2 ჯანმრთელობის დაცვა 2010. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

და, ხოლო ქალებში – 34%-დან 19%-მდე.[1] აღნიშნულ წლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ განხორციელებული ღონისძიებების შედეგად, დაახლოებით 3 მილიონი ადამიანი გადაურჩა სიკვდილს.[2] თუმცა, თამბაქოს მოხმარება ბევრად უფრო მაღალია დაბალი განათლების ადამიანებს შორის და იგი ისევ სიკვდილიანობის ერთერთ წამყვან მიზეზად რჩება ამერიკის შეერთებულ შტატებში.[3]

თამბაქოს მოხმარების შემცირებაზე ყველაზე უფრო ეფექტურად იმოქმედა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამმა ღონისძიებამ: საზოგადოებრივი განათლება, სიგარეტზე გადასახადების გაზრდა და თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვა საზოგადოებრივ ადგილებში.[4]

ცხრილი 1: თამბაქოს, როგორც რისკ ფაქტორის გავრცელება, ინტერვიუებზე დაფუძნებული მონაცემები, 18-64 წლის ასაკის მოსახლეობა, საქართველო, 2010

მაჩვენებელი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
ამჟამად მწეველები (პროცენტი)	30.3% (28.4-32.2)	55.5% (52.7-58.4)	4.8% (3.7-5.8)
ამჟამად ყოველდღიური მწეველები (პროცენტი)	27.7% (25.8-29.5)	51.1% (48.1-54.0)	4.0% (2.9-5.0)
ყოველდღიურ მწეველთათვის ყოველდღიური მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი (წლები)	18.6 (18.3-19.0)	18.3 (18.0-18.6)	23.2 (21.7-24.7)
ყოველდღიურ მწეველთა პროცენტი, რომლებიც ეწევიან ქარხნულ სიგარეტს	98.8% (97.8-99.9)	98.8% (97.7-99.9)	100.0% (100.0-100.0)
ქარხნული სიგარეტის ღერების საშუალო ოდენობა, რომელსაც ეწევიან დღის განმავლობაში (ქარხნული სიგარეტის მომხმარებლები)	19.5 (18.7-20.4)	20.0 (19.0-20.9)	14.0 (12.8-15.3)

წყარო: Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO

1 US Department of Health and Human Services.Health United States 2006. www.cdc.gov.

2 Warner KE. Smoking and health: A 25-year perspective. Am J PublicHealth. 1989;79:141.

3 US Department of Health and Human Services.Health United States 2006. www.cdc.gov.

4 Fichtenberg CM, Glantz SA. Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N Engl J Med. 2000;343:1772.

10.5. ფიზიკური აქტივობა

ფიზიკურ აქტივობაში იგულისხმება სხეულის ნებისმიერი მოძრაობა, რომელიც ხორციელდება ჩონჩხის კუნთებით და მოითხოვს ენერგიის ხარჯვას. ჯანმრთელობის გამტკიცებისათვის რეკომენდებულია ადექვატური ფიზიკური აქტივობის შენარჩუნება მთელის სიცოცხლის მანძილზე. ფიზიკური აქტივობა ენერგიის ხარჯვის ძირითადი განმსაზღვრელია და ამიტომ ფუნდამენტალური მნიშვნელობა აქვს ენერგიის ბალანსის უზრუნველყოფისათვის.

ფიზიკური პასიურობა რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებისთვის, დიაბეტისა და კიბოსთვის. დაბალ ფიზიკურ აქტივობას, მსოფლიოში სიკვდილიანობის რისკ-ფაქტორთა შორის მეოთხე ადგილი უკავია (6%), ის მსოფლიოში ყოველწლიურად 3,4 მილიონი ადამიანის სიკვდილის მიზეზია. რეგულარული და ადეკვატური ფიზიკური აქტივობა მნიშვნელოვნად ამცირებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების, დიაბეტის, მსხვილი ნაწლავის და ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს.

საქართველოში ადინამია განსაკუთრებით გავრცელებულია ქალაქებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2008 წლის მონაცემებით, საქართველოში დაბალი ფიზიკური აქტივობის მაჩვენებელი 22.9%-ს შეადგენს, ქალებში ის უფრო მაღალია (24.2%), მამაკაცებთან შედარებით (21.3%).

უკანასკნელ წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ დაბალი ფიზიკური აქტივობის ზოგადი მაჩვენებელი ვარირებდა 89.3%-დან 93.9%-მდე. ქალებში ეს მაჩვენებელი, გაცილებით მაღალი იყო (94.2%-დან 96.7%-მდე), ვიდრე მამაკაცებში (84.6%-დან 91.0%-მდე). გამოკვლეულთა 43.5% (მამაკაცების 49.1% და ქალების 38.2%) ყოველდღიურად 6 საათზე ხანგრძლივ დროს ატარებდა მჯდომარე მდგომარეობაში. 85.6% ვარჯიშობდა წელიწადში მხოლოდ რამდენჯერმე ან უფრო იშვიათად. გამოკითხულთა თითქმის ცხრა პროცენტი არ არის დაკავებული საშუალო დატვირთვის ფიზიკური აქტივობებით, მაგრამ 60.7% ვარჯიშობს ზომიერად 6-7 დღე კვირაში.16

STEPS 2010 შედეგების[1] თანახმად, დაბალი ფიზიკური აქტივობის მაჩვენებელი, ორივე სქესისათვის – 21.6%-ს, ზომიერი აქტივობის – 18.8%-ს, ხოლო მაღალი აქტივობის – 59.6%-ს შეადგენს. ზომიერი აქტივობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, ორივე სქესისთვის, დაფიქსირდა 18-24 წლამდე ასაკის რესპოდენტებში (20.7%). აღინიშნებოდა მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი შემცირება ასაკის მატებასთან ერთად.

1 Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO. http://www.who.int/chp/steps/Georgia_2010_Fact_Sheet.pdf.

ცხრილი 2: საქართველოში ქცევითი რისკ-ფაქტორების გავრცელება. ფიზიკური ვარჯიში

	ქალები%	კაცები%	სულ %
საშუალო დატვირთვის ვარჯიში რეგულარულად (6-7 დღე კვირაში)			60.7%
აქვს ვარჯიშის შესაძლებლობა			92.6%
ყოველდღიურად 6 სთ-ზე მეტ ხანს მჯდომარედ ატარებს	38.2%	49.1%	43.5%
თავისუფალ დროს ფიზიკური აქტივობა ოფლდენით რამდენიმეჯერ წელიწადში			85.6%

წყარო: არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქრთველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007.

ცხრილი 3: ფიზიკური აქტივობა, როგორც რისკ ფაქტორის გავრცელება, ინტერვიუებზე დაფუძნებული მონაცემები, 18-64 წლის ასაკის მოსახლეობა, საქართველო, 2010

მაჩვენებელი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
დაბალი ფიზიკური აქტიობის მქონე პირების პროცენტი (განისაზღვრება როგორც კვირაში < 600 მეტ-წუთში)	21.6% (19.3-23.8)	20.9% (17.8-23.9)	22.3% (19.8-24.9)
მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტიობის მქონე პირების პროცენტი (განისაზღვრება როგორც კვირაში ≥ 3000 მეტწუთში)	59.6% (56.9-62.3)	63.2% (59.5-66.9)	56.0% (53.1-59.0)
დროის მედიანა, რომელსაც საშუალოდ დღიურად ხარჯავენ ფიზიკურ აქტიობაზე (წუთები) (წარმოდგენილია ინტერკვარტილური რანჟირებით)	154.3 (42.9-310.0)	180.0 (60.0-353.6)	130.0 (34.3-292.9)
იმ პირების პროცენტი, რომლებიც ჩართულია მძიმე სახის ფიზიკურ აქტიობაში	78.6% (76.1-81.1)	68.7% (64.7-72.7)	88.6% (86.5-90.8)

წყარო: Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO.

ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის ყველაზე მნიშვნელოვანი შედეგებია[1;2;3]:

- ბავშვებსა და ახალგაზრდებში ფიზიკური აქტივობის სასურველი დონის მიღწევა (სულ მცირე, დღეში 60 წუთამდე ზომიერი დატვირთვა და კვირაში ორჯერ ინტენსიური ვარჯიში);
  მოზრდილებსა და მოხუცებში ფიზიკური აქტივობის სასურველი დონის მიღწევა (ზომიერი ფიზიკური აქტივობა 30 წუთით კვირაში 5 ან მეტი დღის განმავლობაში).
  აღნიშნული შედეგების მისაღწევად საჭიროა:[4]
  ფიზიკური აქტივობის შესახებ ინფორმირებულობის ზრდა მოსახლეობაში, მათ შორის ხანდაზმულებში.
  ფიზიკური აქტივობის დანერგვა ადრეულ წლებში – სკოლებში და უმაღლეს სასწავლებლებში.
  სასწავლო შენობებში სპორტისა და ფიზიკური აქტივობის შესაძლებლობების/ინფრასტრუქტურის განვითარება.
  სპორტულ ღონისძიებებში მოსახლეობის მონაწილეობის ხელშეწყობა.
  ფეხითა და ველოსიპედით სიარულისათვის ინფრასტრუქტურის განვითარება.
  პარკებისა და დასასვენებელი ადგილების კეთილმოწყობა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.
  ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ ფიზიკური აქტივობის თაობაზე პაციენტების კონსულტირება.
  დამქირავებლების ინფორმირება და წახალისება, რათა მათ ხელი შეუწყონ თანამშრომლების გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებში მონაწილეობას და ფიზიკურ აქტივობას.

---

1 WHO Move for Health. http://www.who.int/moveforhealth/en/.

2 English Department of Health, 9 March 2005. Choosing activity: a physical activity action plan. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4105354.

3 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

4 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

10.6. ჯანსაღი კვება

არაჯანსაღი კვება, მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია. ახალშობილთა, ბავშვთა და ორსულთა ჯანმრთელობა, იმუნური სტატუსი, ზოგიერთი არაგადამდები დაავადების განვითარება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანსაღ და სრულფასოვან კვებაზე. დედათა და ბავშვთა ავადობის 10% და ახალშობილთა სიკვდილიანობის 1/3 არასრულფასოვანი კვებით არის განპირობებული. აღსანიშნავია არაჯანსაღი კვების როლი ჭარბწონიანობის/სიმსუქნის განვითარებაში. 2010 წლის მონაცემებით, 5 წლამდე ასაკის 43 მილიონ ბავშვს ჭარბწონიანობის პრობლემა აღენიშნება.

საქართველოს მოსახლეობის დიეტური ჩვევების შესახებ ძალიან მცირე მონაცემები არსებობს. თუმცა, არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის მიერ საკვების მიღების ჩვევებს საფუძვლიანი კორექტირება სჭირდება. 2006-2007 წლებში, ჩატარებული კვლევების თანახმად,[1] საქართველოში ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარება საკმაოდ დაბალია: ყოველდღიურად ახალ ხილს მოზრდილი მოსახლეობის მხოლოდ ერთი მესამედი ღებულობს, ხოლო ბოსტნეული, წინა კვირის განმავლობაში, არ მიუღია გამოკვლეულთა 10%-ს. გამოკითხულ ადამიანთა ერთ მესამედზე მეტი არასოდეს მიირთმევს ხილს ერთი კვირის მანძილზე, ხოლო თითქმის 80% არასოდეს მოიხმარს დაკონსერვებულ ან გამომშრალ ხილს.

2010 წლის მონაცემებით,[2] გამოკვლეული მოსახლეობის უმრავლესობა – 60.1% – დღეში სამჯერ ღებულობს საკვებს, 28.8% – დღეში ორჯერ და უმცირესობა (3.6%) დღეში მხოლოდ ერთხელ. ცალკე აღებულ პროდუქტებს შორის, ყველაზე მაღალი წილი პურპროდუქტების მოხმარებაზე (38%), ხილბოსტნეულზე (30%), რძის ნაწარმსა (16%) და ტკბილეულზე (13%) მოდის. ხორცეული მენიუს მხოლოდ 2%-ს, ხოლო თევზეული 1%-ს იკავებს.

1 არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007.

2 Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO.

ცხრილი 4: ხილის და ბოსტნეულის მოხმარება (ტიპიური კვირის განმავლობაში), ინტერვიუებზე დაფუძნებული მონაცემები, 18-64 წლის ასაკის მოსახლეობა, საქართველო, 2010

მაჩვენებელი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
დღეების საშუალო რაოდენობა როცა მოიხმარეს ხილი	4.9 (4.8-5.1)	4.7 (4.5-4.9)	5.2 (5.1-5.3)
ხილის სტანდარტული პროციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	1.8 (1.7-1.9	1.7 (1.6-1.8)	1.9 (1.8-2.0)
დღეების საშუალო რაოდენობა, როცა მოიხმარეს ბოსტნეული	5.8 (5.7-5.9)	5.8 (5.6-5.9)	5.9 (5.8-6.0)
ბოსტნეულის სტანდარტული პროციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	2.2 (2.1-2.3)	2.2 (2.1-2.4)	2.1 (2.0-2.2)
პროცენტი იმ პირებისა, რომლებიც საშუალოდ მიირთმევენ ხილის და/ან ბოსტნეულის 5 სტანდარტულ პროციაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში	69.6% (66.7-72.6)	70.7% (66.8-74.6)	68.6% (65.6-71.5)

წყარო: Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO

ჯანსაღი კვების ხელშეწყობის განსახორციელებლად საჭიროა[1];[2];[3]

ბალანსირებული დიეტის დაცვა;
ბავშვთა და მომავალი დედათა ადექვატური კვება;
ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელების მაჩვენებლების კლება;
ჩვილის დაბადებიდან რამდენიმე საათში ძუძუთი კვების შემთხვევების მატება.

აღნიშნული შედეგების მისაღწევად საჭიროა:[4]

1 WHO. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva 2003.

2 English Department of Health, 9 March 2005. Choosing a better diet.

3 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

4 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

ბავშვების მისამართით კვების პროდუქტების რეკლამირების და პროპაგანდის აკრძალვა;
ძუძუთი კვების ხელშეწყობის შესახებ კანონის (მიღებულია საქართველოს პარლამენტის მიერ 1999 წელს) აღსრულების სისტემის გაძლიერება;
პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და ჰოსპიტლების ამბულატორიულ ნაწილებში პრევენციის პრაქტიკის გაძლიერება, რაც ჯანსაღი კვების ხელშეწყობისკენ იქნება მიმართული;
ისეთი კანონმდებლობის შემოღების ადვოკატირება, რომელიც დაკავშირებული იქნება კვების პროდუქტებზე ისეთი იარლიყების დაწებებასთან, სადაც მოცემული იქნება მარილის, ცხიმების, შაქრის, ხილის და ბოსტნეულის და კალორიების შემცველობის მაჩვენებლები;
კვების სტანდარტების დანერგვის ადვოკატირება სკოლებში, საავადმყოფოებსა და სამუშაო ადგილებზე.
ძუძუთი ადრეული კვების ინიციატივის გაფართოვება (დაბადებიდან რამდენიმე საათში)
ძუძუთი კვების ხელშეწყობა და დროული და ადეკვატური დამატებითი კვების უზრუნველყოფა
ბავშვის ჯანსაღი კვების პრაქტიკის ხელშეწყობა

10.7. ჭარბი წონა

არაჯანსაღი კვებისა და დაბალი ფიზიკური აქტივობის შედეგად სწრაფად იზრდება სიმსუქნის მაჩვენებელი. საქართველოში ჭარბწონიანობის პრობლემა აქტუალურია. 2005 წელს განხორციელებული კვლევით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში ეს მაჩვენებელი 15.2%-ს შეადგენდა. 2009 წლის მონაცემებით, საქართველოში, ნუტრიციულ პრობლემათა შორის, ჭარბ წონას და სიმსუქნეს წამყვანი ადგილი უკავია. აღნიშნული მაჩვენებელი 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში 19.9%-ია. არაორსულ ქალებში 24.1%-ს ჭარბი წონა, ხოლო 18%-ს სიმსუქნე აღენიშნებოდა.

2010 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 56%-ს (მამაკაცების 58.6% და ქალების 54.2%) ჭარბი წონა და 25.1%-ს (მამაკაცების 21.8% და ქალების 28.5%) სიმსუქნე აღენიშნება.

10.8. ალკოჰოლის მოხმარება

არსებული მონაცემების მიხედვით, საქართველოში ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება მხოლოდ ზომიერი პრობლემაა. თუმცა, მკვლევართა მტკიცებით, აღნიშნული შესაძლებელია გამოწვეული იყოს

ცხრილი 5: ფიზიკური განზომილებები, ინტერვიუებზე დაფუძნებული მონაცემები, 18-64 წლის ასაკის მოსახლეობა, საქართველო, 2010

მაჩვენებელი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
საშუალო სხეულის მასის ინდექსი – BMI (კგ/მ2)	26.7 (26.5-27.0)	26.6 (26.3-26.9)	26.8 (26.5-27.1)
ჭარბწონიანთა პროცენტი (BMI ≥ 25 კგ/მ2)	56.4% (54.3-58.5)	58.6% (55.5-61.7)	54.2% (52.0-56.4)
მსუქნების პროცენტი (BMI ≥ 30 კგ/მ2)	25.1% (23.3-26.8)	21.8% (19.3-24.3)	28.5% (26.6-30.3)
საშუალოდ წელის გარშემოწერილობა (სმ)		90.9 (89.9-92.0)	84.7 (83.8-85.6)

წყარო: Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO

ალკოჰოლის მოხმარების არასრული შეფასებით.[1] 2006-2007 წლებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით,[2] რესპონდენტთა 36.7%-ს არასოდეს მიუღია ძლიერი ალკოჰოლური სასმელები. 36.9% ძლიერ ალკოჰოლურ სასმელებს სვამს წელიწადში რამდენიმეჯერ; 19.2% – 2-3-ჯერ თვეში (უმეტესად მამაკაცები); 3.8% – კვირაში ერთხელ, 2.3% – კვირაში 2-3-ჯერ, ხოლო 0.6% ყოველდღიურად მოიხმარს ძლიერ ალკოჰოლურ სასმელებს (ამ ჯგუფში მხოლოდ მამაკაცები არიან). რესპონდენტთა ერთი მეხუთედი (უმეტესად ქალები) არასოდეს სვამს ღვინოს. თითქმის ნახევარი ღვინოს მიირთმევს წერიწადში რამდენიმეჯერ და ამ ჯგუფში შედარებით მეტი ქალია. ნახევარზე მეტს (55.8%) არასოდეს მიუღია 6 ან მეტი ჭიქა ერთ ჯერზე. 1.1% (28 რესპონდენტი) მოიხმარს ამ რაოდენობის ალკოჰოლს ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად. ამ უკანასკნელ ჯგუფში მხოლოდ ერთი მდედრობითი სქესის რესპონდენტი იყო.[3]

1 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

2 არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქრთველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007.

3 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

10.9. გულსისხლძარღვთა დაავადებების კო-მორბიდული რისკ-ფაქტორების მართვა

2006-2007 წლებში ჩატარებული კვლევის მიხედვით[1] მოზარდი მოსახლეობის ორ მესამედზე მეტს მომატებული აქვს სისხლში ქოლესტერინის დონე (ცხრილი 6) და მხოლოდ მათმა მცირე ნაწილმა (6.8%) იცის ამის მნიშვნელობის შესახებ. დაბალია იმ ადამიანთა რიცხვი, ვინც ჩაიტარა ჰიპერტენზიის საწინააღმდეგო მკურნალობა და რომელთაც რეკომენდაცია ექიმმა გაუწია (41.2%) სხვა თანმდევი პრობლემების პარალელურად. რესპონდენტთა მხოლოდ 17.8%-ს ჰქონდა გაზომილი გლუკოზის დონე სისხლში ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

ეს მონაცემები მიუთითებს იმაზე, რომ პაციენტების ინფორმირებულობის დონე დაავადებათა გამოკვლევის პროცედურების შესახებ დაბალია. ჯანდაცვის პროფესიონალებიც ასევე ნაკლებ ყურადღებას უთმობენ დაავადებათა მეორად პრევენციას და ყოველთვის არ უწყობენ ხელს მკურნალობის სქემებთან შესაბამისობას, რამაც, თავის მხრივ, შეიძლება გამოიწვიოს არასასურველი შედეგები ჯანმრთელობაზე.[2]

არსებობს მტკიცებულება, რომ გულსისხლძარღვთა დაავადებების და ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა და დაავადებიანობა რისკის ადრეული გამოვლენისა და დროული ჩარევის საფუძველზე მცირდება.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სკრინინგისა და შემთხვევების აქტიური გამოვლენის ფონზე, გრძელვადიან პერსპექტივაში, მოსალოდნელია:[3]

გულსისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება

არტერიული წნევის კონტროლის გაუმჯობესება

---

1 არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007.

2 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

3 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

ცხრილი 6: საქართველოში ქცევითი რისკ-ფაქტორების გავრცელება. ქოლესტერინის გაზომვა

	ქალები%	კაცები%	სულ %
ქოლესტერინის გაზომვა			
არასოდეს გაუზომია			87%
ჰიპერქოლესტერინემია	75,5%	70.7%	72.1%
იცოდა ჰიპერქოლესტერინემიის შესახებ	5.9%	7.7%	
ჰიპერტენზია			
მოსახლეობა გადის ჰიპერტენზიის საწინააღმდეგო მკურნალობას ექიმის რეკომენდაციით			41.2%
მიიღეს ექიმის რეკომენდაცია არა-ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შესახებ			29.7%
არარეკომენდებული წამლების მიღება			46.3%

წყარო: არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქრთველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007.

ჰიპერქოლესტერონემიის გავრცელების შემცირება

ამ გრძელვადიანი შედეგების მისაღწევად საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:[1]

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და სკრინინგის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულების გაზრდა
პჯდ ცენტრებში და საავადმყოფოს ამბულატორულ განყოფილებებში დაავადებათა თავიდან აცილების პრაქტიკის გაუმჯობესება.

10.10. სიმსივნეების პრევენცია

ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა ხელს უწყობს კლინიკური გამოსავლის გაუმჯობესებას. ბოლო

1 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

წლებში საქართველოში I და II სტადიაზე გამოვლენილი სიმსივნური დაავადებების პროცენტულ წილი არ აღემატებოდა 25-30% (შედარებისათვის, I და II სტადიებზე დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების პროცენტული წილი აშშ-ში 49-57%-ია).[1] შესაბამისად, 30-დან 43%-მდე მერყეობს ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენიდან ერთ წელიწადში გარდაცვლილ ავადმყოფთა წილი. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადებათა ადრეული გამოვლენის პროგრამის ფარგლებში ამოქმედდა სკრინინგის კომპონენტი. შედეგად მოსალოდნელია ამ მაჩვენებლის თანდათან შემცირება.[2]

ცხრილი 7: ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენიდან პირველ წელს გარდაცვლილი ავადმყოფების ხვედრითი წილი

2006	2007	2008	2009	2010	2011
37.2	40	35.4	35.8	30.9	42.7

წყარო: დკ&სჯეც

საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეების ინციდენტობის მაჩვენებელი 2-ჯერ დაბალი იყო, ვიდრე დსთ-ს ქვეყნებში და თითქმის 4-ჯერ დაბალი, ვიდრე ევროკავშირის ქვეყნებში. პრევალენტობა, როგორც დსთ-ის, ისე ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით 2-ჯერ დაბალი აღმოჩნდა.

მიუხედავად გარკვეული წარმატებებისა პრევენციის, დიაგნოსტირებისა და მკურნალობის სფეროებში, ავთვისებიანი გინეკოლოგიური დაავადებები კვლავ რჩება რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ძირითად გამომწვევ მიზეზად, როგორც განვითარებად ასევე განვითარებულ ქვეყნებში. ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის ეფექტურობას კი მნიშვნელოვანწილად ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობის დროულად დაწყება განაპირობებს.

2009 წელს საქართველოში სარძევე ჯირკვლის კიბოს (18 შემთხვევა 100000 მოსახლეზე) და საშვილოსნოს ყველის (3,4 შემთხვევა 100000 მოსახლეზე) სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლები დაბალია როგორც ევროკავშირის, ისე, დსთ-ის ქვეყნების ანალოგიურ მონაცემებზე. 2010 წლიდან ასევე აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ინციდენტობის კლების ტენდეცია. ძირითადად, სარძევე ჯირკვლის, საშვილოსნოს ყელისა და კოლორექტული ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენა უფრო

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ხშირად დაავადების II და III სტადიაზე ხდება. 2011 წელს საქართველოში ხუთი და მეტი წლის განმავლობაში აღრიცხვაზე იმყოფებოდა საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიან სიმსივნეების დიაგნოზით 39.7%, სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეების დიაგნოზით 42.5%, ხოლო მამაკაცის სასქესო ორგანოების სიმსივნეების დიაგნოზით 30,5%.

არსებობს მტკიცებულება, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა და დაავადებიანობა რისკის ადრეული გამოვლენისა და დროული ჩარევის საფუძველზე მცირდება.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სკრინინგისა და შემთხვევების აქტიური გამოვლენის ფონზე, გრძელვადიან პერსპექტივაში, მოსალოდნელია ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება.[1] აღნიშნულის მისაღწევად, საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- ავთვისებიანი სიმსივნეების რისკ-ფაქტორებისა და სკრინინგის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულების გაზრდა

  პჯდ ცენტრებში და საავადმყოფოს ამბულატორულ განყოფილებებში დაავადებათა თავიდან აცილების პრაქტიკის გაუმჯობესება.

  საშვილოსნოს ყელის და მკერდის კიბოზე სკრინინგის ხელშეწყობა მისი ეფექტიანობისა და ეკონომიკური შედეგების გათვალისწინებით

ლიტერატურა:

- არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007.
- ირმა მანჯავიძე, ლევან ლაბაური, მარინე კვაჭაძე. ადამიანის უფლებათა დაცვა ჯანდაცვის სფეროში და სიტყვის თავისუფლება – თბ., 2006
- ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.
- ჯანმრთელობის დაცვა 2010. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავა-

1 ფილლიპ მილნერი, ტატა ჭანტურიძე, ჯეფ ლევეტი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის. 2010-2015. პოლიტიკის მართვის კონსალტინგის ჯგუფი (PMCG) და Oxford Policy Management (OPM). თბილისი 2009 წ.

დებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
- Danael G, Finucane MM, Lin JK, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5·4 million participants. Lancet 2011; 377: 568–77.
- English Department of Health, 9 March 2005. Choosing activity: a physical activity action plan. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4105354.
- Farzadfar F, Finucane MM, Danael G, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3·0 million participants. Lancet 2011; 367: 578-86.
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. Lancet 2011; 377: 557-67.
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N Engl J Med. 2000;343:1772.
- Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO.
- Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 2011; 377: 139-46.
- Tobacco Free Initiative. World Health Organization. http://www.who.int/tobacco/en/.
- US Department of Health and Human Services.Health United States 2006. www.cdc.gov.
- Warner KE. Smoking and health: A 25-year perspective. Am J PublicHealth. 1989;79:141.
- WHO Move for Health. http://www.who.int/moveforhealth/en/.
- World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
- WHO. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva 2003.

XI თავი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

11.1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის არსი

ჯანდაცვა დაკავშირებულია ადამიანების სიცოცხლესთან. შესაბამისად, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის ეფექტური მექანიზმების დანერგვას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით „ჯანდაცვის მომსახურების გაუმჯობესებული ხარისხი განაპირობებს კლინიკური შედეგების გაუმჯობესებას, პაციენტების მეტ უსაფრთხოებასა და მათ კმაყოფილებას."[1]

დღეისათვის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ბევრ საკითხებზე დაგროვდა მნიშვნელოვანი გამოცდილება. კერძოდ, შეიქმნა სამედიცინო დაწესებულებების აღჭურვის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სტანდარტები, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ამაღლების და უწყვეტი განათლების სისტემა. იყო დრო, როდესაც ბევრი მკვლევარი სამედიცინო მომსახურების ხარისხს განიხილავდა როგორც მხოლოდ მიღწეული შედეგის ხარისხს და ცდილობდა სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებით შეეფასებინა მისი დონე. სამედიცინო მომსახურების შეფასების ძირითად კრიტერიუმებს წარმოადგენდნენ საავადმყოფოების საქმიანობის მაჩვენებლები: პაციენტის საწოლზე დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა, ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობა, საწოლის მოცდის საშუალო მაჩვენებელი, ქირურგიული საქმიანობის მაჩვენებლები, წინასაოპერაციო პერიოდის ხანგრძლივობა, გეგმიური და გადაუდებელი ოპერაციების დროს პოსტოპერაციული სიკვდილიანობა, ცალკეული დაავადებების მიხედვით საავადმყოფოში სიკვდილიანობა, დაავადების გამოსავლები, პაციენტის საჩივარი და სხვ. სამედიცინო დაწესებულებები საქმიანობის შეფასებისათვის ასევე გამოიყენება სპეციალური მაჩვენებლები, კერძოდ ჰოსპიტალიზაციის დროულობა,

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ხელმისაწვდომობა, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია. ამ პერიოდში ფაქტიურად არ ხორციელდებოდა კრიტერიუმებისა და სტანდარტების საფუძველზე ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემატური მუშაობა. შედეგად, პრაქტიკულად შეუძლებელი იყო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება კონკრეტული პაციენტის ინტერესების მიხედვით და მისი ამაღლების პროცესის ეფექტური მართვის უზრუნველყოფა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ცნება რთული და მრავალგანზომილებიანი ფენომენია. ხარისხის განმარტების ერთიანი, შეთანხმებული აზრი არ არსებობს და სხვადასხვა ავტორები განსხვავებულად წარმოგვიდგენენ. ა. დონაბედიანის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერების და ჯანდაცვის პრაქტიკის მიღწევების გამოყენებას მაქსიმალურად შესაძლებელი სარგებლის მიღების პრინციპის საფუძველზე, მკურნალობის რისკის გაზრდის გარეშე.[1]

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს საჭირო დროს და შესაბამის პირობებში სათანადო სამედიცინო დახმარების მიღების შესაძლებლობას. იგი უზრუნველყოფს პაციენტთა უკეთეს გამოსავალს (ჯანმრთელობა), სისტემის გაუმჯობესებულ მაჩვენებლებს (სისტემა და მისი გაზომვა), და უკეთესს პროფესიულ განვითარებას (განათლება).[2]

საერთაშორისო სტანდარტის მიხედვით, ხარისხი წარმოადგენს პროდუქციისა და მომსახურების თვისებების და მახასიათებლების ერთობლიობას, რომლებიც განსაზღვრავენ მათ უნარს დააკმაყოფილონ დადგენილი მოთხოვნები. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უმთავრესად მიმართულია არა ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულების მიმართ, არამედ პაციენტზე და მის კმაყოფილებაზე და უნდა დაეფუძნოს მედიცინის და სამედიცინო ტექნოლოგიების თანამედროვე მიღწევებს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანამედროვე გაგება გულისხმობს, რომ თითოეულმა პაციენტმა უნდა მიიღოს სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურების ისეთი კომპლექსი, რომელიც განაპირობებს ამ პაციენტისათვის ჯანმრთელობის ოპტიმალურ შედეგებს სამედიცინო მეცნიერების დონისა და ისეთი ბიოლოგიური ფაქტორების შესაბამისად, როგორიცაა ასაკი, დაავადებები, თანმხლები დიაგნოზი, მკურნალობის შერჩეული მეთოდი. ასეთი შედეგი მიღწეულ უნდა

1 Donabedian A. The Definition of quality and approached to its assessment / A. Donabedian // An N. Arbor. 1980. Vol. 41. P. 85 92.

2 სასანია, ირაკლი. ჯანდაცვის ხარისხის სტრუქტურა და მისი გაზომვის საშუალებები, ივლისი, 2010 წ.

იქნას მინიმალური საშუალებებით, ასევე, მინიმალური უნდა იყოს მკურნალობის შედეგად დასახიჩრების ან დაინვალიდების რისკი. გაწეული სამედიცინო მომსახურების პროცესისგან პაციენტმა უნდა მიიღოს მაქსიმალური დაკმაყოფილება, ასევე მაქსიმალური უნდა იყოს პაციენტსა სამედიცინო მომსახურების სისტემას შორის ურთიერთქმედება და მიღებული შედეგები.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის საფუძველზე, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებულ იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემდეგი განმარტება: იგი წარმოადგენს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთქმედების შინაარსს, რომელიც ეფუძნება სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციას, ანუ უნარს შეამციროს დაავადების პროგრესირების და ახალი პათოლოგიური პროცესის წარმოქმნის რისკი, მედიცინის რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას და ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთქმედებით პაციენტის კმაყოფილების უზრუნველყოფას.

სხვადასხვა მკვლევარები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სხვადასხვა მახასიათებლებს წარმოგვიდგენენ. დონაბედიანის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შვიდი ატრიბუტი არსებობს: ქმედითობა, ეფექტურობა, პროდუქტიულობა, ოპტიმალურობა, მისაღებადობა, კანონიერება და სამართლიანობა.[1] ზოგიერთი ავტორი გამოყოფს შემდეგ პარამეტრებს: ადეკვატურობა (მომხმარებლებისა და მწარმოებლების საჭიროებების შესაბამისობა), ტექნოლოგიურობა (თანამედროვე სამეცნიერო და ტექნიკურ დონესთან შესაბამისობა), ეფექტურობა (ფაქტიურად მიღწეული შედეგების შესაბამისობა დაგეგმილთან), ეკონომიურობა (შედეგების შესაბამისობა დანახარჯებთან).[2] ზოგიერთ ავტორს კი ამ ჩამონათვალში შეჰყავს პროფესიული კომპეტენტურობა, ხელმისაწვდომობა, ინტერპერსონალური ურთიერთობები, უწყვეტობა, უსაფრთხოება, კომფორტულობა, კმაყოფილება, პროცესის და შედეგის სტაბილურობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგაიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი ხარისხის 4 ძირითად მახასიათებელს გამოყოფს: ხელმისაწვდომობა, უსაფრთხოება, ოპტიმალურობა და კმაყოფილება.

1 Donabedian A. The Definition of quality and approached to its assessment / A. Donabedian // An N. Arbor. 1980. Vol. 41. P. 85 92.

2 Vuory H. V. Quality assurance of health services / H. V. Vuory. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1982. – (Public Health in Europe, N 16).

11.2. სამედიცინო მომსაურების ხარისხის კონცეფციის განვითარება

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ანალიზის ძირითადი კონცეფცია, პრინციპები და მეთოდები მსოფლიოში ფართოდ განვითარდა მეოცე საუკუნის 60-იანი წლებიდან. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის პრობლემის შესწავლაზე სამეცნიერო ინტერესი განპირობებული იყო რამოდენიმე მიზეზით:

- ჯანდაცვის არასაკმარისი დაფინანსება;
- სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის პრაქტიკის არარსებობა;
- პროფილაქტიკურთან შედარებით უმეტესად სამკურნალო სერვისების განვითარება;
  ჯანდაცვის სერვისების უფრო სამართლიანი გადანაწილების საჭიროება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის კონცეფცია და ძირითადი პრინციპები შემუსავებულ იქნა აშშ-ში. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესახებ ფუნდამენტური შრომები შემუსავდა ა. დონაბედიანის მიერ. 1960-იანი წლების ბოლოს მის მიერ პირველად იქნა შემუშავებული ხარისხის ანალიზის მეთოდების სისტემური კლასიფიკაცია, რომელსაც შემდგომ დონაბედიანის ტრიადის სახელი მიიღო. იგი მოიცავს სამედიცინო მომსახურების სტრუქტურას, პროცესს და შედეგებს.

გარდა აღნიშნულისა უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენდა ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემის მოგვარების საჭიროების პრიორიტეტულად აღიარება და იმის გაცნობიერება, რომ მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების დანერგვა და მისი გამოყენება. თავდაპირველად, ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა აშშ-ში მოიცვა ძირითადად სამედიცინო-ტექნოლოგიური მიმართულებები, კერძოდ ლაბორატორიული ღონისძიებები და ფარმაკოლოგია, სადაც საქმიანობისა და შედეგების სტანდარტიზაცია იყო უფრო ბუნებრივი და არ წარმოადგენდა სირთულეს. შემდგომში სამეცნიერო კვლევებში აქცენტი უფრო მეტად კეთდებოდა საქმიანობის ორგანიზაციული ფორმების შესწავლაზე, სამედიცინო კადრების კვალიფიკაციაზე და სტრუქტურის ხარისხის სხვა ელემენტებზე, ისევე როგორც პროცესისა და შედეგების ხარისხზე.

1970-იან წლებში ხარისხის კონცეფციის განვითარების ფორმირების, სამკურნალო პროცესის ხარისხის კრიტერიუმების შექმნის შედეგად ფართოდ გავრცელდა ექიმის ფაქტობრივი მუშაობის ანალიზი პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის საფუძველზე.

1973 წელს აშშ კლინიკური საავადმყოფოების ასოციაციის მიერ შემოთავაზებულ იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მეთოდი, რომელიც მოიცავს არა დაავადებების, არამედ პაციენტების დაჯგუფებას, არა დაავადებათა ცალკეული ნოზოლოგიური ფორმების, არამედ ჰოსპიტალიზებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული პრობლემების დაჯგუფებას. მიზეზები. ექსპერტების აზრით, ასეთი მიდგომის დროს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უფრო ღრმა ანალიზის შესაძლებლობა.

1980-იან წლებში რ. ფიტტერის მიერ შემუშავებული პაციენტების კლასიფიკაციის სისტემამ, ე.წ. დიაგნოზით დაკავშირებულმა ჯგუფებმა (DRG), მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიეს აშშ-ში სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციაზე.[1] იგი გახდა საავადმყოფოების საქმიანობის შეფასებისა და სტიმულირების მნიშვნელოვანი მექანიზმი, აგრეთვე თითოეული პაციენტის მკურნალობის ღირებულების გაანგარიშების მეთოდოლოგია. DRG სისტემით ხდება პაციენტების კლასიფიკაცია ჯგუფებად (დაახლოებით 460-640 ჯგუფები), რომლებსაც აქვთ დაახლოებით ერთგვაროვანი კლინიკური სურათი და რესურსების მოხმარება. მოცემული მეთოდის დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯანდაცვის დანახარჯები.

ამავე პერიოდში შეიქმნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის და კონტროლის მრავალი ორგანიზაცია, როგორც არასამთავრობო, ასევე სახელმწიფო, მაგალითად, პროფესიული სტანდარტების კონტროლის ორგანიზაცია, აგრეთვე საკვებისა და მედიკამენტების საკითხების ორგანიზაცია. შეიქმნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტადარტები. სტანდარტების შექმნაში აქტიურ მონაწილეობას ღებულობდა ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია. შემუშავებულ იქნა ხარისხის კრიტერიუმები და სტანდარტები. იგი მოიცავდა საავადმყოფოს მართვის, საქმიანობის ორგანიზაციის, კადრების შერჩევის მოთხოვნებს. პროფესიული სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ შექმნილი საავადმყოფოს სტანდარტები მოგვიანებით გადაკეთდა აკრედიტაციის გავლის პროცედურად.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში აკრედიტაციის პროგრამის განსაკუთრებით წარმატებული განვითარება დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ექიმები წარმოადგენენ არა საავადმყოფოების შტატიან თანამშრომლებს, არამედ ხელშეკრულებით დაქირავებულ პირებს. ამ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების გაწევა ხორციელდება სამედიცინო პერსონალის ცოდნისა და უნარების მიხედვით, ხოლო საავადმყოფო მხოლოდ უზრუნველყოფს ამისათვის საჭირო აუცილებელ პირობებს. ასეთ პირობებში, ექიმები დაინტე-

1 Donabedian A. Criteria, norius and standarts of quality : What do they mean? / A. Donabedian // Amer. J. Publ. Health. 1981. Vol. 71.P. 409 412.

რესებულნი არიან, რომ ეს პირობები იყოს საუკეთესო, აქტიური მონაწილეობა მიიღონ საავადმყოფოებში სტანდარტების განვითარებაში, რად შემდგომ გახდა მათი აკრედიტაციის მეთოდოლოგიური საფუძველი.

თავდაპირველად, მრავალი საავადმყოფო ნებაყოფლობითი სახით მონაწილეობდა ხარისხის კონტროლის პროგრამაში. მათ სურდათ პაციენტებისათვის წარედგინათ ცნობა აკრედიტაციის შესახებ, რომლის მიხედვით საავადმყოფოს საქმიანობა ორგანიზებული იყო პროფესიონალების მიერ შემუშავებული სტანდარტების შესაბამისად, რაც ხაზს უსვამდა მათ სანდოობას. 1965 წლიდან აშშ-ის კანონმდებლობით აკრედიტაცია სავალდებულო გახდა ყველა იმ საავადმყოფოსათვის, რომლებიც მონაწილეობდნენ მედიქეასა და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამებში. მოგიანებით ამ მოთხოვნას შეუერთდნენ სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები. შედეგად აკრედიტაციის პროცესი გახდა სამედიცინო დაზღვევის განუყოფელი ნაწილი. ამერიკის საავადმყოფოები, რომლებიც ემსახურებოდნენ დაზღვეულებს, იძულებულნი იყვნენ მიეღოთ მონაწილეობა ამ პროცესში. თუმცა, დღევანდლამდე აკრედიტაციის პროცესი ისევ ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებს, ხოლო არააკრედიტირებულ საავადმყოფოებს შეუძლიათ გასწიონ სამედიცინო მომსახურება.

1999 წელს შეიქმნა საავადმყოფოების აკრედიტაციის კრიტერიუმებისა და სტანდარტების სახელმძღვანელო. იგი მოიცავს არამარტო აკრედიტაციის კრიტერიუმებს და სტანდარტებს, არამედ მათი გამოყენების წესებს და პროცედურებს. ამდენად, აშშ-ში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის დანერგვისა და განვითარების ხანგრძლივ პერიოდში შეიქმნა სტრუქტურულ-ფუნქციური მოდელი, რომელიც მოიცავდა როგორც არაფორმალურ ასევე სახელმწიფო ორგანიზაციებს. არაფორმალური ორგანიზაციები ახორციელებენ ხარისხის შეფასებას შესაბამისი კრიტერიუმებით და საექიმო საქმიანობის შედეგებით. სახელმწიფო ორგანიზაციები აკონტროლებენ ფაქტობრივად გაწეული სამედიცინო დახმარების შესაბამისობას ხარისხთან.

მკვლევართა აზრით, სამედიცინო მომსახურების დეფექტების ძირითადი მიზეზებია არა იმდენად სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დონე და სხვა ტექნიკური პრობლემები, არამედ საქმიანობის არადამაკმაყოფილებელი ორგანიზაცია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ძორითადი პრობლემებია სამედიცინო საქმიანობის შეფასების ზუსტი კრიტერიუმების შემუშავების სირთულეები, მისი დაფინანსებისათვის საჭირო თანხების სიმწირე.

11.3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ძირითადი კომპონენტები

მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ავტორებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განმარტების და მისი ძირითადი მახასიათებლების მიმართ განსხვავებული მიდგომები აქვთ, მკვლევართა მიერ შემუშავებულ იქნა ერთიანი აზრი მისი სტრუქტურული კომპონენტების შესახებ. კერძოდ, გამოყოფენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სამ ძირითად კომპონენტს: *სტრუქტურა, პროცესი, შედეგი.*

სტრუქტურა

ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების გაწევის პირობებს: სამედიცინო დაწესებულებების (საავადმყოფოები, ამბულატორიები, პოლიკლინიკები), სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარების მდგომარეობა, სხვადასხვა სახის დოკუმენტაციის, საინფორმაციო სისტემების არსებობა, სამედიცინო აპარატურის ექსპლუატაციისა წესები და სტანდარტები, კლინიკური გაიდლაინები და პროტოკოლები, კატასტროფის გეგმა, პაციენტთა და თანამშრომელთა უსაფრთხოების სტანდარტები და სამოქმედო წესების არსებობა, კადრების კვალიფიცია.

სტრუქტურული მიდგომა საშუალებას იძლევა განისაზღვროს მატერიალური, შრომითი და ფინანსური რესურსების არსებობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურების გაწევას.

სამედიცინო დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს ხარისხის პოლიტიკა, მიზნები და სამოქმედო გეგმა, მათი განხორციელების გზები. სამედიცინო დაწესებულება დაგეგმილი უნდა იყოს პაციენტთა საჭიროებების გათვალისწინებით. საავადმყოფოში დაცული უნდა იყოს უსაფრთხოების ნორმები, სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარები უნდა შეესაბამებოდეს სტანდარტებს. უნდა ხდებოდეს აპარატურის პერიოდული შემოწმება, თუ რამდენად სარწმუნოა მათი მაჩვენებლები და რამდენად ეფექტურია მათი მუშაობა. უნდა ხორციელდებოდეს მათი კალიბრირება, ტაქსონომია.

სამედიცინო დაწესებულების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სტრუქტურულ მახასიათებელს წარმოადგენს საინფორმაციო სისტემები, სტატისტიკური უნფორმაცია.

სამედიცინო დაწესებულებაში თითოეულ სამედიცინო პერსონალზე უნდა იყოს გაწერილი სამუშაო აღწერილობები (უფლება-მოვალეობები).

ხარისხის მართვის ერთ-ერთ მექანიზმს წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულებების ლიცენზირება და სერთი-

ფიცირება. თითოეული ექიმი, რომელიც გაივლიდა ლიცენზირების სპეციალურ ტესტს, ვალდებული იყო ხელახლა გაეარა ტესტირება ყოველ ხუთ წელიწადში ერთხელ, ან მონაწილეობა მიეღო უწყვეტი სწავლების პროგრამებში და ხელახლა გამოცდის ჩაბარების ნაცვლად მიეღო შეღავათიანი კრედიტ-საათები. აღნიშნული წესი 2007 წელს შეიცვალა, კერძოდ: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" კანონის 24-ე მუხლის თანახმად „სახელმწიფო სერტიფიკატის მფლობელი პირი დადგენილი წესით განსაზღვრული პერიოდულობით გაივლის რესერტიფიცირებას;" თუმცა კანონი არ ითვალისწინებს დათქმას, თუ რა პერიოდში უნდა გაიაროს სამედიცინო პერსონალმა რესერტიფიკაცია.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვანი მექანიზმია უწყვეტი სამედიცინო განათლება. კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" მიხედვით, უწყვეტი სამედიცინო განათლება გულისხმობს: „დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების მქონე სპეციალისტის მიერ პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მუდმივი გაღრმავება და განახლებას, რაც დასტურდება სათანადო მოწმობით." თუმცა, სამწუხაროდ, ამ მარეგულირებელ მექანიზმს საქართველოში არ აქვს სისტემური ხასიათი.

პროცესი

სამედიცინო მომსახურების პროცესი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების უშუალო წარმოებასთან დაკავშირებულ აქტივობებს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია თუ რამდენად ოპტიმალურია სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები კონკრეტული პაციენტის საჭიროებებთან მიმართებით. ამასთან, შესრულებული მანიპულაციების მოცულობა ოპტიმალურზე არც ნაკლები უნდა იყოს და არც მეტი, ხოლო მისი განხორციელების თანმიმდევრობა მკაცრად დაცული. პროცესის ხარისხი ფასდება მხოლოდ ინდივიდუალურ დონეზე კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებით, სადაც გათვალისწინებულია კლინიკური დიაგნოზი, თანმხლები დაავადებები, ავადმყოფის ასაკი და სხვა ბიოლოგიური ფაქტორები. პროცესის ხარისხიანად უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი პრინციპია ისეთი პირობების შექმნა, როდესაც კონკრეტული შემსრულებლის მიერ დაშვებული შეცდომა ან ნორმალური პროცესიდან შემთხვევითი გადახრა არ იწვევს სამედიცინო მომსახურების შედეგის გაუარესებას.

სამედიცინო მომსახურების პროცესი მოიცავს შემდეგ პირობებს:

1. ადეკვატური მომსახურება გულისხმობს რამდენად ადექვატურია პაციენტის კლინიკურ საჭიროებასთან გარკვეული პროცედურა თუ სერვისი. მაგალითად, მედიკამენტების არასწორედ გამოყენება, ანტიბიოტიკების ზედმეტი გამოყენება. აგრეთვე, თუ რამდენად მე-

ტია ჩატარებული მომსახურების შედეგად მიღებული ჯანმრთელობის სარგებელი (შემცირებული ტკივილი, ფუნქციური გაუმჯობესება, მომატებული სიცოცხლის ხანგრძლივობა, გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხი) შესაძლო ნეგატიურ შედეგებზე (დაავადების გართულება, დეპრესია, ტკივილი პროცედურის დროს და მის შემდეგ, მცადრი დიაგნოზი, სიკვდილი).

2. მომსახურების უწყვეტობა – გულისხმობს თუ რა ხარისხით აქვს პაციენტს განმეორებითი ვიზიტების დროს ერთი და იგივე ექიმთან ურთიერთობა და რამდენად შეუძლია პაციენტს იმ ექიმის იდენტიფიცირება, რომელიც პასუხისმგებელია მის ჯანმრთელობაზე (როცა, მკურნალობის პროცესში ჩართული არიან სხვა ექიმებიც). ან მაგალითად, რამდენად ხდება პაციენტის გაწერის შემდეგ მისი გადაბარება პირველადი ჯანდაცვის რგოლზე შემდგომი დაკვირვებისა და რეაბილიტაციის პროცესზე მეთვალყურეობისათვის, რამდენად არის უკუკავშირის სისტემა სპეციალისტთან, პაციენტთა ინფორმირება – გამჭვირვალობა ანგარიშვალდებულება

3. მომსახურების კოორდინაცია – გულისხმობს თუ რამდენად საქმის კურსშია მკურნალი ექიმი (პირველადი, თუ ვიწრო სპეციალისტი), ყველა იმ მკურნალობის სქემების შესახებ, რომელსაც პაციენტი იღებს, და რამდენად ახორციელებს კომუნიკაციას სხვა სპეციალისტებთან;

4. მომსახურების დროულობა – გულისხმობს, განისაზღვროს ჩარევის დროულობა პაციენტის სურვილის მიუხედავად. ხშირია შემთხვევები, როდესაც პაციენტის სურვილი და ჩარევის საჭიროება არ ემთხვევა ერთმანეთს. აქ მნიშვნელოვანია პაციენტთან სწორი კომუნიკაციის წარმართვა და ახსნაგანმარტების ჩატარება დროზე ადრე ან გვიან ჩატარებული ჩარევის რისკების შესახებ;

5. თანასწორობა მომსახურების პროცესში – მომსახურება თანაბრად უნდა მიეწოდოს სხვადასხვა პაციენტს (ერთი და იგივე დიაგნოზების შემთხვევაში); მაგალითად სამედიცინო მომსახურების მიღების შანსი (ბარძაყის თავის პროტეზირება ან სხვა ჩარევა) ერთნაირი უნდა იყოს სხვადასხვა სოციალური, ეთნიკური თუ რელიგიური წარმომავლობის პაციენტებისათვის.

6. ხელმისაწვდომი მომსახურება – მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, როგორც გეოგრაფიულად ისე ფინანსურად და ხარისხობრივად. არ უნდა არსებობდეს ისეთი სისტემა როდესაც პაციენტი უარს ღებულობს სამედიცინო მომსახურებაზე რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციის გამო ან გადაუდებელ მომსახურებაზე ფინანსური შესაძლებლობის არქონის გამო.

7. სოციალურად მიღებული მომსახურება – სამედიცინო სერვისი უნდა ასახავდეს თუ პოტენციურად რა შეიძლება უნდოდეს პა-

ციენტს და როგორ. წარმოებული სერვისი უნდა აკმაყოფილებდეს მის მოლოდინებს. ძირითადად ის მოითხოვს სამედიცინო პერსონალისაგან ისეთ თვისებებს, როგორიცაა: გულსხმიერება, პატივისცემა, მეგობრულობა, მგრძნობელობა და კომუნიკაციის შესაძლებლობა, რათა პაციენტს, მისთვის გასაგებ ფორმებში მიეწოდოს სრული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის შესახებ;

8. მომსახურების უსაფრთხოება – განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშაა ისეთი საკითხი, როგორიცა პაციენტთა უსაფრთხოება. უსაფრთხოება მოიცავს მომსახურების ხარისხის სხვადასხვა ასპექტებს. განსაზღვრების მიხედვით, უსაფრთხოება ეს არის გართულების რისკებისაგან, დაზიანებისაგან და არასასურველი შედეგისაგან პაციენტის დაცულობა.

პაციენტების უსაფრთხოების ძირითადი ინდიკატორები:

ოპერაციის შემდგომი ინფექციები და სამედიცინო შეცდომები;
თუ რამდენად არის შემცირებული ინტერვენციისა (წამალი, პროცედურა),
ასევე პერსონალის მხრიდან გამოწვეული რისკები.

მკურნალობა ან პროცედურა შეიძლება არ იყოს უსაფრთხო, იმ შემთხვევაშიაც კი თუ ის დროული და სოციალურად მისაღებია (მაგალითად პროცედურას აწარმოებს კარგ ტრენინგ გავლილი, გამოცდილი, მაგრამ დაღლილი ქირურგი). პაციენტის უსაფრთხოება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მჭიდროდაა კავშირში პაციენტის უფლებებთან, როგორც ადამიანის უფლებების ერთ-ერთ ძირითად ნაწილთან.

ამ კომპონენტის შესაფასებლად ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი დაბრკოლებაა პაციენტების უსაფრთხოების შესახებ მონაცემების ნაკლებობა. მონაცემები, რომლებიც აუცილებელია პაციენტების უსაფრთხოების ისეთი ძირითადი ინდიკატორებისათვის, როგორიცაა ოპერაციის შემდგომი ინფექციები და სამედიცინო შეცდომები, არ მიეწოდება ჯანდაცვის ცენტრალურ საინფორმაციო სისტემას.

შედეგი

შედეგის ხარისხი ახასიათებს ფაქტიურად მიღწეული შედეგების შედარებას დაგეგმილთან. იგი გვიჩვენებს სამედიცინო ჩარევების შედეგად კონკრეტული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილების დინამიკას, სამედიცინო დაწესებულებაში საანგარიშო პერიოდში პაციენტთა მკურნალობის შედეგებს (გამოჯანმრთელება, ფუნქციის აღდგენა, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, ან გადარჩენა).

შედეგების მაჩვენებლების გაზომვა:

გარდაცვალება;
მკურნალობის შედეგად გართულებები;
გარკვეული მკურნალობის ფონზე გახანგრძლივებული სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა;
პაციენტთა კმაყოფილება. ერთ დღეს გაწერილი პაციენტების გამოკითხვა უშუალოდ გაწერის მომენტში წინასწარ შედგენილი კითხვარით

ხარისხის მართვის მოდელები

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის პროცესში გარკვეული ჯგუფების მონაწილეობის მიხედვით გამოყოფენ ხარისხის მართვის სამ მთავარ მოდელს:

პროფესიული მოდელი, რომელშიც ხარისხის შეფასებაში ცენტრალური ადგილი უკავია ექიმს. ამ მოდელში სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე კონტროლს ახორციელებენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები. იგი ხარისხის შიდა კონტროლს განეკუთვნება. ამ მოდელში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა კადრების პროფესიონალიზმს, მათ შერჩევას.

სამომხმარებლო მოდელი, რომელშიც მთავარი როლი ენიჭება პაციენტს და სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე კონტროლი ხორციელდება მომხმარებელთა მიერ.

ბიუროკრატიული მოდელი გულისხმობს მთავრობის მიერ განსაზღვრული ორგანიზაციების მიერ ხარისხზე კონტროლის უზრუნველყოფას. ან შესაძლებელია კონტროლი განახორციელონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისაგან და მომხმარებლებისაგან დამოუკიდებელი ორგანიზაციის მიერ.

მკვლევართა აზრით, ოპტიმალურს წარმოადგენს შერეული მოდელი, რომელშიც წარმოდგენილია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამივე მოდელის ნიშნები.

ხარისხის შესაფასებლად წინასწარ დადგენილი სხვადასხვანაირი კრიტერიუმი არსებობს:

გარკვეული პერიოდის განმავლობაში გაზრდილი ან შემცირებული პაციენტთა სიკვდილიანობა,
საავადმყოფოში გავრცელებული შიდა ინფექციების დონე
ერთხელ განკურნებული პაციენტების საავადმყოფოში შებრუნების მაჩვენებლები;
სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება;
კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და დაავადებათა მართვის სტანდარტების (პროტოკოლების) გამოყენების აუცილებლობა.

11.4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მოქმედი ფაქტორები

პაციენტმა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება რომ მიიღოს იგი ***ხელმისაწვდომი*** უნდა იყოს მისთვის. როდესაც ჯანდაცვა ნაკლებად ხელმისაწვდომია, ჯანმრთელობის გამოსავლები არადამაკმაყოფილებელია, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დაბალია. ამრიგად, ხარისხი დამოკიდებულია სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.[1]

პაციენტის პრობლემების გადასაწყვეტად ექიმს უნდა გააჩნდეს ***სათანადო ცოდნა,*** რომლის მეშვეობით მას შეუძლია განსზღვროს მკურნალობის ეფექტური მეთოდები. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დამოკიდებულია სათანადო განათლებაზე.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე გავლენას ახდენს სამედიცინო პერსონალის ***ანაზღაურება.*** როგორც ცნობილია, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება ზრდის ექიმის ფინანსურ დაინტერესებას, დაზღვეულ პაციენტს დაუნიშნოს მეტი სერვისი. ამრიგად, ფინანსური ფაქტორი გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების რაოდენობაზე და შესაბამისად ხარისხზე.[2] ამის საპირისპიროდ, სულადობრივი ანაზღაურების დროს ექიმი არ არის დაინტერესებული მეტი სერვისის ჩატარებით. ექსპერტთა აზრით, სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხი გულისხმობს ისეთ კლინიკურ გადაწყვეტილებას, რომელიც არ იქნება დამოკიდებული ექიმის ფინანსურ დაინტერესებაზე.[3]

კვლევების მიხედვით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ორჯერ მეტი ქირურგიული ჩარევები ტარდება ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით, ვიდრე დიდ ბრიტანეთში.[4] ექსპერტთა აზრით, იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ შეერთებული შტატებში ქირურგების უმრავლესობის ასანაზღაურებლად იყენებენ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებას, მაშინ როდესაც, დიდ ბრიტანეთში მათი ანაზღაურება უმთავრესად ხდება ფიქსირებული ხელფასით. აქედან გამომდინარე, აშშ-ში არსებული ანაზღაურების სისტემა ზრდის ქირურგიული ოპერაციების სიხშირეს, ხოლო არასაჭირო ქირურგიული ჩარევები ამცირებს სამედიცინო მომსახურების

1 Schiff GD et al. A better quality alternative: Single payer national health reform. *JAMA.* 1994;272:803.

2 Relman AS. *A Second Opinion: Rescuing America's Health Care.* New York, NY: Public Affairs; 2007.

3 Schiff GD et al. A better quality alternative: Single payer national health reform. *JAMA.* 1994;272:803.

4 Bunker J. Surgical manpower. *N Engl J Med.* 1970;282:135.

ხარისხს.[1] ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, ქირურგიული მკურნალობის სხვადასხვა სახეები, შესაბამისად, 8%-დან 86%-მდე აღმოჩნდა არასაჭირო და გამოიწვია სიკვდილიანობა და ინვალიდობა.[2]

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კონკურენტული გარემოს არსებობა.

11.5. პაციენტის უსაფრთხოება

საექიმო შეცდომები

საექიმო შეცდომა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის არასამართალზომიერ ქმედებას, ან უმოქმედობას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის სიკვდილი ან ჯანმრთელობის გაუარესება, ან პაციენტისათვის მორალური ან მატერიალური ზიანის მიყენება.

განასხვავებენ სამედიცინო შეცდომას და სამედიცინო გადაცდომას. ***სამედიცინო შეცდომა*** უმთავრესად სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ უნებლიე შეცდომითაა გამოწვეული, რაც განაპირობებს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან სიკვდილს და რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო; ***სამედიცინო გადაცდომა*** წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ქმედებით, უმოქმედობით ან გულგრილობით გამოწვეულ პროფესიულ შეცდომას, რომელმაც გამოიწვია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი და რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო.[3]

ძველი ბერძნები და რომაელები ჯერ კიდევ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე მეოთხე საუკუნეში აღნიშნავდნენ, რომ მკურნალობას შეიძლებოდა პაციენტის დაზიანება გამოეწვია. ცნობილია ჰიპოკრატეს (ჩვ.წ.აღ-მდე IV საუკუნე) გამონათქვამი: „მთავარია არ ავნო" („primum non nocere"). იგივეს აღნიშნავდნენ ძველი ქართული სამკურნალო წიგნები. „უსწორო კარაბადინში" (X საუკუნე) წერია: „აქიმი მეცნიერი და ფრთხილი უნდა რომე შეიტყოს". სამედიცინო შეცდო-

1 Moore F. What puts the surge in surgery? *N Engl J Med.* 1970; 282:162.

2 Leape LL. Unnecessary surgery. *Ann Rev Public Health.* 1992;13:363.

3 მთავრობის დადგენილება № 177, 2012. სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 177. თბილისი. 2012 წლის 14 მაისი.

მების ღრმა, მეცნიერული ანალიზი მხოლოდ XX საუკუნის ბოლოს დაიწყო.[1]

1984 წელს ამერიკელმა ექიმებმა დაარსეს ფონდი „პაციენტთა უსაფრთხოება ანესთეზიაში", რომლის შემდეგ ფართოდ დამკვიდრდა ტერმინი „პაციენტთა უსაფრთხოება". 1999 წელს, აშშ-ს მეცნიერების ნაციონალური აკადემიის მედიცინის ინსტიტუტმა (IOM) გამოსცა ნაშრომი „შეცდომა ადამიანური თვისებაა: როგორ გავხადოთ ჯანდაცვის სისტემა უფრო უსაფრთხო"; ხოლო იმავე ინსტიტუტის ბაზაზე შეიქმნა პაციენტთა უსაფრთხოების ცენტრი. ნაშრომის გამოქვეყნებამ მკვეთრად გაზარდა საექიმო შეცდომების საკითხისადმი საზოგადოების ინტერესი. მთელ რიგ ქვეყნებში სახელმწიფომ მნიშვნელოვანი ღონისძიებები განახორციელა პაციენტთა უსაფრთხოების ასამაღლებლად.[2]

2002 წელს ჯანმრთელობის 55-ე მსოფლიო ასამბლეაზე მიღებულ იქნა რეზოლუცია, სადაც ხაზგასმული იყო, რომ ქვეყნებს უნდა გაეძლირებინათ პაციენტთა უსაფრთხოების ღონისძიებები. 2004 წლის ოქტომბერში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შექმნილ იქნა „პაციენტთა უსაფრთხოების მსოფლიო ალიანსი", რომელმაც შეიმუშავა პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი ძირითადი მიმართულებები:

- მედიკამენტური მკურნალობის უსაფრთხოება;
- სამკურნალო დაწესებულებაში ინფექციური დასნებოვნების თავიდან აცილება (ნოზოკომიური უსაფრთხოება);
  ხელების ჰიგიენის დაცვა;
  უსაფრთხო ქირურგია;
  ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის შემცირება;
  სამედიცინო შეცდომების საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ტაქსონომია);
  კვლევები.[3]

2006 წელს ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტმა მიიღო რეკომენდაცია „პაციენტთა უსაფრთხოების მართვა და არასასურველი მოვლენების პრევენცია ჯანდაცვაში", რომლითაც მოუწოდა წევრ სახელმწიფოებს, შეიმუშაონ პაციენტთა უსაფრთხოების პოლიტიკის თანმიმდევრული და ამომწურავი საკანონმდებლო ჩარჩო; ხელი შეუწყონ პაციენტთა უსაფრთხოების შემთხვევების შეტყობინების სისტემის დანერგვას, სასწავლო პროგრამების შემუშავებას, კვლე-

1 გეგელაშვილი გიორგი. ჯუმბერ ჩოლობარგია. 2010. სამედიცინო შეცდომა, პაციენტთა უსაფრთხოება და კანონმდებლობა. თბილისი.

2 იქვე.

3 იქვე.

ვას, პაციენტთა უსაფრთხოების სარწმუნო მაჩვენებლების დადგენას და რეგულარული ანგარიშების წარმოებას.[1]

2005 წელს აშშ-ში ამოქმედდა ფედერალური კანონი „პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ", ხოლო 2010 წელს მიღებულ იქნა „პაციენტთა დაცვისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის აქტი". პაციენტთა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული სპეციალური კანონები ასევე მიღებულ იქნა რიგ ევროპულ ქვეყნებში, ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში, ხოლო სამედიცინო პროცესის უსაფრთხოების და ხარისხის მართვის რეგულაციები დაინერგა ყველა განვითარებულ ქვეყანაში.[2]

აღნიშნული ღონისძიებების შედეგად ჩამოყალიბდა სამედიცინო შეცდომებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხებზე სრულიად ახლებური მიდგომა. პაციენტის უსაფრთხოებაზე მთავარი მნიშვნელობა ენიჭება არა მხოლოდ ექიმის ინდივიდუალურ პერსონალურ პასუხისმგებლობას, არამედ იმ ინსტიტუციურ სისტემას, იმ გარემოს (მარეგულირებელი ორგანოები, პოლიტიკის გამტარებლები, ადმინისტრატორები, სამედიცინო მოწყობილობათა და წამლის მომწოდებლები), რომელშიც მოქმედებს სამედიცინო პერსონალი. აქცენტი კეთდება იმ მიზეზებზე, რომლებიც განაპირობებენ სამედიცინო შეცდომას და შედეგად ზიანს. სწორედ სისტემური მიდგომით, შეცდომებზე რეაგირების ახალი მექანიზმების დანერგვით არის შესაძლებელი პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესება.[3]

ამრიგად, ახალი მიდგომით, პაციენტის დაზიანების და სიკვდილის თავიდან აცილებადი მიზეზებიდან უმთავრესად სახელდება სამედიცინო მომსახურების სისტემის გაუმართაობა და არა სამედიცინო პერსონალის ბრალეულობა. პაციენტთა უსაფრთხოების კანონმდებლობა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების გასაწევად საჭირო სათანადო, უსაფრთხო გარემოს შექმნას.[4]

სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული გამოკვლევებიდან დადგინდა, რომ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში (დაახლოებით 10-16%) აღინიშნება მკურნალობის შედეგად გამოწვეული არასასურველი მოვლენები, რომელთა 5-8% სიკვდილით მთავრდება.[5] დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ყოველწლიურად საავადმყოფო სექტორში ხდება დაახლოებით 850 000 ჯან-

1 გეგელაშვილი გიორგი. ჯუმბერ ჩოლობარგია. 2010. სამედიცინო შეცდომა, პაციენტთა უსაფრთხოება და კანონმდებლობა. თბილისი.

2 იქვე.

3 იქვე.

4 იქვე.

5 Baker, G R. 2004. Harvard Medical Practice Study, Qual. Saf. Health Care; 13;151-152.

მრთელობის დაზიანების შემთხვევა (სტაციონარში მოთავსებული პაციენტების 11%), ხოლო კლინიკური დაუდევრობით გამოწვეულ შემთხვევებზე იხარჯება 400 მილიონ ფუნტზე მეტი (დაახლ. 600 მილიონი ევრო) წელიწადში.[1]

აშშ-ს საავადმყოფოებში ყოველწლიურად დაახლოებით 32 000 ადამიანი იღუპება ისეთი სამედიცინო შეცდომებით, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო.[2] დაახლოებით 57 000 ადამიანი იღუპება იმის გამო, რომ ისინი არ ღებულობენ შესაბამის სამედიცინო მომსახურებას, რაც უმეტეს შემთხვევაში დაკავშირებულია ისეთ გარემოებებთან, როგორიცაა მაღალი არტერიული წნევისა და სისხლში ქოლესტერინის მატების არაადექვატური კონტროლი.[3]

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ამბულატორული პაციენტების 8-დან 24%-მდე ღებულობდნენ არასათანადო მედიკამენტებს.[4] ასევე შეინიშნება ამბულატორიულ პირობებში მედიკამენტების დანიშვნასთან დაკავშირებული ფატალური შეცდომები.[5] მედიკამენტების გამოწერით გამოწვეულ შეცდომებს ადგილი ჰქონდა ამბულატორიულად გამოწერილი რეცეპტების 7.6%-ში.[6] მოზრდილთა 45%-ს არ მიუღია რეკომენდირებული პრევენციული მკურნალობა, ხოლო მწვავე დაავადების მქონე პაციენტთა 30%-მა მიიღო არაადექვატური მედიკამენტური მკურნალობა[7];[8]. ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა მხოლოდ 34% მკურნალობს ადეკვატურად.[9] დიაბეტიან ავადმყოფთა 63% კონტროლი არადამაკმაყოფილებელია.[10]

1 The UK Department of Health, 2000 report. An organisation with a memory.

2 Zahn and Miller, 2003. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization.

3 National Committee for Quality Assurance Selects McKesson to Review HEDIS Codes for Accuracy; Expertise Was Key Factor in Selecting First Coding Consultant ("National Committee for Quality Assurance, 2003").

4 Rothschild JM et al. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*. 2000;160:2717.

5 Phillips DP et al: Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*. 1998;351:643.

6 Gandhi TK et al. Outpatient prescribing errors and the impact of computerized prescribing. *J Gen Intern Med*. 2005;20:837.

7 Schuster MA et al. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q*. 1998;76:517.

8 McGlynn EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003;348:2635.

9 Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003;289:2560.

10 Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004;291:335.

ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რასობრივი და ეთნიკური უმცირესობების მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურება თეთრკანიან პაციენტებთან შედარებით დაბალი ხარისხისაა.[1] მედიცინის ინსტიტუტის დასკვნით, საექიმო ცოდნასა და პრაქტიკას შორის არის დიდი უფსკრული.[2] შედეგად, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ვერ სვამს სწორ დიაგნოზს და ვერ ატარებს შესაბამის მკურნალობას. აშშ-ში ექიმების 5-15%-ს არ გააჩნიათ სრულყოფილი ცოდნა პრაქტიკულ მედიცინაში.[3]

1984 წელს ჰარვარდის სამედიცინო პრაქტიქის კვლევის შედეგად შესწავლილ იქნა ნიუ იორკის 51 საავადმყოფოს 30 000 სამედიცინო ჩანაწერი.[4] კვლევამ აჩვენა, რომ საავადმყოფოში მიმართულ პაციენტთა დაახლოებით 4%-ს აღინიშნებოდა სამედიცინო დაზიანება, რაც განპირობებული იყო დაავადების მართვასთან დაკავშირებული პრობლემებით, ვიდრე საკუთრივ დაავადებით.

სამედიცინო დაზიანება შეიძლება იყოს როგორც გაუფრთხილებლობით განპირობებული ისე მის გარეშეც. განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა, პაციენტს სამკურნალოდ დაენიშნა მედიკამენტი, რომლის მიღებისთანავე დაეწყო სპაზმური ხველა, სუნთქვის უკმარისობა. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანით იგი გადაიყვანეს საავადმყოფოში, სადაც დაუსვეს დიაგნოზი: ალერგიული რეაქციის შედეგად განვითარებული ანაფილაქსიური შოკი. ამ შემთხვევაში ექიმს ანამნეზის შეკრებისას არ გამოუკითხავს, რომ პაციენტს ჰქონდა მედიკამენტოზური ალერგია; თავის მხრივ, ვერც პაციენტმა გააცნობიერა რომ მედიკამენტი შეიცავდა ალერგიულ ნივთიერებებს. აღნიშნული შემთხვევა შეიძლება ჩაითვალოს ექიმის დაუდევრობად, ჰარვარდის კვლევის მიხედვით, საექიმო შეცდომების 28% გამოწვეულია ექიმთა დაუდევრობით.[5] იგივე კვლევის მიხედვით,[6] საექიმო შეცდომების 28% გამოწვეულია ექიმთა დაუდევრობით. იმ საექიმო შეცდომებიდან, რომელიც დამთავრდა გარდაცვალებით, პროფესიულმა დაუდევრობამ შეადგინა 51%. ყველაზე გავრცელებულ ჯანმრთელობის დაზიანებას წარმოადგენდა მედიკამენტოზური რეაქცია (19%) და ჭრილობის ინფიცირება (14%). სამედიცინო

1 Institute of Medicine.*Unequal Treatment*.Washington,DC: National Academies Press; 2003.

2 Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

3 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy: A Clinical Approach. Fifth Edition. 2009.

4 Studdert DM et al.Medical malpractice. *N Engl J Med*. 2004;350:283.

5 Studdert DM et al.Medical malpractice. *N Engl J Med*. 2004;350:283.

6 Baker, G R. 2004. Harvard Medical Practice Study, Qual. Saf. Health Care; 13;151-152.

ზიანის 8% განპირობებული იყო არასწორი დიაგნოსტიკით, რომელთაგან 75%-ს მიზეზს წარმოადგენდა ექიმთა დაუდევრობა.[1]

საექიმო შეცდომები საქართველოში

მოქალაქეებს სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ჰქონდეთ გარანტია, რომ მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება იქნება უსაფრთხო. ამისთვის ჯანდაცვის სისტემას უნდა შეეძლოს სამედიცინო შეცდომების პრევენცია შესაბამისი კანონმდებლობის შემუშავების, კლინიკური გაიდლაინების დანერგვის მეშვეობით.

2010 წლის 17 დეკემბერს მიღებულ იქნა საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 385 „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე."[2] სტაციონარული დაწესებულებების ნებართვების სისტემა შემუშავებული იქნა პაციენტების უსაფრთხოების დაცვის უზრუნველსაყოფად. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის მიზნით, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით ახორციელებს სალიცენზიო ან სანებართვო პირობების შერჩევით შემოწმებას.

ექიმის პროფესიული საქმიანობა ექვემდებარება ზედამხედველობას და ხარისხის კონტროლს. სამინისტრო პერიოდულად, წელიწადში ერთხელ მაინც, შერჩევით აკონტროლებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ წარმოებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და სამედიცინო დოკუმენტაციას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა.[3] ხარისხის მართვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს ხარისხის მართვის ერთეული, რომელიც თავის სამუშაო პროცესს

1 Baker, G R. 2004. Harvard Medical Practice Study, Qual. Saf. Health Care; 13;151-152.

2 საქართველოს მთავრობა, 2010. სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 385. 2010 წლის 17 დეკემბერი.

3 საქართველოს მთავრობა, 2010. სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 385. 2010 წლის 17 დეკემბერი.

წარმართავს დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ შიდა ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციით. ინსტრუქცია მოიცავს როგორც დარგის მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ისე დაწესებულების შიდა განაწესით გაწერილი მოთხოვნების სტაციონარში დანერგვის, შემდგომში პროცესებზე მონიტორინგისა და კონტროლის, ასევე ხარისხის უზრუნველყოფის დროში გაწერილ ღონისძიებებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შექმნილია პროფესიული განვითარების საბჭო, რომელიც იღებს გადაწყვეტილებას სამედიცინო პერსონალისათვის სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების თაობაზე. საბჭო აგრეთვე განიხილავს სამედიცინო პერსონალის საქმიანობასთან დაკავშირებულ განცხადება/საჩივრებს, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ შესწავლილი მასალების საფუძველზე იღებს გადაწყვეტილებას სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე.

პაციენტები, ან მათი წარმომადგენლები უფლებამოსილი არიან შეიტანონ საჩივარი ან განცხადება პროფესული განვითარების საბჭოში სერთიფიცირებული ექიმის წინააღმდეგ. საბჭო აწესებს სანქციებს დარღვევის აღმოჩენის შემთხვევაში. განცხადების ან საჩივრის მიღების შემთხვევაში საბჭო მის ასლს ერთი კვირის ვადაში უგზავნის დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს, რომელსაც ეხება განცხადება ან საჩივარი (მუხ. 84). დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა განცხადებაში ან საჩივარში მითითებულ გარემოებებზე წერილობით უნდა გასცეს პასუხი, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა საბჭო გადაწყვეტს, რომ საკმარისია ზეპირი პასუხი (მუხ, 85.1).

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებულია პროფესიული პასუხისმგებლობის შემდეგი სახეები: წერილობითი გაფრთხილება; სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება; სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება; ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვა; საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები (მუხ, 74.1)

ექიმებს შეუძლიათ გაასაჩივრონ ნებისმიერი ზემოთაღნიშნული, ასევე ნებისმიერი გადაწყვეტილება პროფესიული საქმიანობის დარღვევების შესახებ (მუხ. 74.3, 77.4, 80 და 89).

შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის #24/ნ ბრძანება (30.01.2005) არეგულირებს სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელი სახელმწიფო სააგენტოს სტატუტს. იგი განსაზღვრავს სააგენტოს, როგორც მაკონტროლებელ ორგანოს, რომელიც

მეთვალყურეობს საქართველოს ტერიტორიაზე ყველა ფიზიკური და იურიდიული პირის სამედიცინო საქმიანობას.

სამედიცინო პერსონალისათვის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრებისას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოების გამორიცხვას, რომ ზიანის წარმოშობას ან გაზრდას ხელი ხომ არ შეუწყოს დაზარალებულის ქმედებამ. სამოქალაქო კანონმდებლობით, ზიანის მიმყენებელმა პასუხი უნდა აგოს მხოლოდ საკუთარი ბრალეული მოქმედებისათვის, ანუ მისი პასუხისმგებლობა უნდა შემოიფარგლოს მის მიერ განხორციელებული მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით. აღნიშნული გამომდინარეობს სამოქალაქო კოდექსის 415-ე მუხლის პირველი ნაწილიდან, რომლის თანახმად, თუ ზიანის წარმოშობას ხელი შეუწყო დაზარალებულის მოქმედებამაც, მაშინ ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება და ამ ანაზღაურების მოცულობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ უფრო მეტად რომელი მხარის ბრალით არის ზიანი გამოწვეული.

პაციენტი თავის მხრივ ვალდებულია, მისცეს სრულყოფილი ინფორმაცია თავისი პირადი მონაცემებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის თაობაზე, წარუდგინოს ზემოაღნიშნულის ამსახველი სამედიცინო დოკუმენტაცია, რაც გათვალისწინებულია საქართველოს კანონმდებლობით.[1]

„პაციენტის უფლებების შესახებ" საქართველოს კანონის მე-10 მუხლით, პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:

ა) კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია:

ა.ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;

ა.ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;

ა.გ) სამედეცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;

ა.დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;

ბ) სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;

გ) სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.[2]

დაუდევობა არ შიეძლება გაიგივებულ იქნას არაკომპეტენტურობასთან. ნებისმიერ კარგ ექიმს შეიძლება მოუვიდეს შეცდომა.

---

1 „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა" – წიგნი პაციენტებისთვის. „ფონდი – ღია საზოგადოება საქართველოს. 2011 წ.

2 „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა" – წიგნი პაციენტებისთვის. „ფონდი – ღია საზოგადოება საქართველოს. 2011 წ.

შეიძლება რეანიმაციულ განყოფილებაში გატარებული უძინარი ღამე გახდეს ამისი წინაპირობა.

საექიმო შეცდომის შეფასება ხორციელდება განსაზღვრული კრიტერიუმების და სტანდარტების მიხედვით, სადაც ითვალისწინებენ ადექვატურობას, ეფექტურობას, ეკონომიურობას, მეცნიერულ-ტექნიკურ დონეს. ამ სტანდარტების გათვალისწინებით შესაძლოა ექიმის პროფესიონალიზმის შეფასება შემდეგ გარემოებებთან მიმართებაში:

1) დროულობა (გამოკვლევები, დიაგნოზის დასმა, მკურნალობა)

2) კვალიფიციურობა (დიაგნოზისა და მკურნალობის მართებულობა...)

3) ეკონომიური ეფექტურობა

4) ეთიკური და დეონტოლოგიური პრინციპების დაცვა.

სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლისას არის შემდეგი გარემოებები რომელთა ჭრილშიც ექსპერტებმა უნდა განიხილონ კონკრეტული საქმე, კერძოდ:

1) შეცდომის ხასიათის დადგენა (რა ეტაპზე მოხდა შეცდომის დაშვება: მკურნალობა, დიაგნოსტიკა თუ რეაბილიტაცია)

2) განისაზღვროს არსებობა (ან არარსებობა) მიზეზობრივი კავშირისა დაშვებულ შეცდომასა და პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანებას შორის.

3) შეცდომის არსებობისას მიზეზთა განმარტება და მისი დასაბამის ძიება.

4) მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის დადგენა ექიმის მოქმედებას (ან უმოქმედობას) შორის. ასევე სხვა ხარვეზების გამოვლენა სამედიცინო დახმარების გაწევის მომენტში.

ქვეყანაში მოქმედი პროფესიული განვითარების საბჭოს ერთერთი ფუნქციაა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობასთან დაკავშირებული განცხადება-საჩივრების განხილვა და სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ შესწავლილი მასალების საფუძველზე პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება. წლის განმავლობაში საბჭოს მიერ განხილული პროფესიული პასუხისმგებლობების ანუ პროფესიული შეცდომებისა და გადაცდომების რაოდენობა სხვა კრიტერიუმებთან ერთად განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონეს.

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან მიღებული მონაცემებით პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე დასმული ექიმების პასუხისმგებლობის საკითხთა რაოდენობა წლების განმავლობაში ვარირებს. ხშირი სამედიცინო შეცდომები და გადაცდომები იწვევს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების გაზ-

რდას, რესურსების არაადექვატურ ხარჯვასა და შეიძლება გახდეს პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების, რიგ შემთხვევებში კი, ლეტალური გამოსავლის მიზეზი.[1]

ნახ. პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე დასმული და საბჭოს მიერ განხილული ექიმების პასუხისმგებლობის საკითხი

	2007	2008	2009	2010	2011
პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე დასმული ექიმების პასუხისმგებლობის საკითხი	118	89	145	347	236
პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ განხილული ექიმების პასუხისმგებლობის საკითხი	59.3%	84.3%	24.1%	93.1%	100%

წყარო: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო

სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და უსაფრთხოების შესაფასებლად აგრეთვე გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორი: არასახარბიელო (გვერდითი) მოვლენებისა და გართულებების (საკეისრო კვეთის შემდგომი პერიტონიტი, სამეანო ტრავმა) პროცენტული წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში. ცხრილში წარმოდგენილია 2001-2011 წლების განმავლობაში საკეისრო კვეთის შემდგომი პერიტონიტისა და სამეანო ტრავმების შესახებ მონაცემები საქართველოში. პერიტონიტით გართულებული საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი წლების განმავლობაში სტაბილურად დაბალია და 2009-2010 წლებში არ დაფიქსირებულა არც ერთი შემთხვევა. 0,3%-მდე მეყსეულ მატებას ადგილი ჰქონდა მხოლოდ 2003 წელს. როგორც ჩანს, ეს მაჩვენებლები დაბალია იმ ფონზე, რომ 2000 წელს საკეისრო კვეთის შემდეგ პუერპერული ინფექციების (სეპსისისა და პერიტონიტის ჩათვლით) პროცენტული წილი ცოცხლადშობადობით დასრულებული საკეისრო კვეთების საერთო რაოდენობაში ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებში 2,7%-3.1%-ის ფარგლებში მერყეობდა.[2]

რაც შეეხება სამეანო ტრავმების წილს ცოცხლადშობადობის საერთო რაოდენობაში 2001 წლიდან 2006 წლამდე იგი 1.8-1.1%-ის ფარგლებში მერყეობდა. ეს მაჩვენებლები დაბალია საერთაშორისო მონაცემებთან შედარებით, მაგ. 2006 წელს აშშ-ში სამეანო ტრავმით

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

2 დოლეა, სტეინი. „მელოგინეთა სეპსისის გლობალური ტვირთი 2000 წელს". EIP/WHO. ჟენევა 2003 წ.

გართულებული მშობიარობის წილმა ცოცხლადშობადობის საერთო რაოდენობაში 3,8% შეადგინა (ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2009. გვ. 98). სავარაუდოდ, ასეთ დაბალ ოფიციალურ მაჩვენებლებს განაპირობებს სამედიცინო დახმარების გამწევთა მხრიდან შემთხვევათა არასრული შეტყობინება. 2007 წლიდან სამეანო ტრავმების წილს ცოცხლადშობადობის საერთო რაოდენობაში შეადგინა 6-4%, რაც ძალიან არ განსხვავდება საერთაშორისო მონაცემებიდან.[1]

ცხრილი 1: საკეისრო კვეთების შემდგომი პერიტონიტის წილი საკეისრო კვეთების საერთო რაოდენობაში და სამეანო ტრავმების წილი ცოცხლად დაბადებულთა საერთო რაოდენობაში

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
სამეანო ტრავმები	1.8	1.8	1.6	1.5	1.1	1.3	5.7%	5.1%	4.6%	4.1%	4.3%
საკეისრო კვეთის შემდგომი პერიტონიტი	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1	0.01	0.04	0	0	0.01

წყარო: დკ&სჯეც

მონაცემთა ხელმისაწვდომობა და პაციენტთა უსაფრთხოების შეფასების ინდიკატორთა რაოდენობა შეზღუდულია. მაგ. შეუძლებელია რუტინული ანგარიშგება პაციენტთა უსაფრთხოების ისეთ ინდიკატორებზე, როგორიცაა ნოზოკომიური ინფექციები, რეპოსპიტალიზაციის, პოსტოპერაციული გართულებები და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. ასევე დაბალია არსებული ინდიკატორების გამოსათვლელად საჭირო მონაცემთა ხარისხი.[2]

პაციენტის უსაფრთხოებისა და მათი კმაყოფილების შესაფასებლად ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი დაბრკოლებაა პაციენტების უსაფრთხოების შესახებ მონაცემების ნაკლებობა. მონაცემები, რომლებიც აუცილებელია პაციენტების უსაფრთხოების ისეთი ძირითადი ინდიკატორებისათვის, როგორიცაა ოპერაციის შემდგომი ინფექციები და სამედიცინო შეცდომები, არ მიეწოდება ჯანდაცვის ცენტრალურ საინფორმაციო სისტემას. ინფორმაცია საკეისრო კვეთების შემდეგ სამეანო ტრავმებისა და პერიტონიტების შესახებ ხელმისაწვდომია, თუმცა, როგორც ჩანს, არასაიმედო. პაციენტების უსაფრთხოების შეფასებისთვის აუცილებელია ზუსტი გაზომვები და ასეთი ინფორმაციის წარმოდგენა.[3]

1 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.
2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.
3 იქვე.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად ასევე გამოიყენება *ნოზოკომური ინფექციების წილი გამოკვლეულ კულტურაში.* დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის მიერ 2011 წელს თბილისის ოთხი მრავალპროფილური საავადმყოფოს 2007-2010 წლების მიკრობიოლოგიური მონაცემების რეტროსპექტული ანალიზიდან ჩანს, რომ გამოკვლეული 3452 კლინიკური ნიმუშიდან დადებითი შედეგი დაფიქსირდა 1607 კულტურაში (46.6%); ყველაზე ხშირად იზოლირებული მიკროორგანიზმი იყო Klebsiella pneumonia – 26.5%, Pseudomonas aeruginosa – 15.2%, Candida albicans – 12.3%, Staphylococcus aureus – 9%, E. coli – 7.6% და Acinetobacter baumannii – 5.1%.[1]

პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, 2012 წლის ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლები დაიწყო ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობა, რომელიც მოიცავს: შერჩეული სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებების ინტენსიური თერაპიის/რეანიმაციის განყოფილებებში შეგროვებული მასალის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევების ჩატარებას, მიღებული ბაქტერიული კულტურების ანტი-მიკრობული რეზისტენტობის შესწავლას და სტანდარტული გამოკითხვის წარმოებას ნოზოკომიური ინფექციების რისკფაქტორების დასადგენად. პროგრამა ასევე უზრუნველყოფს სამედიცინო პერსონალისა და ეპიდემიოლოგებისათვის სატრენინგო კურსის შემუშავებას და შესაბამისი ტრენინგების ჩატარებას.[2]

11.6. მტკიცებულებებზე დამყარებული კლინიკური პრაქტიკა

კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დანერგვა სერიოზული წინგადადგმული ნაბიჯია სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და კლინიკური შედეგების გასაუმჯობესებლად. იგი სწავლობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დამუშავებისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში მათი დანერგვის მდგომარეობას.

კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების მიზნებია:

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარება და მხარდაჭერა;

1 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ექიმებისათვის გადაწყვეტილების მიღების პროცესის გამარტივება;
პაციენტისათვის საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის ხელმისაწვდომობა;
სახელმწიფოსათვის ჯანდაცვის სერვისების კონტროლის ეფექტურობა.

კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია (გაიდლაინი) არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული, კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია-სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფო პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტს და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) არის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანმიმდევრობა

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარების მიზნით, ჯანდაცვის მინისტრის N94/ნ ბრძანებით 2006 წლის მარტში შეიქმნა ჯანდაცვის მინისტრის სათათბირო ორგანო – კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭო. მისი საქმიანობის ძირითადი მიზნები და ამოცანებია:

- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარება და სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესება;
  გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების, განხილვის, დამტკიცებისა და დანერგვის პროცესის კოორდინაცია;
  კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების დანერგვის პროცესის ზედამხედველობა, განხორციელებისათვის საჭირო რესურსების განსაზღვრა.

ეროვნული საბჭოს წევრები არიან საქართველოში მოქმედი პროფესიული ასოციაციების წარმომადგენლები. საბჭოს შემადგენლობაში თანაბარი რაოდენობით შედიან წარმომადგენლები სამინისტროდან, დარგობრივი ასოციაციებიდან და სამედიცინო დაწესებულებებიდან: სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ შემუშავებული გაიდლაინები და პროტოკოლები დარგობრივ ასოციაციებში ექსპერტიზის გავლის შემდგომ წარედგინება საბჭოს. საბჭოს გადაწყ-

ვეტილების მიღება ხდება კენჭისყრით. საბჭოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება წარედგინება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს დასამტკიცებლად.

გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება ხორციელდება პროფესიული ასოციაციების, ექიმთა/სპეციალისტთა ჯგუფების მიერ. მათ ექსპერტიზას აწარმოებს დარგობრივი ასოციაციების, დარგის წამყვანი სპეციალისტებისა და ექსპერტებისაგან შემდგარი ჯგუფები. ექსპერტიზირებული გაიდლაინი/პროტოკოლი წარედგინება საბჭოს განსახილველად საბჭოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება მტკიცდება მინისტრის ნორმატიული აქტით.

გაიდლაინის ავტორი შეიძლება იყოს შესაბამისი დარგის ექიმი / სპეციალისტი, დარგობრივი ასოციაცია, საუნივერსიტეტო კათედრა ან სამედიცინო დაწესებულება. პროტოკოლი უნდა შემუშავდეს სერვისების (ტიპური დაწესებულებების) შესაბამისად და უნდა შეიმუშავოს შესაბამისი გაიდლაინის ავტორებმა, კონკრეტული სერვისების წარმომადგენლებთან და ექსპერტებთან ერთად.

ავტორმა/ავტორთა ჯგუფმა შემუშავებული გაიდლაინი და გაიდლაინზე დაფუძნებული პროტოკოლები უნდა წარადგინოს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის სამედიცინო სტანდარტებისა და ნორმების სამმართველოში. გაიდლაინებისა და პროტოკოლების ექსპერტიზას აწარმოებს დარგობრივი ასოციაციების, დარგის წამყვანი სპეციალისტებისა და ექსპერტებისაგან შემდგარი ჯგუფები. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია დამოუკიდებელი (მათ შორის საერთაშორისო) ექსპერტიზის ჩატარება. ექსპერტიზის ვადაა არაუმეტეს 2 თვისა. ექსპერტიზის პროცესს ორგანიზებას უწევს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის სამედიცინო სტანდარტებისა და ნორმების სამმართველო.

ექსპერტიზირებული გაიდლაინი/პროტოკოლი წარედგინება საბჭოს განსახილველად მოწოდებიდან არა უგვიანეს 1 თვისა. საბჭოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება წარედგინება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს და მტკიცდება ნორმატიული ბრძანებით.

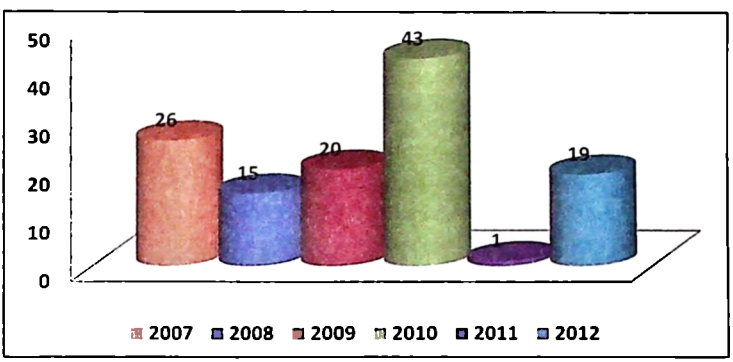
მინისტრის ნორმატიული ბრძანებით დამტკიცების შემდეგ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები ქვეყნდება სამინისტროს ვებ-გვერდზე. მისით სარგებლობა გათვალისწინებული იქნება სამედიცინო დაწესებულებებთან კონტრაქტირებისას. ასევე, მას დაეფუძნება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სისტემა.

ეროვნული გაიდლაინი არის ნორმატიული ხასიათის რეკომენდაცია ანუ მისი გათვალისწინება სავალდებულოა ყველა სამედიცინო დაწესებულებისთვის საკუთრების ფორმის მიუხედავად. ნაციონალური პროტოკოლი არის შესასრულებლად სავალდებულო. გაიდ-

ლაინები უნდა განახლდეს რეგულარულად, ახალი ტექნოლოგიების განვითარების კვალდაკვალ. განახლების ოპტიმალური ინტერვალია ხუთი წელი, თუმცა შეიძლება ცვალებადობდეს საკითხის და სხვა ფაქტორების მიხედვით. პროტოკოლები უნდა განახლდეს ორ წელიწადში ერთხელ.

2012 წლისთვის დამტკიცებულია 124 გაიდლაინი. ქვეყანაში ფრაგმენტულად მიმდინარეობს გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების პროცესი. არ არსებობს მათი დანარგვის ხელშეწყობისა და მუდმივი განახლების სისტემა.[1]

ნახატი 1: დამტკიცებული გაიდლაინების რაოდენობის დინამიკა



წყარო: სშჯსდს

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემებით, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების თვითშეფასება საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის წყაროების გამოყენების შესახებ საკმაოდ დაბალი აღმოჩნდა. მიმწოდებლების 58%-მა აღნიშნა, რომ არ იყენებს პროფესიულ გაიდლაინებს, 39%-ს არ აქვს შეხება საერთაშორისო გაიდლაინებთან და 41% არ კითხულობს პუბლიკაციებს პერიოდულ გამოცემებში.[2]

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

ცხრილი 2: სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების თვითშეფასება კლინიკური მტკიცებულებების წყაროებთან ხელმიუწვდომობის შესახებ

მტკიცებულების წყარო	შედეგები
პრე-სერვისების სწავლების გაიდლაინები	32.4%
ეროვნული გაიდლაინები	21.1%
დაწესებულების გაიდლაინები	77,5%
პროფესიული ასოციაციების გაიდლაინები	57.7%
უწყვეტი სამედიცინო განათლება	42.2%
საერთაშორისო გაიდლაინები	39.4%
ჟურნალის პუბლიკაციები	40.8%

წყარო: USAID Health Care Improvement Project. Assessment of Non-Communicable Disease Prevention, Screening and Care Best Practices For Women of Reproductive Age in Georgia, 2010.

კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების შემუშავებისა და ადაპტირების გაუმჯობესების მიზნით 2010 წელს ჯანდაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობისა და სამედიცინო პროფესიონალიზმის ეროვნულ ინსტიტუტს (NICE) შორის დაიდო ურთიერთგაგების მემორანდუმი. შემუშავებულ იქნა გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების სახელმძღვანელო წესები.[1]

საქართველოში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო პრაქტიკის დანერგვის მიზნით 2012 წლის 14 მაისს მიღებულ იქნა საქართველოს მთავრობის N 180 დადგენილება „კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების საგრანტო პროგრამა" (საქართველოს მთავრობის N 180 დადგენილება), რომლის ფარგლებში ღიად გამოცხადებული საგრანტო კონკურსის გზით მოხდება კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) პროექტების შერჩევა და დაფინანსება; მათი შეფასების მიზნით შეიქმნა საკონკურსო კომისია, რომელიც განსაზღვრავს პროტოკოლის სარეკომენდაციო ფორმატს, პროექტების შეფასების კრიტერიუმებს; გათვალისწინებულია გაიდლაინების პრაქტიკული გამოყენების მონიტორინგის ჩატარება, რაც ხელს შეუწყობს კლინიკური გამოსავლის გაუმჯობესებას.[2]

1 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.
2 ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.

11.7. მოსახლეობის კმაყოფილების დონე

სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება წარმოადგენს ბენეფიციართა პრეფერენციებს, მოლოდინებს და მიღებულ სამედიცინო მომსახურებას შორის შესაბამისობის საზომს. პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა ფართოდ გამოიყენება თანამედროვე მსოფლიოში როგორც სამედიცინო მომსახურების, ასევე, საერთოდ ჯანდაცვის სისტემის შესაფასებლად.[1]

ჯანდაცვის კონკურენტულ ბაზარზე სამედიცინო ორგანიზაციები, რომლებიც ორიენტირებულნი არიან ხარისხის მუდმივ გაუმჯობესებაზე, პაციენტის კმაყოფილების შესახებ კვლევებს იყენებენ არსებული მომხმარებლების შესანარჩუნებლად და პოტენციური მომხმარებლების მისაზიდად.2 მისი მეშვეობით ისინი განსაზღვრავენ პაციენტის კმაყოფილების გაუმჯობესების მეთოდებს.[3] მომხმარებლის კმაყოფილების შესახებ კვლევა მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია იმის გამოსავლენად თუ რატომ ირჩევენ ისინი მოცემულ სამედიცინო ორგანიზაციას სხვასთან შედარებით და როგორ აფასებენ გაწეულ სერვისებს.

ჩვეულებრივ ბაზარზე არსებული საქონლისაგან განსხვავებით, სამედიცინო მომსახურეობის შეფასება, მისი გაზომვა რთულია. საქონელს აქვს გარკვეული ნიშან-თვისებები, რომელთა განსაზღვრა შესაძლებელია მის შეძენამდე და რომლებიც მნიშვნელოვან ინფორმაციას წარმოადგენენ გადაწყვეტილების მისაღებად.[4] ამისგან განსხვავებით, სამედიცინო სერვისების ხარისხის წინდაწინ შეფასება რთულია, იგი მხოლოდ მისი გაწევის შემდეგაა შესაძლებელი.[5] ამ მხრივ, ჯანდაცვის სექტორში არსებულ მდგომარეობას კიდევ უფრო ართულებს ჯანდაცვის ბაზარზე არსებული ინფორმაციის ასიმეტრია. ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე, პაციენტის კმაყოფილებაზე განხორციელებული კვლევების შედეგად არსებული ინფორმაცია ზრდის ჯანდაცვის სერვისებზე მათი გათვითცნობიერების დონეს. კვლევის შედეგები საშუალებას აძლევს პაციენტს ერთმანეთს შეადაროს კლინიკები, შეისწავლოს სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესახებ ინფორმაცია.

---

1 Healy, Joseph M. Jr, Laurie A. Govoni, and Ellen D. Smolker, 1995. Patient reports about ambulatory care. Fall:.71-81.

2 იქვე. Healy, Joseph M. Jr, Laurie A. Govoni, and Ellen D. Smolker, 1995.

3 იქვე. Healy, Joseph M. Jr, Laurie A. Govoni, and Ellen D. Smolker, 1995.

4 Nelson, Philip. 1974. Advertising as Information. Journal of Political Economy (July/August): 729-754.

5 Peyrot, Mark, Philip D. Cooper, and Donald Schnapf. 1993. Costumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. Journal of Health Care Marketing. (Winter): 24-33.

აქედან გამომდინარე, იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათ მიერ სამედიცინო სერვისების ჩატარებაზე გადაწყვეტილების მიღებაზე.[1]

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად პერიოდულად ტარდება მოსახლეობის კმაყოფილების დონის შესწავლა. ამისათვის ხორციელდება პაციენტების გამოკითხვა, დგინდება კითხვარები, რომლებიც მოიცავენ შემდეგ ძირითად ასპექტებს: ექიმთან კონსულტაციის მიღებისათვის საჭირო ლოდინის ხანგრძლივობა, ინტერპერსონალური ურთიერთობები, მკურნალი ექიმის და ექთნის დამოკიდებულება, მათი პროფესიონალიზმი, ექიმმა რამდენად გასაგები ენით აუხსნა პაციენტს დაავადების დეტალები და მკურნალობის საჭიროება, ექიმის მიერ პაციენტთან გატარებული დროის ადეკვატურობა, სამედიცინო დაწესებულებების სისუფთავე, მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებაში პაციენტთა ჩართულობა, პაციენტთა ინფორმირებულობა, გაწეული სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება.[2] არანაკლებ მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილება თავიანთი სამუშაო პირობებით, რაც განსაკუთრებით სასარგებლოა პაციენტებისათვის, რადგან ქმნის დადებით სამუშაო ატმოსფეროს სამედიცინო დაწესებულებაში.3 საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით[4], პაციენტები ჩატარებულ მკურნალობაზე მეტად ყურადღებას ამახვილებენ სამედიცინო პერსონალის მათთან ურთიერთობაზე, კომუნიკაციაზე. ამ მხრივ, ისინი განსაკუთრებით ხაზს უსვამენ ექთნების მომსახურებით კმაყოფილებას. კლინიკებისთვის პრიორიტეტული უნდა გახდეს პროფესიონალი, კარგად დატრენინგებული ექთნები სათანადო ანაზღაურებით.

ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის შეფასებისას მომხმარებლები იყენებენ პროცედურაზე ლოდინის დროის ხანგრძლივობას.[5] კვლევების მიხედვით, პაციენტთა დალოდების დროის ხანგრძლივობა მათი კმაყოფილების შეფასების ერთ-ერთი მთავარი საზომია.

1 Bennett, Peter D. and Robert M. Mandell, 1969. Prepurchase Information Seeking Behavior of New Car Purchases – The Learning Hypothesis. Journal of Marketing Research. (november): 430-433

2 Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Dec 15;25(24):3167-77.

3 Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. Med Care. 1982;20:606–14.

4 ვერულავა, თ., ბურკაძე, ა., ჯორბენაძე, რ. სტაციონარული მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. №1. 2015.

5 Peyrot, Mark, Philip D. Cooper, and Donald Schnapf. 1993. Costumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. Journal of Health Care Marketing. (Winter): 24-33.

ამიტომაც, ლოდინის დროსთან პაციენტთა დამოკიდებულება გადამწყვეტ როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში.[1] საქართველოში ჩატარებული კვლევის[2] მიხედვით, პაციენტის ლოდინი კონსულატაციის მიღებამდე არის კმაყოფილების მთავარი უარყოფითი ასპექტი. ლოდინის პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს ექიმთან საკონსულტაციოდ წინასწარ ჩაწერა.

პაციენტთა კმაყოფილება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე, რადგან თუ პაციენტი კმაყოფილია გაწეული სამედიცინო მომსახურეობით, იგი ცდილობს შეინარჩუნოს ექიმთან უწყვეტი ურთიერთობა და სწორად დაიცვას მისი დანიშნულება,[3] რაც ზრდის სერვისების ადექვატურობას და შესაბამისად განაპირობებს პაციენტის უკეთეს შედეგებს.[4] კვლევები ადასტურებენ, რომ სამედიცინო მომსახურებით უკმაყოფილება უარყოფითად მოქმედებს ექიმთან მიმართვიანობაზე.[5] აღნიშნული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საქართველოში პაციენტთა ამბულატორიულ სამედიინო დაწესებულებებში დაბალი მიმართვიანობის გათვალისწინებით.

ზოგიერთ ქვეყნებში პაციენტის კმაყოფილების კვლევა მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს წარმოადგენს ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის აკრედიტაციის მისაღემად.[6] აშშ-ის ხარისხის ზედამხედველობის ეროვნული კომიტეტი (National Committee for Quality Assurance, NCQA) ჯანდაცვის ორგანიზაციებისაგან მოითხოვს, რათა მათ წარადგინონ პაციენტთა კმაყოფილების კვლევის შესახებ მონაცემები, როგორც სააკრედიტაციო პირობა.[7] აშშ-ის ხარისხის ზედამხედველობის ეროვნული კომიტეტი წარმოადგენს დამოუკიდებელ, არაკომერციულ ორგანიზაციას, რომლის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია შემსყიდველებსა და მომხმარებლებს შესაძლებლობას აძლევს

1 Huang, Xiao-Ming. 1994. Patient Attitude towards Waiting in an Outpatient Clinic and its Applications. Vol.7,No1(February): 2-8).

2 ვერულავა, თ., კიკვიძე, ზ., ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დახმარების ხარისხით კმაყოფილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N 1. 2015 წ.

3 Jones, R.B., A.G. Carnon, H. Wylie, and A.J Hedley. 1993, How do we measure consumer opinions of outpatient clinics Jul; 107(4):235-241.

4 Cleary, Paul D. and Barbara J.McNeil, 1988. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality of Care. Inquiry. 25(Spring):25-36.

5 Jones, R.B., A.G. Carnon, H. Wylie, and A.J Hedley. 1993.

6 The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Manual on Standards.

7 Terry, Ken. 1996. How to get the best reading of patient satisfaction. Medical Economics. 101-122).

სერვისების ხარისხის მიხედვით გააკეთონ უფრო ინფორმირებული არჩევანი.[1]

აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 2012 წელს მიიღებული ბრძანებით[2] სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით განახორციელოს პაციენტის და პერსონალის კმაყოფილების შეფასება.

ლიტერატურა:

- ვერულავა, თ., კიკვიძე, ზ., ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დახმარების ხარისხით კმაყოფილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N 1. 2015 წ.
- ვერულავა, თ., ბურკაძე, ა., ჯორბენაძე, რ. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. №1. 2015.
- ვერულავა თენგიზ, კალანდაძე თემურ, გერზმავა ოთარ. (2000). სამედიცინო დახმარების ხარისხის მექანიზმები. საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 5-6.
- დოლეა, სტეინი. „მელოგინეთა სეპსისის გლობალური ტვირთი 2000 წელს." EIP/WHO. ჟენევა 2003 წ.
- სასანია, ირაკლი. ჯანდაცვის ხარისხის სტრუქტურა და მისი გაზომვის საშუალებები, ივლისი, 2010 წ. http://www.psidiscourse.ge/geo/library.php
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. 2013.
- საქართველოს მთავრობა, 2010. სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 385. 2010 წლის 17 დეკემბერი. https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1150800.
- საქართველოს მთავრობა, 2012. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-6 3/ ნ. 2012 წლის 12 სექტემბერი.https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1741403.
- მთავრობის დადგენილება № 177, 2012. სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ. საქართველოს მთავრობის

1 www.ncqa.org., 1996.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-6 3/ ნ.

დადგენილება № 177. თბილისი. 2012 წლის 14 მაისი. https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1654534.
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №180-1. კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების საგრანტო პროგრამა. http://www.government.gov.ge/files/253_33733_571627_180-1_2_.pdf.
- გეგელაშვილი გიორგი. ჯუმბერ ჩოლობარგია. 2010. სამედიცინო შეცდომა, პაციენტთა უსაფრთხოება და კანონმდებლობა. თბილისი. http://gaps.ge/upload/iblock/eb2/samedicino_Secdoma_pacientTa_usafrTxoeba_kanonmdebloba.pdf.
- გეგელაშვილი გიორგი. 2008. პაციენტის უსაფრთხოება. ევროპის საბჭოს და ევროპის კავშირის რეკომენდაციები. თბილისი. პაციენტთა უსაფრთხოების საქართველოს ალიანსი. http://gaps.ge/upload/iblock/6de/Pacientta_Usafrtxoeba_SaertashorisoRekomendaciebi2008.pdf.
- „პაციენტთა უსაფრთხოება: საერთაშორისო რეკომენდაციები." გიორგი გეგელაშვილის რედაქციით თბილისი 2008. http://pain.org.ge/managment/error/.
- Baker, G R. 2004. Harvard Medical Practice Study, Qual. Saf. Health Care; 13;151-152.
- Berenson RA et al. Hospital-physician relations: cooperation, competition, or separation? Health Affairs Web Exclusive. December 5, 2006:w31.
- Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy: A Clinical Approach. Fifth Edition. 2009.
- Bodenheimer T et al. The primary care-specialty income gap: why it matters. Ann Intern Med. 2007;146:301.
- Bodenheimer T, Grumbach K. Improving Primary Care: Strategies and Tools for a Better Practice. New York:McGraw-Hill; 2007.
- Bodenheimer T,Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002; 288:1775, 1909.
- Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med. 1991;324:370.
- Bunker J. Surgical manpower. N Engl J Med. 1970;282:135.
- Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003;289:2560.
- Donabedian A. Criteria, norius and standarts of quality : What do they mean? / A. Donabedian // Amer. J. Publ. Health. 1981. Vol. 71.P. 409 412.
- Donabedian A. Models of quality assurance / A. Donabedian // Leonard Rosenfeld Memorial Lecture / S. Leonards. – Chapel Hill, 1993.
- Donabedian A. The Definition of quality and approached to its assessment / A. Donabedian // An N. Arbor. 1980. Vol. 41. P. 85 92.
- Donabedian A. The seven pillars of quality / A. Donabedian // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 1990. Vol. 64. P. 1114–1115,1118.
- Eddy D. M. Three battles to watch in the 1990s. JAMA. 1993;270:520.
- Fiscella K et al. Inequality in quality. JAMA. 2000;283:2579.
- Gandhi TK et al. Outpatient prescribing errors and the impact of computerized prescribing. J Gen Intern Med. 2005;20:837.

- Hillman BJ et al. Frequency and costs of diagnostic imaging in office patients: A comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. N Engl J Med. 1990;323:1604.
- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- Institute of Medicine.Unequal Treatment.Washington,DC: National Academies Press; 2003.
- Leape LL et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. N Engl J Med. 1991;324:377.
- Leape LL. Unnecessary surgery. Ann Rev Public Health. 1992;13:363.
- McGlynn EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med. 2003;348:2635.
- Meurer LN et al. Excess mortality caused by medical injury. Ann Fam Med. 2006;4:410.
- Mitchell JM, Scott E. New evidence of the prevalence and scope of physician joint ventures. JAMA. 1992;268:80.
- Moore F. What puts the surge in surgery? N Engl J Med. 1970; 282:162.
- Relman AS. A Second Opinion: Rescuing America's Health Care. New York, NY: Public Affairs; 2007.
- Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. JAMA. 2004;291:335.
- Schiff GD et al. A better quality alternative: Single payer national health reform. JAMA. 1994;272:803.
- Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/ hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000.
- Schuster MA et al. How good is the quality of health care in the United States? Milbank Q. 1998;76:517.
- The UK Department of Health, 2000 report. An organisation with a memory.
- National Committee for Quality Assurance Selects McKesson to Review HEDIS Codes for Accuracy; Expertise Was Key Factor in Selecting First Coding Consultant ("National Committee for Quality Assurance, 2003") http://www.thefreelibrary.com/National+Committee+for+Quality+Assurance+Selects+McKesson+to+Review...-a0108679173.
- Phillips DP et al: Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. Lancet. 1998;351:643.
- Rothschild JM et al. Preventable medical injuries in older patients. Arch Intern Med. 2000;160:2717.
- Schiff GD et al. A better quality alternative: Single payer national health reform. JAMA. 1994;272:803.
- Schoen et al., 2006. Health Affairs http://content.healthaffairs.org/content/25/6/w555.full.
- Studdert DM et al.Medical malpractice. N Engl J Med. 2004;350:283.
- Zahn and Miller, 2003. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization.
- Vuory H. V. Quality assurance of health services / H. V. Vuory. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982. – (Public Health in Europe, N 16).

XII თავი

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა

სოციალური დაზღვევის სისტემის სამშობლო გერმანიაა. 1883 წელს პარლამენტმა მოიწონა გერმანიის კანცლერ ოტო ფონ ბისმარკის მიერ წარმოდგენილი პროგრამა და შესაბამისად მიღებულ იქნა კანონი სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ. მას შემდეგ ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემას, რომელსაც საფუძვლად უდევს დაზღვევის პრინციპები უწოდებენ „ბისმარკის“ სისტემას.

12.1. სოციალური დაზღვევის ძირითადი თავისებურებები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმს დაზღვეულებს შორის სამედიცინო რისკის და ფინანსური სახსრების გაერთიანების მეშვეობით, სადაც შენატანების ზომა არ არის დაკავშირებული დაზღვეული პირის რისკის დონესთან, გამოყოფილია სხვა სავალდებულო გადასახადებისაგან[1];[2]. ამ მეთოდით მიიღწევა ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა და ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის სტაბილური დაფინანსება.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარი თავისებურებებია:

- ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა სავალდებულოა მოსახლეობის განსაზღვრული ნაწილისათვის, ან მთელი მოსახლეობისათვის, იგი მოიცავს როგორც დაქირავებულთ და მათი ოჯახის წევრებს, ასევე თვითდასაქმებულებს;
  დაზღვეული პირები იხდიან რეგულარულ სადაზღვევო შენატანებს, რომლის ზომა ხელფასზეა დამოკიდებული და არა დაზღვეულთა ჯანმრთელობის რისკზე. სადაზღვევო შენატანებს იხდიან როგორც დაქირავებულები, ასევე დამქირავებლები;
  საჭიროება და არა გადახდისუნარიანობა განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობას (მინიმალური ბაზისური პაკეტი წინდაწინაა დადგენილი, დაზღვეულებს შეუძ-

1 WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004.

2 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

ლიათ გადაიხადონ თანაგადახდა ან შეიძინონ დამატებითი სამედიცინო მომსახურება);

სოციალური სოლიდარობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარ პრინციპს. იგი გულისხმობს მდიდარსა და ღარიბს, მაღალრისკიანსა და დაბალრისკიანს შორის რისკის განაწილებას;

შედარებით ნაკლებია მთავრობის მარეგულირებელი როლი. ფონდებს აქვთ გარკვეული ხარისხის ავტონომია, ხშირად ნახევრადდამოუკიდებელი (კვაზიდამოუკიდებელი) დაწესებულებებია;

სოციალური დაზღვევის ფონდში შენატანები გამოყოფილია საერთო სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) ან სხვა ლეგალური გადასახადებისაგან.

ამ მთავარი თავისებურებების გარდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევისათვის დამახასიათებელია სხვა, საერთო, მაგრამ არაუცილებელი ნიშნებიც:

- სახელმწიფო სოციალურ მხარდაჭერას უწევს უმწეო მოსახლეობას (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები). მოსახლეობის ამ ჯგუფებს სახელმწიფო მთლიანად ან ნაწილობრივ აფინანსებს (სუბსიდირება) საერთო გადასახადების მეშვეობით;

  დამქირავებლებს და დაქირავებულებს აქვთ გარკვეული პასუხისმგებლობა სადაზღვევო ფონდის მართვაში, თუმცა ამას ყოველთვის არ აქვს ადგილი;

  რამდენიმე ფონდის არსებობისას დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამოირჩიონ მათთვის სასურველი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი;

  პაციენტებს უფლება აქვთ ამოირჩიონ ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება;

  სხვადასხვა ფონდებს შეიძლება განსხვავებული, ან ერთნაირი ბაზისური პაკეტი გააჩნდეთ;

  ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდებს უფლება არ აქვთ ბენეფიციარებს უარი უთხრან გაწევრიანებაზე.

12.2. მოსახლეობის მოცვა

ზოგადად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემებში დაზღვევა სავალდებულოა განსაზღვრული მოსახლეობისათვის. ქვეყნებმა საკმაოდ დიდი გზა გაიარეს, სანამ მთელ მოსახლეობაზე გავრცელდებოდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა.

ისტორიულად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემები დაკავშირებული იყო მოქალაქის ორგანიზაციაში საქმიანობასთან, ანუ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების საწყის პერიოდში დაზღვევა ვრცელდებოდა მხოლოდ საწარმოებში დაქირავებულ მუშაკებზე და არ ითვალისწინებდა მთელი მოსახლეობის დაზღვევას. თანდათანობით ჯანმრთელობის სოციალურმა დაზღვევამ მოსახლეობის უმუშევარი ნაწილიც მოიცვა. ჯანმრთელობის დაზღვევით მთლიანი მოსახლეობის უზრუნველყოფა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ ბოლო პერიოდში და ისიც რამდენიმე ქვეყანაში. შვეიცარიამ უნივერსალურ მოცვას მიაღწია 1996 წელს, ბელგიამ 1998 წელს, საფრანგეთმა 2000 წელს.

2000 წლის საფრანგეთში მიღებულ იქნა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლითაც სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა (Assurance-maladie) ვრცელდება ქვეყნის მთელ მოსახლეობაზე. ავსტრიას და ლუქსემბურგს აქვთ დე-ფაქტო უნივერსალური მოცვა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცულია ფაქტიურად მთელი მოსახლეობა, თუმცა მოსახლეობის 1-3% არ არის დაზღვეული (ლუქსემბურგში მათ ძირითადად უმდიდრესი ადამიანები შეადგენენ).

გერმანიაში მოსახლეობის უმრავლესობა მოცულია ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევით (88% – 2003 წ.). რადგან მაღალანაზღაურებად გერმანელებს კანონმდებლობის მიხედვით აქვთ სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის არჩევის უფლება მოსახლეობის დაახლოებით 9% ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით სარგებლობს. მოსახლეობის 2%-ზე სპეციალური სახელმწიფო პროგრამა ვრცელდება (სამხედრო მოსამსახურენი, პოლიციელები, ემიგრანტები, რომლებმაც პოლიტიკური თავშესაფარი ითხოვეს), მოსახლეობის მხოლოდ 0,2% (დაახლოებით 170 ათასი პირი) არ არის დაზღვეული არც კერძო და არც სოციალური დაზღვევის სისტემაში. მათ მიეკუთვნებიან მცირე ბიზნესში თვითდასაქმებულები (რომელთაც არ აქვთ კერძო დაზღვევა), აგრეთვე პირები, რომლებმაც არ გადაიხადეს სადაზღვეო შენატანების საკუთარი წილი. ასეთ თვითდასაქმებულებს გარკვეული ფინანსური პრობლემების დადგომისას (მაგ., საკუთარი ბიზნესის ბანკროტი) შეუძლიათ სოციალური დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანება.

ნიდერლანდებში კანონით აკრძალულია სავალდებულო და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემებს შორის არჩევანის გაკეთება. კანონით დადგენილია შემოსავლების ზღვარი – 65 წლამდე მოსახლეობისათვის 29 300 ევრო და 65 წელს ზევით მოსახლეობი-

სათვის 18 700 ევრო.[1] შემოსავლის ზღვარს ზევით პირებს უფლება არ აქვთ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანდნენ. რადგან შემოსავლების ზღვარი დაბალია ვიდრე გერმანიაში, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანებული მოსახლეობის წილი (მოსახლეობის 63% – 2004 წ.) უფრო მცირეა ვიდრე გერმანიაში. 1994 წელს პენსიონერებს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანებისათვის შემოსავლის ზღვარი გაეზარდათ, ხოლო 2000 წლისათვის იგივე ზღვარი დაწესდა თვითდასაქმებულთათვის.[2] გერმანიაში და ნიდერლანდებში სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის აღნიშნულ მიდგომას აქვს თავისი უარყოფითი მხარეები. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში შემოსავლების დიდი წილი მოსახლეობის მაღალშემოსავლიან ნაწილზე მოდის. ამავე დროს, ეს ჯგუფი, როგორც წესი, მოიხმარს სამედიცინო მომსახურების შედარებით მცირე წილს (შედარებით მაღალი განათლების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის და სხვა ფაქტორების გამო, რომლებიც დადებით გავლენას ახდენენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე). აღნიშნულის გამო, სოციალური დაზღვევის სისტემაში რჩება რისკების შედარებით „არახელსაყრელი" ნაწილი.

იაპონიაში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის. დიდი კომპანიების მუშაკები ხშირად ამ კომპანიის საკუთრებაში მყოფ სადაზღვევო ფონდებში (5124 ფონდი – 2002 წ.) არიან დაზღვეულნი. მცირე კომპანიებში დასაქმებულები დაზღვეულნი არიან სხვადასხვა პროფესიულ სადაზღვევო ფონდებში ან სახელმწიფო ფონდებში. დანარჩენ მოქალაქეები დაზღვეულნი არიან სავალდებულო მუნიციპალურ სადაზღვევო სქემებში.[3]

1 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

2 Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

3 Henke K-D, Schreyögg J. Towards sustainable health care systems, Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – a comparative study. International Social Security Association. London: Transaction Publishers. 2004.

12.3. სამედიცინო ფონდების ორგანიზაცია

მსოფლიოს ზოგ ქვეყნებში მიმდინარეობს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის დეცენტრალიზაცია, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში მრავალი სადაზღვევო ფონდის მონაწილეობას, ნაცვლად ერთი ცენტრალიზებული სისტემისა. სოციალურ დაზღვევაში ჩართული სადაზღვევო ფონდები უმთავრესად არამომგებიანი ორგანიზაციებია.[1]

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ოთხი ტიპის ორგანიზაცია არსებობს:

- ერთიანი ფონდი ქვეყნის მთელი მოსახლეობისათვის;
- რამდენიმე ერთიანი ფონდი, რომლებიც ქვეყნის განსაზღვრული ნაწილის მთელ მოსახლეობას ემსახურება;
  ფონდები, რომლებიც ემსახურებიან ქვეყნის ერთი და იგივე ნაწილის მოსახლეობას, მაგრამ არ იმყოფებიან ერთმანეთთან კონკურენციაში;
  კონკურენციაში მყოფი ფონდები.

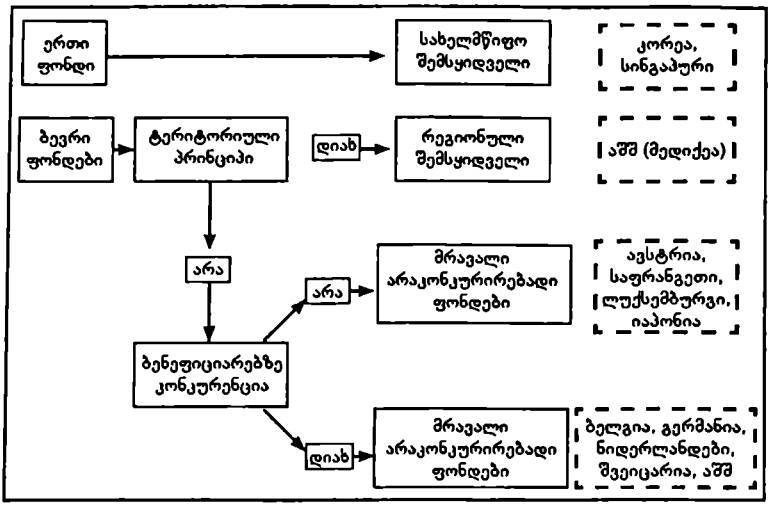
ზოგიერთ ქვეყნებში სოციალური დაზღვევის რამდენიმე ფონდები არსებობს (არგენტინა, ჩილე, კოლუმბია, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, ნიდერლანდები, შვეიცარია, ლუქსემბურგი, ბელგია, ავსტრია, იტალია, რუსეთი), ზოგ ქვეყნებში მხოლოდ ერთი (ესტონეთი, ლიტვა, უნგრეთი, კორეა, სინგაპური).

ბენეფიციარების გაწევრიანება ამა თუ იმ ფონდში დაფუძნებულია დასაქმებაზე, ანუ პროფესიულ პრინციპზე (არგენტინა, ბოლივია, მექსიკა), გეოგრაფიულ მდებარეობაზე და ასაკზე (იაპონია), ინდივიდუალურ არჩევანზე (ჩილე, კოლუმბია, გერმანია).

უნგრეთში სავალდებულო სოციალური დაზღვევა „ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის“ მეშვეობით ხორციელდება, რომელიც წარმოადგენს ერთადერთ სავალდებულო სადაზღვევო ფონდს. იგი არამომგებიანი ორგანიზაციაა, რომელსაცგააჩნია ფილიალები მთელ ქვეყანაში. ფილიალებს კონტრაქტები აქვთ დადებული ჯანდაცვის ადგილობრივ პროვაიდერებთან და ახორციელებენ მათ მიერ გაწეული მომსახურეობის ანაზღაურებას.

1 Sandier S, Paris V, PoltonD. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHORegional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ნახატი 1: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდები



ლიტვაშიც ასევე მხოლოდ ერთი სავალდებული სადაზღვევო ფონდი არსებობს რომელიც ჯანმრთელობაზე გაწეული სახელმწიფო ხარჯების 90%-ს ფარავს. ცენტრალურ ფონდს აქვს ათი რეგიონული ფილიალი. ხარჯვის განაწილებაზე გადაწყვეტილებებს ღებულობს ცენტრალურ ფონდი. 1998 და 2002 წლებში სადაზღვევო შენატანები ფონდის შემოსავლების მხოლოდ 20%-ს შეადგენდა. ამიტომ მისი შემოსავლების ერთ-ერთ მთავარ წყაროს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (გროვდება საერთო გადასახადებით) გადმორიცხული თანხები შეადგენს.

ესტონეთში 1992 წელს შეიქმნა 22 დამოუკიდებელი რეგიონალური ჯანმრთელობის ფონდი. გეგმის მიხედვით, შემოსავლები უნდა განაწილებულიყო მათ შორის, მაგრამ ფაქტიურად იგი ვერ განხორციელდა. შედეგად, 1994 წელს შეიქმნა ჯანმრთელობის ცენტრალური სადაზღვევო ფონდი, რომელსაც უნდა გაეწია დამოუკიდებელი ფონდებზე კონტროლი და მათი კოორდინაცია. 1995 წლისათვის მცირე ზომის ფონდების შერწყმის შედეგად, რეგიონალური ფონდების რიცხვი 17-მდე შემცირდა. 2000 წელს შეიქმნა ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი, მისი წინამორბედი ცენტრალური ფონდის და 17 დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდის საფუძველზე, როგორც დამოუკიდებელი საზოგადოებრივი ორგანიზაცია. დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდების ცენტრალიზაციის შედე-

გად ისინი გარდაიქნენ 4 რეგიონალურ განყოფილებებად (2003 წ.). ამჟამად, ცენტრალურ დონეზე ხდება შესყიდვების მართვა, ხოლო რეგიონალურ დონე კი კონტრაქტების გაფორმება და ანაზღაურების განსაზღვრა.

1990-იან წლებში ზოგ ქვეყნებში (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, შვეიცარია), სადაც წინათ მრავალი არაკონკურირებადი ფონდები არსებობდნენ ფონდებს შორის კონკურენციის პრინციპი შემოიღეს. კონკურენციის პრინციპის შემოღებამდე სადაზღვევო ფონდებში გაწევრიანება ხორციელდებოდა პროფესიისა და გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით. კონკურენციის პრინციპის გამოცხადების შემდეგ დაზღვეულებს შეუძლიათ ფონდებს შორის არჩევანი გააკეთონ. აღნიშნული რეფორმის მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა ხარჯების შემცირება, მომსახურების ხარისხის გაზრდა. კონკურენციამ სადაზღვევო ფონდების შემცირება გამოიწვია. ბელგიაში 1990-2002 წლების განმავლობაში ფონდების რიცხვი 21%-ით შემცირდა, ხოლო გერმანიაში 1993-2004 წლების განმავლობაში ფონდების რიცხვი 1328-დან 290-მდე შემცირდა.[1]

ცხრილი 1: სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა 1990-2002 წწ.

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	ცვლილება 1990-2002
ავსტრია	26	26	26	26	26	26	26	25	24	-7,7%
ბელგია	119	114	116	111	109	107	103	95	94	-21%
საფრანგეთი	18	17	17	17	17	17	17	17	17	-5,6%
გერმანია		960	642	554	482	455	420	396	355	-70,6%
ისრაელი	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0
ლუქსემბურგი	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0
ნიდერლანდები	37	27	29	30	28	28	27	25	24	-35,1%
შვეიცარია	220	166	145	129	118	109	101	99	93	-57,7%

წყარო: Austria: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen und Konsumentenschutz (2003b); Belgium: RIZIV (2003a) and Schokkaert and Van de Voorde (2003); France: Meftah (2003); Germany: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a); Israel: Gross and Harrison (2001); Luxembourg: Union des caisses de maladie (2003); Netherlands: Vektis (1996, 1998, 2000, 2002) and CVZ/CTZ (2003); Switzerland: BSV/OFAS/UFAS (2003a).

ნიდერლანდებში ჯანმრთელობის დაზრვევის ფონდები უმეტესად არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ, რომლებიც ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვას. ფონდებს შორის

1 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

კონკურენცია სადაზღვევო პრემიების, სამედიცინო სერვისების, ხარისხის, აგრეთვე დამატებითი დაზღვევით გათვალისწინებული პრემიებისა და სარგებლის მიხედვით ხორციელდება. სადაზღვევო კომპანიები ირჩევენ საავადმყოფოებს და ექიმებს, ან თავად შეუძლიათ გასწიონ ჯანდაცვის სერვისები (მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები).

გერმანიაში სადაზღვევო ფონდები დიფერენცირებულია 7 კატეგორიად:

I. 17 რეგიონალური ფონდი (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK);
II. 12 შემცვლელი ფონდი (Substitute Ersatzkassen);
III. 337 კომპანიაზე დაფუძნებული ფონდი (Betriebskrankenkassen – BKK);
IV. 32 საამქროს, გილდიის ფონდი (Innungskrankenkassen – IKK);
V. 20 ფერმერების ფონდი (Landwirtschaftliche Krankenkassen – LKK);
VI. 1 მეშახტეთა ფონდი (Bundesknappschaft);
VII. 1 მეზღვაურთა ფონდი (See-Krankenkasse).

გერმანიაში აგრეთვე არსებობენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სხვა სქემებიც, მათ შორის: ხანგრძლივი მოვლის ფონდები და უბედური შემთხვევებისგან დაზღვევის ფონდები, რომლებიც ფარავენ სამუშაო ადგილებზე მომხდარი უბედური შემთხვევებისა და სამსახურთან დაკავშირებულ დაავადებების მკურნალობის და რეაბილიტაციის ხარჯებს.

გერმანიაში სოციალური დაზღვევის ფონდები არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ. 1992 წლიდან კონკურენტული სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის შემდეგ მნიშვნელოვნად შემცირდა სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა. იგი განსაკუთრებით შეეხო რეგიონულ ფონდებს (AOK), რის შედეგად ზოგ რეგიონში მხოლოდ ერთი AOK-ას ფონდი დარჩა.

საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის უფრო რთული, მრავალსაფეხურიანი სისტემა მოქმედებს. ჯანდაცვის დაზღვევის მთავარ სქემას (Regime General) აქვს 16 რეგიონალური და 129 ადგილობრივი ფონდებისაგან შემდგარი ქსელი. ფონდები ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვას, ხელშეკრულებებს დებენ პროვაიდერებთან. ადგილობრივი ფონდები ახდენენ პროვაიდერებზე თანხების გადახდას. ფონდები წარმოადგენენ არამომგებიან ორგანიზაციებს, რომელთაც ჰყავთ თავიანთი საბჭოები და აქვთ გარკვეული ავტონომია მართვის თვალსაზრისით.

ჩეხეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის ცხრა რეგიონული ფონდი არსებობს. მათგან უდიდესია ჯანმრთელობის მთავარი დაზღვევის ფონდი (General Health Insurance Fund), რომელიც, მოიცავს მოსახლეობის 71%-ს. სხვა ფონდები (თითოეული) მოიცავენ 113000-დან

807000-მდე ადამიანს. ფონდები საზოგადოებრივი, არამომგებიანი ორგანიზაციებია.

ავსტრიაში 21 სოციალური დაზღვევის ფონდი ფუნქციონირებს, რომლებიც შექმნილია გეოგრაფიულ და ნაწილობრივ პროფესიულ (მეშახტეები, ფერმერები, რკინიგზის მუშაკები, სამოქალაქო მოსამსახურენი) პრინციპებზე.

ბელგიაში არსებობს 100-მდე ფონდი, რომლებიც ორგანიზებულია რელიგიური და პოლიტიკური პრინციპიებით. ყველა ფონდები (ორის გარდა) შედიან 5 ასოციაციაში: ქრისტიანულ, თავისუფალ, პროფესიულ, ლიბერალურ, ნეიტრალურ და სოციალისტურ ასოციაციებში; დარჩენილი ორი ფონდი წარმოადგენს დამხმარე ფონდს და ბელგიის რკინიგზის ფონდს.

რუსეთში ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის სისტემა 1993 წლიდან მოქმედებს და მოიცავს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალურ ფონდსა და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიულ ფონდებს (რუსეთის ფედერაციის თითოეულ სუბიექტში ერთი ტერიტორიული ფონდი). ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი არეგულირებს 89 ტერიტორიულ სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს. ტერიტორიული ფონდები ახორციელებენ სადაზღვევო შემოსავლების შეგროვებას და მათ განაწილებას. დადგენილია სადაზღვევო შენატანების ორი კატეგორია: დასაქმებულ პირებზე შენატანებს იხდიან დამსაქმებლები (3,6%), არა-დასაქმებული მოსახლეობისათვის (ბავშვები, პენსიონერები, უმუშევრები...) ხელისუფლების ადგილობრივი ორგანოები იხდიან სუბსიდიებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის რეგიონალურ ფონდებში. სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები შემოსულ სახსრებს გადასცემენ სადაზღვევო კომპანიებს (მათ სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციებსაც უწოდებენ) ან ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალებს, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებებისგან ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვებს დაზღვეული მოსახლეობისათვის.

დამსაქმებლის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანი, რომელიც დასაქმებულის შრომის ანაზღაურების 3,6%-ს შეადგენს, ნაწილდება შემდეგნაირად: 3,4% – ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდებს, 0,2% – ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდს. სახსრები, რომლებიც გადაეცემა ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდს გამოიყენება ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების შემოსავლების გათანაბრებისათვის. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური და ტერიტორიული ფონ-

დები წარმოადგენენ სახელმწიფო არაკომერციულ ორგანიზაციებს. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი იურიდიულად დამოუკიდებელ ორგანიზაციას წარმოადგენს და არ ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს. ამასთან ჯანდაცვის სამინისტრო თვალყურს ადევნებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდის საქმიანობას ფედერალური ფონდის გამგეობაში საკუთარი წარმომადგენლების მეშვეობით.

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი თვალყურს ადევნებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის 89 ტერიტორიულ ფონდს, რომელთა სტატუსი ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში შეესაბამება ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ორგანოების სტატუსს. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი უპირველეს ყოვლისა, ვალდებულია მართოს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის მთელი სისტემა და თვალყური ადევნოს რეგიონებში ფინანსური პირობების თანასწორობას. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები პასუხისმგებელი არიან სადაზღვევო შენატანების შეგროვებაზე და მოსახლეობისათვის ხელშეკრულებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე

სამედიცინო დაზღვევის კანონით დადგენილ შემდეგ მთავარ ელემენტს წარმოადგენენ სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც დამოუკიდებელი ორგანიზაციებია. ისინი ახორციელებენ დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას. ასეთი ორგანიზაციების ორი სახე არსებობს: დამოუკიდებელი სადაზღვევო კომპანიები და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები. სადაზღვევო კომპანიები და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები ხელშეკრულებას დებენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდებთან, რომლებისგან ღებულობენ სახსრებს თითოეულ დაზღვეულზე და სამედიცინო მომსახურების გასაწევად ირჩევენ სამედიცინო დაწესებულებებს. სადაზღვევო კომპანიები თვალყურს ადევნებენ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესრულებული მომსახურების ხარისხზე. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიებს უფლება აქვთ განახორციელონ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. კანონის შესაბამისად, მათ უფლება აქვთ განახორციელონ საკუთარი საქმიანობა სხვადასხვა სახით – შექმნან სამედიცინო-სადაზღვევო გაერთიანებები, ან სამედიცინო გაერთიანებები, რომლებიც მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს მიაწვდიან ფასიან სამედიცინო მომსახურებას წინასწარ დადგენილი ტარიფების შესაბამისად, ან შექმნან ზოგადი პრაქტიკების ორგანიზაციები. 1990-იანი წლების ბოლოსათვის ჯანმრთელობის სავალდებულო

დაზღვევის სისტემაში შედიოდნენ: ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი, ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის 89 ტერიტორიული ფონდები და მათი 1170 ფილიალები, 415 სადაზღვევო კომპანიები. შეინიშნება სადაზღვევო კომპანიების რაოდენობის კლების ტენდენცია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ რეგიონების მეოთხედ ნაწილში სადაზღვევო კომპანიები არ არსებობენ, რეგიონების 16%-ში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას ახორციელებენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები, ხოლო 9%-ში – ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები. ქვეყნის სუბიექტების დანარჩენ, დაახლოებით ნახევარ ნაწილში, დაფინანსებას ახორციელებენ სადაზღვევო კომპანიები.

12.4. შენატანები – განაკვეთი, ზღვარი, დამატებითი შენატანები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები. შენატანების ზომა განისაზღვრება შემოსავლების დონით. ყველა ქვეყანაში (შვეიცარიის გარდა) შენატანის ნაწილს იხდის დამქირავებელი, ხოლო მეორე ნაწილს დაქირავებული. ამასთან ერთად არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებები, რომლებიც შემდეგ ასპექტებს ეხება:

- შენატანის ზომის ერთგვაროვნობა;
- დაქირავებულისა და დამქირავებლის წილები;
- შენატანის ზემო ზღვარის არსებობა;
- დამატებითი შენატანები.

ბელგიაში, ლუქსემბურგში, ნიდერლანდებში და საფრანგეთში შენატანების ზომა ყველა დაზღვეული პირისათვის არის ერთნაირი (მიუხედავად ფონდისა და ფონდში წევრობის სტატუსისა). ავსტრიაში შენატანები მერყეობს 6,4-9,1% შორის და დაკავშირებულია დასაქმების სტატუსთან; დასაქმების ერთნაირი სტატუსის მქონე პირებზე ერთნაირი შენატანია დაწესებული, თუნდაც ისინი დაზღვეულნი იყვნენ სხვადასხვა ფონდებში. გერმანიაში სხვადასხვა ფონ-

დებში სხვადასხვა შენატანებია, რაც არ არის დამოკიდებული დასაქმების სტატუსზე.[1]

ავსტრიაში, ბელგიაში, ლუქსემბურგში, კორეაში, იაპონიაში დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები თითქმის თანაბარია (50:50).[2]

გერმანიაში 1949 წლიდან მოყოლებული 2004 წლის ჩათვლით დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები ტრადიციულად თანაბარს (50:50) წარმოადგენდა. 2004 წელს შენატანის საშუალო ზომა შეადგენდა 14,2%-ს, რომელსაც თანაბრად იყოფდნენ როგორც დაქირავებული (7,1%), ასევე დამქირავებელი (7,1%).[3] 400 ევროზე ნაკლები შემოსავლის შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანს მთლიანად იხდის დამქირავებელი (ყველასათვის დაწესებულია შენატანის ერთნაირი ზომა – 11%. 2005 წლის ივლისიდან გაიზარდა დაქირავებულის წილი: დაქირავებულთათვის შემოღებულ იქნა სპეციალური სადაზღვევო შენატანი 0,4%, შესაბამისად 0,45%-ით შემცირდა დამქირავებლის შენატანების წილი. აღნიშნულის შედეგად, დაქირავებულების პროცენტული წილი შეადგენს 54%-ს, ხოლო დამქირავებლებისა 46%-ს.[4] ხელოვნების მუშაკებზე და სტუდენტებზე შენატანების ნახევარს იხდის ფედერალური მთავრობა, პენსიონერებისა და უმუშევრების შემთვევაში დამქირავებელს წარმოადგენს – შესაბამისად საპენსიო ფონდები და დასაქმების ფედერალური საagენტო. 2004 წლიდან პენსიონერები სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებს იხდიან კომპანიისა და სხვა არასოციალური პენსიებიდან (ამ შემთხვევაში დაზღვეული მთლიანად იხდის სადაზღვევო შენატანს).

ავსტრიაში დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანების ზომის თანაფარდობა მერყეობს დასაქმებულ ჯგუფებს შორის: 50:50 „თეთრი საყელოს" მუშაკებში და 53:47 „ლურჯი საყელოს" მუშაკებში.

შენატანების ზემო ზღვარი არსებობს ავსტრიაში, გერმანიაში, ლუქსემბურგში და ნიდერლანდებში.[5] გერმანიაში მაქსიმალური შემოსავალი, რომელზეც საჯალდებულო სადაზღვევო შენატანია და-

1 Busse Reinhard, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

2 იქვე.

3 Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

4 იქვე.

5 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

წესებული შეადგენს 3487,5 ევროს თვეში (2004 წ.). ნიდერლანდებში შემოსავლის მაქსიმალური დონე, საიდანაც სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადახდა ხორციელდება, შეადგენს 29493 ევროს დაქირავებულისათვის და 20800 ევრო თვითდასაქმებულისათვის (2004 წ.).[1] ნაკლები წლიური შემოსავლის შემთხვევაში დამქირავებლები და დაქირავებულები იხდიან სავალდებულო სამედიცინო გადასახადს. თუ მოქალაქის შემოსავალი გადააჭარბებს ზემოთნახსენებ ზღვარს, მასზე არ ვრცელდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა და იგი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ფონდში უნდა გაწევრიანდეს. დაზღვეულისათვის მომავალი წლის შემოსავლების დონის განსაზღვრისათვის სარეკომენდაციოდ გამოიყენება ყოველი წლის 1 ნოემბერი, მიუხედავად შემდგომ წელს დაზღვეულის შემოსავლის დონის გაზრდის თუ შემცირების, ან უფრო მაღალანაზღაურებიანი სამუშაოს პოვნისა.

ბელგიაში, ნიდერლანდებში და საფრანგეთში, ხელფასზე დამოკიდებული შენატანების გარდა, არსებობს დამატებითი შენატანები. ბელგიაში და ნიდერლანდებში დაზღვეული სავალდებულო შენატანის გარდა იხდის განსაზღვრულ, მაგრამ არა შემოსავლებთან დამოკიდებულ პრემიას. ბელგიაში ასეთი პრემიები არ არის დიდი ზომის, მაგრამ ნიდერლანდებში იგი დაახლოებით 180 ევროს შეადგენს წელიწადში. ნიდერლანდებში დამატებით შენატანს იხდიან არამარტო ფონდში დაზღვეული წევრები, არამედ მათზე დამოკიდებული პირებიც. დამატებითი პრემიების გადახდის მთავარ მოტივად მიიჩნევენ ხარჯების შეკავებას, ფონდების დაფინანსების გაზრდას, ფონდებს შორის ფასისმიერი კონკურენციის აუცილებლობას.

გერმანიაში 1989 წლიდან მოყოლებული ტარდებოდა შენატანების დაბრუნების მცდელობები სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის არარსებობის შემთხვევებში. 1997 წელს ასეთი ალტერნატივა ყველა ფონდისათვის იქნა შემოღებული, თუმცა კვლევების თანახმად, მისგან მოგებას ღებულობდნენ მხოლოდ ისინი ვინც არ მოითხოვდნენ სამედიცინო მომსახურებას. თუმცა, 1998 წელს ახალმა პარლამენტმა იგი გააუქმა, რადგან შენატანების დაბრუნება მიჩნეულ იქნა როგორც შეუთავსებადი ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფუძემდებლურ პრინციპებთან.

პენსიონერთა შენატანების ზომა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში. ხშირ შემთხვევებში, პენსიონერები თავიანთი პენსიიდან იხდიან ისეთივე წილს, რასაც დაქირავებული პირები თავიანთი ხელფასიდან. გერმანიაში და ლუქსემბურგში პენსიონერთა შენატანის

1 Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

გარკვეულ წილს იხდის სახელმწიფო საპენსიო ფონდიც (ამ შემთხვევაში იგი ცვლის დამქირავებელს), ხოლო ნიდერლანდებში პენსიონერს შეაქვს მთლიანი თანხა. ბელგიაში პენსიონერები იხდიან მხოლოდ დაქირავებულის წილს (3,55%), ავსტრიაში პენსიონერთათვის შენატანის ზომა 11%-ს აღემატება. რადგანაც ავსტრიაში პენსიონერები იხდიან იმდენს, რამდენსაც ფონდების დასაქმებული წევრები (3,75%), საპენსიო ფონდები ავსებენ შენატანის ორ მესამედს.

ცხრილი 2: სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის ზომა, დამქირავებლისა და დაქირავებულის წილი

	შენატანების ზომა	დამქირავებლის და დაქირავებულის წილი
ავსტრია	6,4-9,1%	50:50 – „თეთრი საყელოს“ მუშაკები; 53:47 – „ლურჯი საყელოს“ მუშაკები
ბელგია	7,4%	52 : 48
საფრანგეთი	19,6%	65 : 35
გერმანია	საშუალოდ 13,6%	50 : 50
ლუქსემბურგი	5,1% + 0,3-0,5% ავადმყოფობის დახმარება	50 : 50
ნიდერლანდები	AWBZ 10,3%; ZPW 8,1%	AWBZ – 0 : 100; ZPW – 78 : 22
ბულგარეთი	6%	75 : 25
ხორვატია	18%	100 : 0
ჩეხეთი	13,5%	66 : 33
ესტონეთი	13%	100 : 0
უნგრეთი	14%	79 : 21
ყაზახეთი	3%	100 : 0
პოლონეთი	7.75%	0 : 100
რუმინეთი	14%	50 : 50
რუსეთი	3.6%	100 : 0
ალბანეთი	3,4%	50 : 50

წყარო: Preker et al., 2002

12.5. ფონდების არჩევის უფლება

ქვეყანაში რამდენიმე ფონდის ფუნქციონირების შემთხვევაში დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამოირჩიონ მათ შორის სასურველი ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდი.

შეიძლება ქვეყანაში რამდენიმე ფონდი არსებობდეს, მაგრამ მათი არჩევის შესაძლებლობა იყოს მცირე, რადგან დაზღვეულები გარკვეულ ფონდებთან მათი საცხოვრებელი ან სამუშაო ადგილის მიხედვით არიან გაწევრიანებული. ზოგ ქვეყნებში შეიძლება ფონდებს შორის არჩევის უფრო მეტი შესაძლებლობა იყოს და შესაბამისად, კონკურენციის მეტ სტიმულს იძლეოდეს, მაგრამ თან ახლდეს თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული სირთულეები.

ფონდების დიდი რაოდენობა არ ნიშნავს არჩევის მეტ შესაძლებლობას. მაგალითად, გერმანიაში, 1995 წლამდე მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს არ ჰქონდა საავადმყოფოს სალაროს არჩევის საშუალება. დაზღვეულების უმრავლესობა ერთ სადაზღვევო კომპანიაში ადგილმდებარეობის ან საქმიანობის მიხედვით იყო გაწევრიანებული. ამასთან, სხვადასხვა სადაზღვევო ფონდებში შენატანების განსხვავებული განაკვეთი იყო დაწესებული, რომელიც დამოკიდებული იყო შემოსავლებზე. კერძო სადაზღვევო ფონდებში დაზღვეულ ნებაყოფლობით, მაღალშემოსავლიან წევრებს შეეძლოთ აერჩიათ ან შეეცვალათ ფონდი.

ცხრილი 3: ფონდის არჩევის უფლება სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	სადაზღვევო ფონდის არჩევის უფლება
ავსტრია	არა (გეოგრაფიული, პროფესიული)
ბელგია	დიახ, 3 თვეში ერთჯერ მოსახლეობის 99%-ს (რკინიგზის მუშაკების გამოკლებით)
საფრანგეთი	არა (პროფესიული)
გერმანია	დიახ, 18 კვირის ინტერვალით მოსახლეობის 96%-ს (ფერმერების, მეზღვაურების და მეშახტეების გამოკლებით)
ისრაელი	დიახ 12 თვეში ერთჯერ
ლუქსემბურგი	არა (პროფესიული)
ნიდერლანდები	დიახ, 1 წლის ინტერვალით, მოსახლეობის 100%-ს
შვეიცარია	დიახ, 6 თვეში ერთჯერ (მხოლოდ კანტონის შიგნით) მოსახლეობის 100%-ს

წყარო: European Observatory's Health Care in Transition reports, Weber (2000); Österreichische Sozialversicherung (2002); Beck (2003); Belgian Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment (2003); Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen und Konsumentenschutz (2003a); Chinitz (2003); Lamers et al. (2003); Ministère de la Sécurité Sociale du Gran-Duche de Luxembourg (2003); Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003a; 2003d) BSV/OFAS/UFAS (2003b).

დაზღვეულებს 1996 წლიდან მიეცათ სადაზღვევო ფონდების თავისუფალი არჩევის და წელიწადში ერთხელ მისი შეცვლის უფლება (3 თვით წინასწარი შეტყობინების საფუძველზე), გამონაკლისს შეადგენენ მხოლოდ ფერმერები, მეზღვაურები და მეშახტეები, რომლებსაც მხოლოდ თავიანთი ფონდების არჩევის უფლება აქვთ. რეგიონალური (AOK) და შემცვლელი (substitute) ფონდები ვალდებული არიან მიიღონ ყველა დაზღვეულები. კომპანიებზე დაფუძნებულ ფონდებს და საამქროების (გილდიების) ფონდებს შეუძლიათ შემოსაზღვრონ მათთან გაწევრიანება, თუმცა შეუძლიათ აირჩიონ და მიიღონ დაზღვეულთა განუსაზღვრელი რაოდენობით გაწევრიანების სქემა.

ფონდების კონკურენტუნარიანობის დონის შენარჩუნებისთვის 1994-1995 წლებში შემოღებულ იქნა რისკის სტრუქტურის გათანაბრების სქემა, რომელიც გულისხმობდა შენატანების განაკვეთსა და ხარჯებს (ასაკობრივი და სქესობრივი განსხვავების გამო) შორის არსებული სხვაობების გათანაბრებას.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების თავისუფალი არჩევის უფლების მინიჭებამ, აგრეთვე რისკის კორექციის (risk adjusment) სქემამ, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობის გააქტიურება გამოიწვია. ცვლილებები დაკავშირებული იყო შენატანების ზომაზე: ფონდები, სადაც შენატანები საშუალო ზომაზე მეტია, კარგავენ თავიანთ წევრებს, მაშინ, როდესაც ფონდები სადაც შენატანები საშუალოზე დაბალია იძენენ ახალ წევრებს. აღნიშნულის შედეგად, 1997-1998 წლებში AOK-ებმა ათასობით წევრი დაკარგეს, ხოლო BKK-ებმა ახალი წევრები მიიღეს. მიუხედავად იმისა, რომ რისკის კომპენსაციის სისტემამ შენატანების განაკვეთის შემცირება განაპირობა, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობამ ვერ გაათანაბრა რისკის სხვადასხვა სტრუქტურა (რომელიც შეამცირებდა ფონდთა შორის დაზღვეულთა გადასვლას). უფრო ჯანმრთელი, ახალგაზრდა და კარგი შემოსავლის მქონე პირები ხშირად უფრო იაფ ფონდებში გადადიან, რაც ფონდებს შორის გადასვლის თანხის ზომის ზრდას განაპირობებს.

ბელგიაში დაზღვეულებს (რკინიგზელთა გამოკლებით) უფლება აქვთ აირჩიონ სხვადასხვა ფონდებს შორის სასურველი. როდესაც დაზღვეულს უფლება აქვს აირჩიოს ფონდი და გადავიდეს ერთი ფონდიდან მეორეში, ხელმძღვანელი პირები ადგენენ გადასვლებს შორის მინიმალურ პერიოდს. როდესაც ნიდერლანდებში 1995 წელს შემოღებულ იქნა ფონდებს შორის კონკურენცია, დასაწყისში შემოღებულ იქნა ორწლიანი ინტერვალი, თუმცა 1997 წელს იგი ერთ წლამდე შემცირდა. ბელგიაში ფონდების შეცვლა შეიძლება ყოველ სამ თვეში ერთჯერ, შვეიცარიაში – ყოველ 6 თვეში, გერმანიაში –

ყოველ 12 თვეში.[1] გერმანიაში მხოლოდ ნებაყოფლობით, მაღალშემოსავლიან წევრებს შეუძლიათ შეიცვალონ ფონდი ნებისმიერ დროს, 2 თვით ადრე წინასწარ შეტყობინების საფუძველზე.[2]

12.6. სარგებლის პაკეტი

სოციალური დაზღვევის სისტემები ჩვეულებრივ მთლიანად ამ ნაწილობრივ ფარავენ ყველა დაზღვეულისათვის განსაზღვრულ სარგებლების პაკეტს. სარგებლების პაკეტები მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია სისტემის რესურსებზე.

გერმანიაში დაზღვეულებისა და მათ ოჯახის წევრებისათვის დადგენილი სარგებლების პაკეტი ყველასათვის ერთნაირია, მიუხედავად შენატანის ზომისა და დაზღვევის ხანგრძლივობისა. გერმანიის სოციალური კოდექსის მეხუთე წიგნის მესამე თავის მიხედვით, სარგებლების პაკეტში შედიან სამედიცინო მომსახურების შემდეგი სახეები:

დაავადებების პროფილაქტიკა;
სამედიცინო გამოკვლევები დაავადების გამოვლენის მიზნით;
დაავადებების მკურნალობა (ამბულატორული, სტომატოლოგიური, მედიკამენტები, სამედიცინო პროფესიასთან მომიჯნავე სპეციალისტების მომსახურება, სტაციონარული მკურნალობა, მედდის მოვლა ბინაზე და რეაბილიტაციური მკურნალობა, სოციალური თერაპია);
გადაუდებელი დახმარება; ავადმყოფთა ტრანსპორტირება;
მომსახურების სხვა სახეები, მაგალითად პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება.

გარდა ამ მომსახურეობებისა, საავადმყოფოების ფონდები 7-დან 78 კვირამდე ავადმყოფობის შემთხვევაში დასაქმებულებს სთავაზობენ ფულად ანაზღაურებას ბოლო ხელფასის 70%-ის ოდენობით.

2004 წელს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემიდან ოფიციალურად ამოღებულ იქნა დასაფლაფების შემწეობები, აგრეთვე სათვალეებით უზრუნველყოფა, ურეცეპტო სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა.

სოციალური კოდექსი დეტალურად არეგულირებს პროფილაქტიკურ მომსახურეობას და გასინჯვებს (მაგალითად რომელ დაავადებებზე ცატარდეს გამოკვლევები და რა სიხშირით), ხოლო დანარ-

1 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

2 იქვე.

ჩენი განიხილება საერთო ფედერალური კომისიის მიერ. კომისიას უფლება აქვს შეიმუშავოს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების ჩამონათვალი.

კანონით ზოგადი სახით არის განსაზღვრული ამბულატორიული მომსახურების პაკეტი, მაგრამ სტომატოლოგიური სერვისები (განსაკუთრებით პროტეზირება) დაწვრილებითაა დადგენილი. სტაციონარულ სერვისებზე არჩევანი დამოკიდებულია ფონდებსა და საავადმყოფოებს შორის დადებულ ხელშეკრულებებზე.

პაციენტებს უფლება აქვთ მიიღონ ფიზიოთერაპევტების, ლოგოპედების მომსახურება. მედიცინის მომიჯნავე სპეციალისტებს შეუძლიათ მოემსახურონ დაზღვეულებს, თუ მათი თერაპიული სარგებელი აღიარებულია სათანადო ხარისხის სტანდარტებით.

ნიდერლანდებში სადაზღვევო სალაროების კანონის (Sickness Fund Act – ZFW) შესაბამისად, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით ფინანსდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და სპეციალისტების მომსახურება, აგრეთვე ფარმაცევტული და სტაციონარული სერვისები. კანონით „განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების შესახებ" („Exceptional Medical Expenses Act – AWBZ) ყველა პირი დაზღვეულია გრძელვადიანი მკურნალობისა და ჰოსპიტალიზაციის (რომლის ხანგრძლივობა 1 წელზე მეტია) საჭიროებებზე. მოსახლეობას შეუძლია აირჩიოს და შეიძინოს დამატებითი დაზღვევა, რომელიც ფარავს ჯანდაცვის იმ სერვისებს, რომლებიც არ არის შეტანილი ძირითად ბაზისურ პაკეტში (მაგალითად, სტომატოლოგიური მომსახურება, ფიზიოთერაპია, კოსმეტიკური ქირურგია).

12.7. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის რეგულირება

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია სოციალურ დაზღვევაზე მკვეთრად ამცირებს სახელმწიფოს მარეგულირებელ როლს. ბევრ ქვეყანაში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდები დამოუკიდებელ ორგანიზაციებს წარმოადგენენ. მიუხედავად ამისა, სოციალური დაზღვევის სისტემაში სახელმწიფო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დამქირავებელთა და დაქირავებულთა შენატანების ზომის, მისი სავალდებულო ხასიათის დადგენაში. სახელმწიფო აკონტროლებს და არეგულირებს სამედიცინო დახმარების სახეების ფასებს, დამზღვევსა და სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობებს, სამედიცინო დახმარების გარანტირებული პაკეტის მოცულობას და ა. შ.

სადაზღვევო შენატანებს ადგენს სახელმწიფო ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: ავსტრია, ბელგია, საფრანგეთი, ნიდერლანდები, რუსეთი, ხოლო ფონდები ადგენენ ლუქსემბურგში, შვეიცარიაში.

საფრანგეთში შენატანების ზომის დადგენა ხორციელდება მთავრობის, დაქირავებულთა, დამქირავებელთა და სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის წარმომადგენლების შეთანხმებით, სადაც გადამწყვეტი სიტყვა ეკუთვნის სახელმწიფოს.

ყოველი წლის ბოლოს ნიდერლანდების ჯანმრთელობის დაზღვევის კოლეგია (College voor zorgverzekeringen, CvZ), რომელსაც მართავს ცენტრალური ფონდები (ZFW, AWBZ) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის და სპორტის სამინისტროს მომავალი წლის სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების ზომის დადგენაში, რომლის საფუძველზეც ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის და სპორტის სამინისტრო ადგენს სამედიცინო შენატანის საბოლოო ზომას.

ნიდერლანდებში კერძო სადაზღვევო კომპანიების და საავადმყოფო სალაროების საქმიანობის რეგულირებას ახორციელებენ შესაბამისად სადაზღვევო პალატა (ექვემდებარება ფინანსთა სამინისტროს) და საავადმყოფო სალაროების საბჭო (ანგარიშვალდებულია ჯანდაცვის სამინისტროსთან). კერძო სადაზღვევო კომპანიებს „განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების“ კანონის ფარგლებში აკონტროლებს ორივე ორგანიზაცია, რომლებიც ახდენენ როგორც ჯანმრთელობის დაზღვევაზე ლიცენზიის გაცემას, ასევე სადაზღვევო ორგანიზაციის ცონტროლს. მათ შეუძლიათ შეიმუშაონ ინსტრუქცია საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ხოლო სადაზღვევო ორგანიზაციები ვალდებულნი არიან მისდიონ ამ ინტრუქციას. ორივე ორგანიზაციას უფლება აქვს გააკონტროლოს სადაზღვევო ორგანიზაციების ბიუჯეტები, სახსრების ხარჯვის რაციონალურობა, ლიცენზიის პირობები.

გერმანიაში და ლუქსემბურგში სამედიცინო შენატანის ზომას ადგენენ სადაზღვევო ორგანიზაციები, მთავრობა კი ამტკიცებს მათ მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს. გერმანიაში სადაზღვევო ორგანიზაციების საქმიანობაზე ზედამხედველობას ახორციელებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური.

სოციალური კოდექსის მე-5 წიგნის მიხედვით რეგულირდება საავადმყოფო სალაროების საქმიანობის შემდეგი საკითხები:[1]

- საავადმყოფოს სალაროებში სავალდებულო და ნებაყოფლობითი წევრობა;
- საავადმყოფოს სალაროების სარგებელი (პაკეტის) შინაარსი;

1 Busse Reinhard, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

საავადმყოფოს სალაროებისა და მომწოდებლებს (განსაკუთრებით ექიმთა ასოციაციების) შორის მოლაპარაკებების მიზნები;
საავადმყოფოს სალაროების ორგანიზაციული სტრუქტურა;
დაფინანსების მექანიზმები, ფონდებს შორის რისკის კორექცია;
სამედიცინო კომისიების პასუხისმგებლობები და ორგანიზაცია;
მონაცემთა შეგროვება, შენახვა, გამოყენება და დაცვა;
აღმოსავლეთ გერმანიაში რეგულირების სპეციალური წესები.

საავადმყოფო სალაროების საქმიანობაზე სავალდებულო კონტროლი ხორციელდება 4 წელიწადში ერთხელ. საავადმყოფოს სალაროს მიმართ ზედამხედველობის სამსახურის გარკვეული შენიშვნების არსებობისას შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა სახის სანქციები – მუშაობის გაუმჯობესების რეკომენდაციები, ხელმძღვანელების პასუხისგებაში გადაცემა, სამუშაოდან განთავისუფლება და ა. შ.

შვეიცარიაში სადაზღვევო შენატანის ზომას ადგენენ სადაზღვევო ფონდები სოციალური დაზღვევის ფედერალური სამსახურის მეშვეობით. ყველა დანარჩენ ქვეყნებში, ითვალისწინებენ რა ხელფასის ზომის ცვლილებებს, სახელმწიფო ყოველწლიურად ადგენს შენატანების ახალ ზღვარს.

იმ ქვეყნებში, სადაც შენატანების ზომას სადაზღვევო ორგანიზაციები ადგენენ, შენატანები შესაძლოა განსხვავებული იყოს სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის, მაგრამ იგი ერთიანია ერთ ორგანიზაციაში დაზღვეულთათვის და არ არის დამოკიდებული დაზღვეულის ჯანმრთელობის და შემოსავლების დონეზე. გერმანიაში, სადაც სხვადასხვა სადაზღვევო ორგანიზაციას დაზღვეულთათვის განსხვავებული პირდაპირი გადახდები აქვს დაწესებული, მნიშვნელოვნად იზრდება სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია, რაც თავის მხრივ პირდაპირი გადახდების ზომის შემცირების სტიმულს განაპირობებს. ასეთი სახის სქემა, აგრეთვე, რისკის კორექციის სქემა, რომელსაც არეგულირებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური, მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს სადაზღვევო ორგანიზაციების კონკურენციას სადაზღვევო შენატანის ზომის საფუძველზე.

ნიდერლანდებში სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენციას განაპირობებს დამატებითი სადაზღვევო შენატანის ზომა, სამედიცინო დახმარების ხარისხი. აქვე აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო (ტარიფების სახელმწიფო სამსახური) ადგენს როგორც სოციალური დაზღვევის სამედიცინო სერვისების ფასებს.

12.8. შენატანების შეგროვება

შენატანების შეგროვების თვალსაზრისით, სოციალური დაზღვევა პირობითად შეიძლება ორ ჯგუფად დავყოთ. პირველ ჯგუფს შესაძლოა მივაკუთვნოთ მოდელები, რომლებშიც სავალდებულო შენატანები პირდაპირ სადაზღვევო ორგანიზაციაში (სადაზღვევო კომპანია, საავადმყოფოს სალარო) ხორციელდება (გერმანია, ავსტრია, შვეიცარია). მეორე ჯგუფს განეკუთვნება მოდელები, რომლებშიც სავალდებულო შენატანები ჯერ ნაციონალურ ან რეგიონალურ ფონდებში ხორციელდება, ხოლო შემდეგ თანხები სადაზღვევო ორგანიზაციებზე ნაწილდება (ნიდერლანდები, რუსეთი).

ცხრილი 4: სადაზღვევო შენატანების შემგროვებელი ორგანიზაცია

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
ფონდები	სოციალური დაზღვევის ნაციონალური სამმართველო	ადგილობრივი სამთავრობო სააგენტოები გადასცემენ ცენტრალურ სააგენტოს	ფონდები	სამედიცინო ფონდების გართიანება	ფონდები AWBZ და ZPW რომელსაც მართავს ჯანმრთელობის დაზღვევის საბჭო	ფონდები

გერმანიაში, ავსტრიაში და შვეიცარიაში სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები ახდენენ შენატანების შეგროვებას. შენატანების შეგროვება შეუძლიათ, აგრეთვე, ფონდების ასოციაციებს (ლუქსემბურგი) ან სახელმწიფო სააგენტოებს.

ნიდერლანდებში სამედიცინო შენატანების მოკრებას ახდენს საგადასახადო შემოსავლების ეროვნული სამსახური. შეგროვილი თანხა გადაეცემა ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდს, რომელსაც მართავს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭო (Sickness Funds Council). ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდში ხდება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ორივე სქემისათვის ("საერთო ჯანმრთელობის დაზღვევა," „განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯები") საჭირო თანხების აკუმულირება. ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალური ფონდიდან ხორციელდება სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების (ორივე სქემის მიხედვით ცალ-ცალკე) დაფინანსება კოლექტიური რისკების გათვალისწინების საფუძველზე.

ბელგიაში შენატანები სოციალური დაზღვევის ნაციონალურ სამსახურში შეაქვთ, რომელიც თავის მხრივ, სხვადასხვა სამთავ-

რობო სააგენტოებში (უმუშევართა, საპენსიო...) ახდენს სახსრების გადანაწილებას. საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის შენატანები გროვდება სამთავრობო სააგენტოების მიერ, საიდანაც გადაეცემა სოციალური დაზღვევის ცენტრალურ სააგენტოს, რომელიც თავის მხრივ, ახდენს სახსრების გადანაწილებას სოციალური დაზღვევის სხვადასხვა ორგანიზაციებსა და მათ ფილიალებში.

რუსეთში შენატანების შეგროვება ხორციელდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის როგორც ფედერალურ ფონდში, ასევე ტერიტორიულ ფონდებში, საიდანაც სახსრების სადაზღვევო ორგანიზაციებზე განაწილება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდით. ფედერალური ფონდის არსებობა უმთავრესად განპირობებულია ქვეყნის ფედერალური მოწყობით, მისი დიდი ტერიტორიით და რეგიონებს შორის მკვეთრი სოციალურ-ეკონომიკური განსხვავებებით. ფედერალური ფონდის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს ქვეყნის მასშტაბით სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური საშუალებების გათანაბრება.

12.9. რისკების გაერთიანება და ფონდებს შორის განაწილება

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების ერთერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფინანსური სახსრების განაწილება ცალკეულ ფონდებს შორის. ზოგიერთ ქვეყანაში თანხები გროვდება სოციალური დაზღვევის ფონდებში, ხოლო შემდეგ სულადობრივი მეთოდით ნაწილდება სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის (ნიდერლანდები, რუსეთი).

ბელგიაში და ნიდერლანდებში 1990-იანი წლების შუა პერიოდამდე ხორციელდებოდა როგორც შენატანების ნაციონალურ დონეზე გაერთიანება (Pooling), ასევე, გაერთიანებული სახსრების ფონდებს შორის რეტროსპექტული განაწილება დანახარჯების რეალური მოცულობის შესაბამისად. რეფორმების შედეგად თანდათან დაინერგა სახსრების ფონდებს შორის პროსპექტული მეთოდით განაწილება. იგი გულისხმობს თითო სულზე სახსრების მოცულობის გათვლას რისკის ხირისხის მიხედვით.

ბელგიაში პროსპექტული განაწილება შეადგენს ჯანდაცვის საერთო ბიუჯეტის 30%-ს (2001 წწ.). ნიდერლანდებში პროსპექტული განაწილება 3%-დან (1993 წ.) 35%-მდე (2000 წ.) გაიზარდა. ფონდების მდგრადობას, მათ „უსაფრთხოებას" ხელს უწყობს მაღალ-

ცხრილი 5: ფინანსური ფონდების შექმნის ან ფინანსური რისკების ფონდებს შორის განაწილების მექანიზმი

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ნიდერლანდები	შვეიცარია
არ არსებობს, მაგრამ ფონდის დეფიციტის დროს შეუძლიათ წარმოადგინონ განაცხადი სახსრების სხვა ფონდებიდან გადმოტანის შესახებ	ძირითადად ერთობლივი მონაწილეობა ხარჯებში, ფონდებს შორის შეზღუდული პროსპექტული განაწილება (4% 1999 წ. 7,5% 2000 წ.)	სუბსიდია მსხვილი ფონდებიდან (42%-მდე) და მცირე ფონდებზე სახელმწიფო სუბსიდიები	კომპენსაციის მექანიზმი რისკის სტრუქტურის გათვალისწინებით ფედერალურ დონეზე (შემოსავლების 90%-ზე >)	ძირითადად ერთობლივი მონაწილეობა დანახარჯებში, შეზღუდული პროსპექტული განაწილება ფონდებს შორის (ZPW 35% – 1999 წ)	კომპენსაცია რისკების სტრუქტურის გათვალისწინებით კანტონის დონეზე

ხარჯიან პაციენტებზე ხარჯების ფონდებს შორის განაწილებაზე სპეციალური შეთანხმება.[1] ამ თვალსაზრისით, საფრანგეთში მოქმედებს ჯანმრთელობის დაზღვევის ადგილობრივ ფონდებს შორის კომპენსაციის სქემა, ასევე შედარებით ნაკლებად მსხვილი ფონდების ნაციონალური სამედიცინო ფონდიდან და საერთო გადასახადებიდან დაფინანსების მხარდამჭერი სქემა.

თანხების ფონდებს შორის გადანაწილება საკმაოდ რთულ პროცესს წარმოადგენს. შედარებით მდიდარი ფონდები მათთან აკუმულირებულ შენატანებს თავიანთ „საკუთრებად" მიიჩნევენ, რაც გარკვეულ პოლიტიკურ დაძაბულობას განაპირობებს.[2]

გერმანიაში რისკის სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციას ახორციელებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური, ხოლო შვეიცარიაში მზღვეველთა გაერთიანებული ორგანიზაცია. ავსტრიაში არ არსებობს ფინანსების განაწილების ოფიციალური მექანიზმი, მაგრამ მძიმე ფინანსურ მდგომარეობაში მყოფ ცალკეულ ფონდებს ფინანსური დახმარებისათვის შეუძლიათ მიმართონ სოციალური დაზღვევის ფონდების ასოციაციას.

გერმანიაში სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები თავდაპირველად გროვდება საავადმყოფოების სალაროებში, ხოლო შემდეგ სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახურის საშუალებით ხორციელდება სისტემაში არსებული ფინანსური

1 Schut, F.T., E.K.A. van Doorslaer (1999), Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands, Health Policy 48.

2 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

საშუალებების გადანაწილება სადაზღვევო ფონდების რისკის გათანაბრების მიზნით, დაზღვეულთა კოლექტიური რისკის გათვალისწინებით.

გერმანიაში 1993 წელს კონკურენტულ სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა სოციალური დაზღვევის ფონდებს შორის კონკურენცია. ფონდების საწყისი პოზიციების გათანაბრების მიზნით შემოღებულ იქნა რისკების სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციის სქემა. სხვადასხვა ფონდებში დაზღვეულთა განსხვავებული ასაკობრივი და სქესობრივი შემადგენლობა განაპირობებს შემოსავლების და დანახარჯების დონეებს შორის სხვაობას. რისკების სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციის სქემის მიზანია ამ სხვაობის შემცირება.[1] რისკის მიხედვით კომპენსაციის სქემამ ფონდებს შორის სხვაობა შეამცირა შენატანების ზომის თვალსაზრისით. 1994 წელს დაზღვეულთა მხოლოდ 27%-ში შეინიშნებოდა შენატანების ზომის საშუალო ზომაზე 1%-ზე მეტით სხვაობა.[2] 1999 წელს იგი 7%-მდე შემცირდა.[3]

12.10. სოციალური დაზღვევის ძლიერი და სუსტი მხარეები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძლიერი მხარეები:

ზრდება ჯანდაცვის სისტემისათვის საჭირო რესურსები. ჯანდაცვაზე ხარჯების ზომა დამოკიდებულია ქვეყნის რესურსებზე და მის მიერ არჩეულ განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებზე.[4] სოციალური დაზღვევა ხშირად განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე რესურსების გაზრდის უფრო ეფექტური გზა.[5] მკვლევართა გარკვეული ნაწილის აზრით, ჯანდაცვის დაფინანსება უფრო მეტად იზრდება სადაზღვევო შენატანებით დაფინანსების სისტემის არსებო-

1 Busse R, Nolte E. New Citizens: East Germans in a United Germany. In: Healy J, McKee M, eds. Accessing Healthcare — Responding to diversity. 2001.

2 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006

3 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

4 Cichon M, Newbrander W, Yamabana H, et al. Modelling in Health Care Financing: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing. Geneva:International Labour Office and International Social Security Association; 1999.

5 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

ბისას, ვიდრე ზოგადი გადასახადებით (სახელმწიფო ბიუჯეტიდან) დაფინანსების სისტემით.[1]

მხედველობაში მისაღებია ის გარემოებაც, რომ საზოგადოების მზადყოფნის ხარისხი, გადაიხადოს ჯანდაცვის ხარჯები, დამოკიდებულია მიზნობრივი ფონდების არსებობაზე. მოსახლეობა უფრო კმაყოფილია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით, ვიდრე სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები), ან ნებაყოფლობითი დაზღვევით დაფინანსების სისტემებით.[2]

სადაზღვევო შენატანები განცალკევებულია სხვა გადასახადებისაგან. იგი მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორისთვისაა განკუთვნილი, გადამხდელმა ზუსტად იცის რაზე იხარჯება მისი შენატანები, რაც მოსახლეობას რწმენას მატებს, რომ სახსრები არ გამოიყენება სხვა, შესაძლოა, ნაკლებად მნიშვნელოვანი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაზე.[3] სახსრების გამჭვირვალე მოძრაობა ხელს უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს, ადამიანებს უფრო მეტი სურვილი აქვთ გადაიხადონ სადაზღვევო შენატანები. ამგვარად, სოციალური დაზღვევის სისტემის დროს სადაზღვევო შენატანების შეგროვებასა და სადაზღვევო ფონდების მართვაში შეინიშნება უფრო მეტი გამჭვირვალობის ტენდენცია.[4]

სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების შემთხვევაში ქვეყნები ცდილობენ ჯანდაცვაზე მიზნობრივი გადახდების, ანუ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვას.[5] ასეთი პროცესები განვითარდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში 1980-იანი წლების ბოლოს და 1990-იანი წლების დასაწყისში, როდესაც გარდაქმნების პირველ წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები. გარდამავალი ქვეყნებიდან 17 ქვეყანაში დაინერგა სადაზღვევო შენატანებით გადახდები, რომელთა შორის 10 ქვეყანაში იგი წარმოადგენდა დაფინანსების უპირატეს მექანიზმს, ხოლო 7 ქვეყანაში საერთო გადასახადებით შემოსავლების და ჯიბიდან გადახდების დამატებით რესურსს.[6]

1 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

2 Ferrera, M. (1993) EC Citizens and Social Protection. Eurobarometer survey. University of Pavia, Italy. The, Brussels.

3 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

4 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

5 Carrin, G., and C. James. „Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period." Health Financing Technical Paper, World Health Organization, Geneva. 2004.

6 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

ნაკლები დამოკიდებულება სახელმწიფო ბიუჯეტზე. სოციალური დაზღვევის შემთხვევაში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება არ არის დამოკიდებული სახელმწიფო ბიუჯეტზე, შედეგად მცირდება სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა ნაკლებად პოლიტიზირებულია, მასზე გავლენას არ ახდენს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული პოლიტიკური პრიორიტეტები, რომელიც სახელმწიფოს ინტერესების გათვალისწინებით შეიძლება იცვლებოდეს. შესაბამისად, ჯანდაცვის სექტორს დაფინანსების გარანტირებული და საიმედო წყარო გააჩნია.

რისკის გადანაწილების მაღალი დონე (სოლიდარობის პრინციპი). სოციალური დაზღვევის სისტემებში მაღალია რისკის გადანაწილება მაღალშემოსავლიან და დაბალშემოსავლიან პირებს შორის (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არ არსებობს შენატანის გადახდაზე შემოსავლის ზედა ზღვარი), დაბალრისკიან და მაღალრისკიან პირებს შორის (შენატანი არ არის დამოკიდებული ჯანმრთელობის რისკზე), ახალგაზრდიდან მოხუცზე, ინდივიდიდან ოჯახზე (ჩვეულებრივ დაზღვეულის ოჯახის წევრები მოცულნი არიან დაზღვევით და იგი არ ზრდის სადაზღვევო შენატანებს).[1]

მოსახლეობის მხარდაჭერა. სამედიცინო მომსახურების მიღება დამოკიდებულია დაზღვეულის მიერ გადახდილ შენატანებზე, რაც დაზღვეულს ანიჭებს მომხმარებლის როლს. შედეგად, მზღვეველსა და დაზღვეულს შორის კავშირი უმეტესად სახელშეკრულებო ხასიათს ატარებს. შესაბამისად, შეინიშნება იმ სამედიცინო მომსახურების უფრო ზუსტი განსაზღვრის ტენდენცია, რომელზეც მომხამრებლებს აქვთ უფლება. ზოგ ქვეყნებში დაზღვეულები მონაწილეობენ სადაზღვევო ფონდების მართვაში, მათი წარმომადგენლები შედიან სადაზღვევო ფონდების კოლეგიების შემადგებლობაში. ამგვარად, იზრდება დაზღვეულთა როლი სოციალური დაზღვევის სისტემაში.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სუსტი მხარეები:

ღარიბი მოსახლეობის შესაძლო გამორიცხვა სისტემიდან. ბევრმა ქვეყანამ სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსახლეობის მხოლოდ ლიმიტირებული ნაწილით დაიწყო. ხშირად, იგი უპირველეს ყოვლისა მოიცავდა სახელმწიფო მოხელეებს და მსხვილი კერძო საწარმოების დაქირავებულებს. ადრეულ პერიოდში მოსახლეობის ღარიბი ნაწილი (არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულები, უმუშევრები) არ იყო მოცული სოციალური დაზღვევით, ან მათზე სახელმწიფო დაფინანსება ხორციელდებოდა.

1 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

ჩვეულებრივ, არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა სოციალური დაზღვევის სისტემაში ჩართვა გარკვეულ სირთულეებთან და დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რომ მათი უმეტესობა მოშორებით რაიონებში ცხოვრობენ და არ აქვთ სოციალური დაზღვევის სისტემით სარგებლის მიღების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაცია, აგრეთვე ძნელია მათი შემოსავლების შეფასება. მოსახლეობის ამ ნაწილის ჩართვა სოციალური დაზღვევის სისტემაში მოითხოვს სახელმწიფო დაფინანსებას საერთო გადასახადების მეშვეობით. ამასთან, ბევრ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადების ადმინისტრირება სუსტია, სირთულეს წარმოადგენს სოფლად და არაფორმარულ სექტორსი დასაქმებულთა გადასახადების შეგროვება.[1]

სადაზღვევო შენატანების ნეგატიური ეკონომიკური გავლენა. მიუხედავად იმისა, რომ ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი ნაკლებადაა დამოკიდებული ქვეყნის პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, მასზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. ეკონომიკური კრიზისის დროს დასაქმებულთა რაოდენობის შემცირებასთან ერთად მცირდება სადაზღვევო შენატანების მოცულობა.

როდესაც სადაზღვევო გადასახადის მნიშვნელოვნად დიდ ნაწილს დამქირავებლები იხდიან, მოსალოდნელია შემდეგი პროცესების განვითარება:

წარმოებული საქონლის ფასის გაზრდა;
სახელფასო ფონდის შემცირება;
დასაქმებული პერსონალის რაოდენობის შემცირება.

როდესაც გადასახადის მნიშვნელოვნად დიდ ნაწილს დაქირავებულები იხდიან, მოსალოდნელია მათი ხელფასის ხელოვნური შემცირება ან გაზრდილი გადასახადების საკომპენსაციოდ დაქირავებულებმა შეიძლება მოითხოვონ ხელფასის გაზრდა. ორივე შემთხვევაში მოსალოდნელი მდგომარეობა დამოკიდებულია სამუშაო ძალის ბაზრის სტრუქტურაზე. ეკონომიკური კრიზისის დროს, შესაძლოა სადაზღვევო შენატანში გაიზარდოს დაქირავებულის წილი.[2]

ქვეყნებში, სადაც სამუშაო ძალის ბაზარი არაკონკურენტულია, სადაზღვევო შენატანების ზრდის საპასუხოდ დამქირავებლებმა შესაძლოა ვერ მოახდინონ დაქირავებულთა ხელფასის შემცირება.[3] შესაბამისად, სოციალური დაზღვევის მზარდმა შენატანებმა შეიძლება

1 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

2 Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

3 იქვე.

გაზარდონ დაქირავებულთა სახელფასო ხარჯები. შედეგად, დამქირავებელი დაინტერესებულია შეამციროს დასაქმებულ პერსონალთა რაოდენობა, რადგან, რაც მეტია მათი რაოდენობა, მით იზრდება საწარმოს გადასახადი. შედეგად, ქვეყანაში იზრდება უმუშევრობის დონე. აღნიშნული მდგომარეობა განსაკუთრებით მწვავედ დგას ეკონომიკური კრიზისის პერიოდში.

მეორე მხრივ, სადაზღვევო შენატანების ზრდამ შესაძლოა დამქირავებლის მიერ დაქირავებულის ხელფასის შემცირება განაპირობოს. ზოგი მკვლევარის მტკიცებით ჯანმრთელობის დაზღვევა 11%-ით ამცირებს სახელფასო ფონდს.

სადაზღვევო შენატანების ზრდა უარყოფითად მოქმედებს ქვეყნის ეკონომიკაზე, ამცირებს ინვესტიციებს.[1] ამასთან, თუ სახელმწიფო წარმოადგენს მთავარ დამქირავებელს, სადაზღვევო შენატანებმა შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაზარდონ სახელმწიფო დანახარჯები.[2]

ისეთ განვითარებულ ქვეყანაშიც კი, როგორიცაა საფრანგეთი, სოციალური სადაზღვევო შენატანები განიხილება უმუშევრობის მაღალი დონის მიზეზად.[3] ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის რეფორმირების მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სადაზღვევო შენატანების წილის შემცირება.[4]

მართვის სირთულე და მაღალხარჯიანობა. სოციალური დაზღვევის სისტემა შედარებით რთულ სისტემას წარმოადგენს რადგან მოიცავს მრავალ სხვადასხვა მონაწილეს, რთულ ურთიერთობებს მზღვეველსა და სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა მიმწოდებლებს შორის, აგრეთვე ფინანსური ნაკადებს, რაც მოითხოვს ეფექტურ მართვას, ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემის ინსტალირებას, პროცედურების ტრანსპარენტულობას. სადაზღვევო ფონდებმა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა მიმწოდებლებთან უნდა აწარმოონ ხელშეკრულებების შეთანხმება, შესაბამისი მონიტორინგის მექანიზმების შემუშავება, სადაზღვევო ხარჯების ეფექტური ანაზღაურება, გაწეული სამედიცინო მომსახურების საფუძვლიანობაზე კონტროლი. სოციალური დაზღვევის სისტემა სახელმწიფოს მხრიდან მოითხოვს ეფექტური საზედამხედველო ღონისძიებების გატარებას. ასევე მნიშვნელოვანია შენატანების შეგროვების სრულყოფილი მექანიზმის არსებობა.

1 Sandier S, Paris V, PoltonD. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHORegional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

2 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006

3 Carrin, G., and C. James. „Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period." Health Financing Technical Paper, World Health Organization, Geneva. 2004.

4 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

ამგვარად, სოციალური დაზღვევის სისტემაში ადმინისტრაციული ხარჯები მაღალია.[1] იმ ქვეყნებში, სადაც ზემოაღნიშნული პრობლემები სწორად არ იქნა მართული, სოციალური დაზღვევის დანერგვა ვერ განხორციელდა წარმატებით. აღნიშნული შეინიშნება ლათინური ამერიკის ბევრ ქვეყნებში, სადაც რეგულირების სუსტმა მექანიზმებმა და ჯანდაცვის არაეფექტურმა ინსტიტუტებმა უარყოფითად იმოქმედეს სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებაზე.[2]

განვითარებად ქვეყნებში, ისევე როგორც ყოფილი საბჭოთა სისტემის ქვეყნებში, რომლებიც განიცდიან ეკონომიკურ კრიზისს, მცირე ხელფასის ან საწარმოთა დახურვის გამო, ბევრი ადამიანი ტოვებს სახელმწიფო დაწესებულებებში სამსახურს და ცდილობს მუშაობა დაიწყოს არაფორმალურ სექტორში. საგადასახადო სისტემის მოუწესრიგებლობის გამო, ასეთ ქვეყნებში ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადის შეგროვება რთულ პროცესს წარმოადგენს, რაც შესაბამისად, ამცირებს სოციალური დაზღვევის შენატანების მოცულობას.

ამგვარად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა მოითხოვს ქვეყანაში მძლავრი ეკონომიკური სტრუქტურების არსებობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელია მხოლოდ სადაზღვევო შენატანების ხარჯზე მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურეობის ფართო სპექტრის დაფინანსება. მკვლევართა აზრით, სოციალური დაზღვევა ქვეყნის მძლავრად განვითარებულ ეკონომიკას ეყრდნობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სოციალური დაზღვევის სისტემა უძლური ხდება უზრუნველყოს მოსახლეობა სათანადო სამედიცინო მომსახურებით.

ხარჯების ზრდა. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემამ შესაძლოა გაზარდოს დაზღვეულების მხრიდან ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა, რადგან სერვისების ხარჯები მთლიანად ან ნაწილობრივ იფარება დამფინანსებლის მიერ (მორალური საფრთხე).[3] მან შესაძლოა, აგრეთვე, ხელი შეუწყოს სერვისების ჭარბ წარმოებას, განსაკუთრებით, როდესაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი შესაბამისი რეგულირების მექანიზმების გარეშე გამოიყენება.[4]

1 Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.
2 იქვე.
3 იქვე.
4 იქვე.

ლიტერატურა:

- ცინცაბაძე თამარ. 2001-2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.
- ჯანდაცვის სამინისტრო, 2008. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Busse R, Nolte E. New Citizens: East Germans in a United Germany. In: Healy J, McKee M, eds. Accessing Healthcare — Responding to diversity. 2001.
- Busse Reinhard, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- Carrin G. et al, Social Health Insurance Development in low-income developing countries Building Social Security: the challenge of privatisation, X. Scheil-Adlung (ed.). Transactions Publication, London 2001.
- Carrin, G., and C. James. „Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period." Health Financing Technical Paper, World Health Organization, Geneva. 2004.
- *Enthoven, Alain C. Wynand P.M.M. van de Ven,* Going Dutch — Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands.
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Gottret Pablo, Schieber George, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.
- Henke K-D, Schreyögg J. Towards sustainable health care systems, Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – a comparative study. International Social Security Association. London: Transaction Publishers. 2004.
- Ferrera, M. (1993) EC Citizens and Social Protection. *Eurobarometer survey. University of Pavia, Italy. The, Brussels.*
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. 2002.
- Sandier S, Paris V, PoltonD. *Health care systems in transition: France.* Copenhagen, WHORegional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Schut, F.T., E.K.A. van Doorslaer (1999), Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands, Health Policy 48.
- WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004.

XIII თავი

ზოგადი გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსება

ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენს ზოგადი გადასახადები (General Taxation), რომელიც სახელმწიფო მიერ სავალდებულო ხასიათს ატარებს. ზოგადი გადასახადები თავს იყრის სახელმწიფო ბიუჯეტში, საიდანაც ხორციელდება მისი განაწილება ეკონომიკის სახვადასხვა დარგებში, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროში. ბიუჯეტის განაწილებისას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სახელმწიფოს მიერ ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროების მიმართ დადგენილ პრიორიტეტებს.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემას, რომელიც ძირითადად სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებზეა (ზოგადი გადასახადები) დაფუძნებული, ზოგადი გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემას უწოდებენ. იგი შემოღებულ იქნა ნ. ა. სემაშკოს მიერ, ხოლო მოგვიანებით, ლორდ ბევერიჯმა შექმნა ჯანდაცვის ეროვნული მოდელი (National Health Service).

13.1. სემაშკოს მოდელის თავისებურებები

მიუხედავად საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკისა, რაც ბევრ შემთხვევაში მკვლევარების მიერ სამართლიანადაა დასაბუთებული, ოქტომბრის რევოლუციის პირველ წლებში ნ. სემაშკოს (1874-1947 წწ.) მიერ შემოღებული მოდელი თავის დროზე წარმოადგენდა ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მოწინავე მოდელს მსოფლიოში.

სემაშკოს სისტემად მიიჩნევენ ჯანდაცვის იმ სისტემას, რომელიც საბჭოთა კავშირში არსებობდა 70 წლის განმავლობაში 1918 წლიდან 1991 წლამდე. იგი წარმოადგენდა ჯანდაცვის ცენტრალიზებულ სისტემას სახელმწიფო დაფინანსებით. სამედიცინო დაწესებულებები და მომსახურების საშუალებები იყო სახელმწიფო საკუთრებაში და ფინანსდებოდა სახელმწიფო შემოსავლებიდან. თითქმის ყველა რესურსის დაგეგმვა, ორგანიზაცია, კონტროლი და განაწილება ხდებოდა ცენტრიდან. მომსახურება უფასო იყო ყველასათვის, თუმცა მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე, არ არსებობდა (ფორმალურად) კერძო სექტორი, ჯანდაცვის ბიუჯეტი დგებოდა ე.წ. ნარჩენი ბიუჯეტის პრინციპით. სემაშკოს მოდელი ფართოდ იყო გავრცელებული ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებ-

სა, ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, ჩინეთში, ვიეტნამში, ჩრდილოეთ კორეასა და კუბაში.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ პერიოდში (განსაკუთრებით სტალინის მმართველობის ხანაში) სემაშკოს მოდელის დაფინანსებისა და მართვის ზოგიერთმა ასპექტებმა ცვლილებები განიცადა, სისტემის ფუძემდებლური პრინციპები არ შეცვლილა.

საბჭოთა კავშირი იყო ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, რომელმაც გამოაცხადა უფასო სამედიცინო მომსახურება (გერმანიამ უფრო ადრე შემოიღო ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ იგი არ ითვალისწინებდა საერთო ხელმისაწვდომობის პრინციპს). კონსტიტუციით განსაზღვრული უფასო სამედიცინო მომსახურების უფლება ატარებდა არამარტო სოციალურ, არამედ პოლიტიკურ ხასიათს, რადგან მას უნდა ეჩვენებინა სოციალისტური სისტემის პროგრესულობა და იგი საბჭოთა პროპაგანდის ნაწილს წარმოადგენდა.

ბევრი ქვეყნები ცდილობდნენ შეესწავლათ საბჭოთა მოდელის გამოცდილება. ასე მაგალითად, მალარიის ლიკვიდაციის გამოცდილება საზღვარგარეთის სპეციალისტების მიერ დღემდე განიხილება როგორც საოცრება, რომლის ასეთი მასშტაბით განხორციელება ვერსად ვერ მოხერხდა. ამასთან, საბჭოთა პერიოდის პირველ წლებში, ომის პერიოდში და ომის შემდეგ წარმატებები მიღწეულ იქნა მნიშვნელოვნად მცირე ხარჯებით, ვიდრე სხვა ქვეყნებმა იმავე მიზნით და იმავე პერიოდში. საკმარისად ეკონომიური აღმოჩნდა ის ზომები, რომლებიც მიმართული იყო ისეთი პროფილაქტიკური ღონისძიებებით მოსახლეობის ფართო მოცვაზე, როგორიცაა: მასიური გასინჯვები, დისპანსერული მეთოდი, ინფექციურ დაავადებების წინააღმდეგ იმუნიზაცია, საყოველთაო სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა. როგორც თეორიულად, ასევე პრაქტიკული თვალსაზრისით საბჭოთა ჯანდაცვა წარმოადგენდა ლიდერს 30-40-იანი წლების მსოფლიოში და სამართლიანად უწოდებდნენ ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ეფექტურ ჯანდაცვის სისტემას.

1970 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მიიღო რეზოლუცია, რომლითაც რეკომენდაციას იძლეოდა გამოეყენებინათ ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის ცალკეული პრინციპები სხვა ქვეყნებში. სემაშკოს მოდელის გარკვეული ნიშნები გამოყენებულ და ტრანსფორმირებულ იქნა ნაციონალური პირობების გათვალისწინებით თითქმის ყველა ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნის მიერ.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ნ. სემაშკოს მიერ ფორმულირებული ჯანდაცვის პროგრესული პრინციპები, რომლებმაც საბჭოთა ხელისუფლების პირველ წლებში შესაძლებელი გახადა ქვეყანა გამოეყვანა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კრიზისიდან, შემდგომ პერიოდებში გადაიქცა მედიცინის განვითარების შეჩერების ფაქტორად [1]

საბჭოთა კავშირი იყო პირველი ქვეყანა, სადაც განხორციელდა ჯანდაცვის მთლიანი ნაციონალიზაცია. ჯანდაცვის სისტემა ექვემდებარებოდა ერთიან გეგმას. ერთიანი დაგეგმარება შესაძლებელს ხდიდა სახელმწიფო ღონისძიებების თანმიმდევრულ განხორციელებას. სემაშკოს პრინციპები მისაღებს წარმოადგენდა საგანგებო პერიოდში (სამოქალაქო და სამამულო ომებს შორის პერიოდი), ომის პერიოდში და ომის შედეგად დანგრეული მრეწველობის თანმიმდევრული აღდგენის პერიოდში. შემდგომ პერიოდებში იგი უფრო მეტად ტოტალური სახელმწიფოებრიობის ანტიდემოკრატიულობას ავლენდა.

გასახელმწიფოებულ სისტემაში ჯანმრთელობის დაცვის დამფინანსებლად, მწარმოებლად და მაკონტროლებლად გვევლინება სახელმწიფო. სახელმწიფო საკუთარი მოტივაციიდან გამომდინარე განსაზღვრავს იმ აუცილებელი ფორმების, მეთოდების და სახეების არსებობას, რომელსაც თვითონ თვლის საჭიროდ. [2] სახელმწიფო წარმოადგენს როგორც დამკვეთს, ისე მიმწოდებელს, რითაც ქმნის წარმოების მონოპოლისტურ სისტემას, რაც თავის მხრივ გულისხმობს მკაცრად ცენტრალიზებული და რეგლამენტირებული სისტემების შექმნას.[3]

გასახელმწიფოებრივი სისტემის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა ბიუროკრატია, შეიქმნა სამსახურების დაქვემდებარების მრავალსაფეხურიანობა, ხოლო პერიფერიაზე გაქრა ექიმის პირდაპირი პასუხისმგებლობა მასთან მიმაგრებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე. სხვადასხვა დონის ხელმძღვანელების კორპუსი იზრდებოდა, მაშინ როცა პრაქტიკის ექიმების მდგომარეობა უარესდებოდა როგორც მატერიალურად, ისე დატვირთვის თავლსაზრისით. ექიმების ჭარბი რაოდენობით მათი მუშაობის ეფექტურობა მკვეთრად შემცირდა.

სახელმწიფოს ცენტრალური დაგეგმარება, რომელიც შეიქმნა მასიური დაავადებების სალიკვიდაციოდ საჭირო ამოცანების გადაწყვეტად, ახალი სიტუაციისათვის ნაკლებად ხელსაყრელი აღმოჩნდა. იგი გადაიქცა ყოვლისმომცველი ნორმატივების ჩამონათვლად,

1 Кричагин В.И. Народное здравие: время решений // В человеческом измерении. М.: Прогресс, 1989. С. 247–267.

2 Зяблюк Н. Г. Политический плюрализм: контуры американской модели // США и Канада: экономика, политика, культура. 1999. № 5. С. 3–18.

3 მაყაშვილი ბ.. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

რომელიც სისტემას აიძულებდა ემუშავა ფორმალურად უხეში მეთოდების მიხედვით. აღნიშნული განაპირობებდა ჯანდაცვის სისტემის მართვის მოშლას.

ქვეყანაში სხვადასხვა ნორმატივებით განსაზღვრული იყო ჯანდაცვის საწარმოო სტრუქტურა, მისი მუშაობის მოცულობა. ნორმატივების მიხედვით იქმნებოდა ჯანდაცვის ორგანიზაციათა ქსელი. მიმწოდებელი შეზღუდული იყო ამ ნორმატივებით, მიუხედავად იმისა, ჰყავდა თუ არა მას ავადმყოფი საანგარიშო პერიოდში, მას მაინც უნდა დაეხარჯა სახელფასო ფონდი, ვერ გამოიყენებდა ერთი სტრუქტურული ქვედანაყოფის გამოთავისუფლებულ თანხებს სხვა ქვედანაყოფის გაძლიერების მიზნით.[1] ასეთი სახის დაგეგმარება მოითხოვდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მკაცრად რეგლამენტირებულ სისტემას. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისათვის სახსრების გამოყოფა ხორციელდებოდა ნარჩენი დაფინანსების პრინციპით, სადაც გათვალისწინებული იყო არა კონკრეტული მოთხოვნა სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე, არამედ არსებული დაწესებულებების შენახვის ხარჯები.[2]

ქვეყნის ჯანდაცვის ბიუჯეტი ხუთ სხვადასხვა საფინანსო კარში იყო გათვალისწინებული:[3]

კარი # 203 – ჯანმრთელობა;

კარი # 200 – განათლება (სამედიცინო განათლება);

კარი # 202 – მეცნიერება (სამედიცინო);

კარი # 201 – მუზეუმები (სამედიცინო);

კარი # 214 – მმართველობის აპარატის შენახვა.

კარები იყოფოდა თავებად, თავები პარაგრაფებად, პარაგრაფები მუხლებად. კარი # 203 კარის 63-ე თავში შედიოდა ცხრა პარაგრაფი:

1. საავადმყოფოები;
2. პოლიკლინიკები (დისპანსერები);
3. კატასტროფის მედიცინა;
4. სისხლის გადასხმის სადგური;
5. სანეპიდსადგური;
6. დეზსადგური;
7. ეპიდემიის ფონდი;

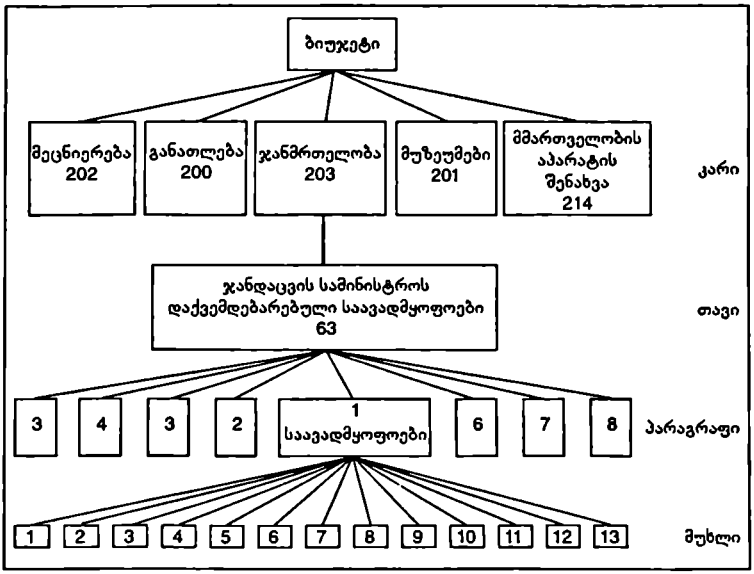
---

1 მაყაშვილი ბ. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

2 იქვე. მაყაშვილი ბ. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. 1994 წ.

3 იქვე. მაყაშვილი ბ. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. 1994 წ.

ნახატი 1: ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება



წყარო: ბ. მაყაშვილი. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

8. სანგანათლების სახლი;
9. ცენტრები, კურორტები, სპეც. ბაზა.

ნებისმიერი ზემოთ ჩამოთვლილი პარაგრაფი დაყოფილი იყო მუხლებად, რომლებიც ითვალისწინებდნენ არა მარტო დაწესებულებების, არამედ ხარჯვის მიმართულებებსაც. კერძოდ, 203 კარის 63-ე თავის პარაგრაფი I-ში გათვალისწინებული იყო 13 მუხლი:[1]

1. ხელფასი;
2. დარიცხვა ხელფასზე;
3. სამეურნეო ხარჯები;
4. მივლინების ხარჯები;
5. სამეცნიერო ხარჯები;
6. სტიპენდია;
7. კვება;

1 იქვე. მაყაშვილი ბ. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. 1994 წ.

8. მედიკამენტები;
9. მაგარი ინვენტარი;
10. რბილი ინვენტარი;
11. კაპიტალური მშენებლობა;
12. კაპიტალური შეკეთება;
13. სხვა ხარჯები.

საჭიროებისამებრ სახსრების გადატანა ერთი კარიდან მეორეში, ან ერთი მუხლიდან მეორეში ფინანსთა სამინისტროს ჩარევის გარეშე ფაქტიურად შეუძლებელს წარმოადგენდა.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის დაფინანსების პრინციპს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებების შენახვის პრინციპი და არა საზოგადოების მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე. მოთხოვნა დინამიური პროცესია, ხოლო დაფინანსების სემაშკოს მოდელი სტატიური და დროულად ვერ რეაგირებდა ამ პროცესზე.[1]

13.2. ჯანდაცვის ბევერიჯის სისტემა

ჯანდაცვის ბევერიჯის სისტემა, ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური — მას ბრიტანელებმა „ნაციონალური რელიგია" უწოდეს. ეს იყო ბრიტანული ჯანდაცვის რევოლუცია და არამარტო ბრიტანეთის. ბევერიჯის მოდელი ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ინსტიტუციაა მსოფლიოში.

დღეს ბევრს საუბრობენ ბევერიჯის მოდელზე. ეს არის სისტემა, რომელიც ყველაზე ხშირად ასოცირდება ბრიტანეთთან. ზოგიერთი სპეციალისტი ჯანდაცვის ბევერიჯის მოდელს მიიჩნევს, როგორც ერთ-ერთ საუკეთესოს. თუმცა მკვლევართა უმრავლესობა თვლის რომ ბევერიჯის მოდელი სერიოზული პრობლემების წინაშე დგას და მას არ განიხილავენ როგორც სანიმუშოს.

ბევერიჯის მოდელი, ანუ ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ საყოველთაო, ყველასათვის ხელმისაწვდომ და უნივერსალურ ჯანდაცვის სისტემას, რომელიც დაფუძნებულია საჭიროებაზე და არა გადახდისუნარიანობაზე და უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ფართო სპექტრს, რომელიც ფინანსდება ზოგადი გადასახადებით.

ბევერიჯის მოდელის მთავარ ნიშნებს წარმოადგენს:

სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (ზოგადი გადასახადების) მეშვეობით;

- ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულირება;

1 იქვე. მაყაშვილი ბ. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. 1994 წ.

საყოველთაო ხელმისაწვდომობა;
სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევა სამედიცინო სერვისებსა და დაწესებულებების მართვაში;
ექიმების ანაზღაურება ხელფასით ან კაპიტაციით;
პაციენტების მხრიდან მცირე ჯიბიდან გადახდები.

ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური (National Health Service) ჩამოყალიბდა 1948 წელს, მაგრამ მისი შექმნის ისტორია გაცილებით ადრეულ პერიოდთან არის დაკავშირებული. 1911 წელს შემოღებულ იქნა ჯანდაცვის ეროვნული დაზღვევის კანონი. 1920 წელს ბრიტანეთის ჯანდაცვის საკონსულტაციო საბჭოს უფროსმა ლორდ დოუსონმა გამოაქვეყნა მოხსენება, რომელსაც შემდგომ „ლორდ დოუსონის ანგარიში" უწოდეს, სადაც იგი რეკომენდაციას იძლეოდა ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოების ეგიდით შექმნილიყო რეგიონალური სამედიცინო ცენტრები. მეორე მსოფლიო ომის წინ, როდესაც მოსალოდნელი იყო სამოქალაქო მოსახლეობას შორის დიდი მსხვერპლი, ბრიტანეთის მთავრობამ დააფუძნა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ეროვნული სამსახური.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში, 1942 წელს ბრიტანელმა ეკონომისტმა უილიამ ბევერიჯმა უინსტონ ჩერჩილის დავალებით შეიმუშავა ომისშემდგომი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის განვითარების გეგმა, რომელიც მოიცავდა აგრეთვე ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს.[1] გეგმის შემუშავებაში გამოყენებულ იქნა ომის პერიოდში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ეროვნული სამსახურის წარმატებული მუშაობის გამოცდილება. „1942 წლის ბევერიჯის ანგარიში" დაედო საფუძვლად დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის (NHS) შექმნას. მას შემდეგ ტერმინი „ბევერიჯის მოდელი" გამოიყენება ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის ორგანიზაციის ფორმის აღსანიშნავად.

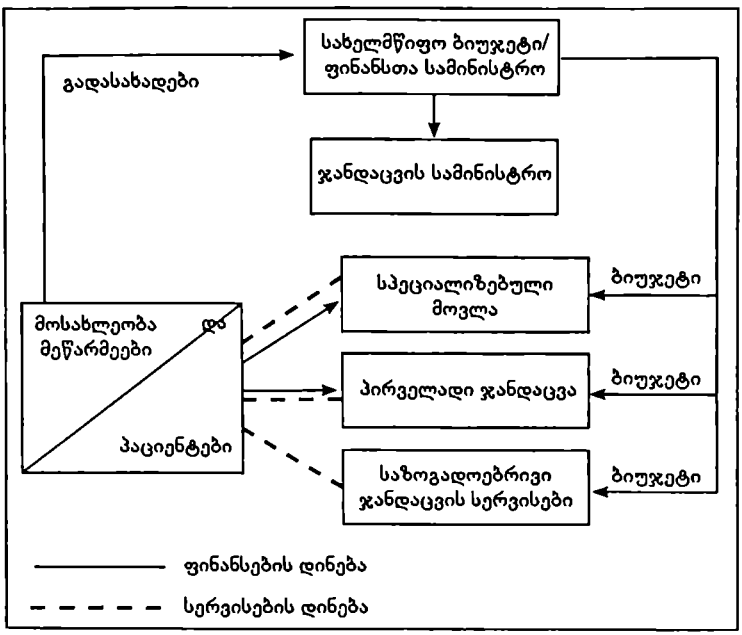
1946 წელს კლემენტ ეტლის ლეიბორისტული მთავრობის ინიციატივით, რომელიც სოციალ-დემოკრატიულ იდეებს ემხრობოდა, პარლამენტმა მიიღო ეროვნული ჯანდაცვის აქტი. აქტის განხორციელება დაიწყო 1948 წელს ჯანდაცვის მინისტრის ენურინ ბევანის ხელმძღვანელობით. 1948 წლის 5 ივლისს ჩამოყალიბდა საყოველთაო ხელმისაწვდომობაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური. მსოფლიო ჯანდაცვით სისტემებს შორის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური ერთ-ერთი სამაგალითო სისტემა გახდა.

ჯანდაცვის დაფინანსება უპირატესად სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (ზოგადი გადასახადები) შემოღებულ იქნა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ევროპის ქვეყნებში (დანია, ფინეთი, ირლანდია, ნორვეგია, შვეცია), აგრეთვე კანადაში 1974-1977 წლებ-

1 Beveridge, William: Social Incurance and Allid Services, London 1942.

ში, იტალიაში 1978 წელს, პორტუგალიაში 1979 წელს, საბერძნეთში 1983 წელს, ესპანეთში 1986 წელს. მკვლევართა აზრით, ბევერიჯის სისტემის ფართოდ გავრცელება დაკავშირებულია ჯანდაცვის ხარჯებზე ეფექტური კონტროლით.

ნახაზი 1: ჯანდაცვის ბევერიჯის მოდელის დაფინანსება



ბევერიჯის სიტემამ ბევრი რეფორმა და ცვლილებები გაიარა, მაგრამ მისი ძირითადი არსი არ შეცვლილა: იგი დარჩა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსებულ ჯანდაცვის სიტემად.

ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაფინანსება ხორციელდება ერთი გადამხდელის პრინციპით, კერძოდ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან საშემოსავლო გადასახადების მეშვეობით და მთელი მოსახლეობის მრავალმხრივ მომსახურებას ითვალისწინებს. დაფინანსების სიდიდე განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობის და სხვა დამატებითი ადგილობრივი ფაქტორების გათვალისწინებით (მოსახლეობის საშუალო ასაკი და სიკვდილობის დონე).

ასეთ სისტემაში სახელმწიფოს განსაკუთრებული როლი აქვს ჯანდაცვის სექტორის განვითარებაში. რადგან სავალდებულო გა-

დასახადებით (ზოგადი გადასახადები) დაფინანსების დროს გადასახადებში არ არის განსაზღვრული ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი წილი, სახელმწიფო ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებში პრიორიტეტების მიხედვით ანაწილებს ბიუჯეტს. ზოგადი გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემებში შემოსავლების შეგროვება ცენტრალიზებულია და ხორციელდება ფინანსთა სამინისტროს ან ხაზინის მიერ.

ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური საწყისი პერიოდიდან შედგებოდა სამი პარალელური სტუქტურისგან:

საავადმყოფო, სადაც მუშაობენ საშტატო განაკვეთის ექიმები და მათი ანაზღაურება ხორციელდება ფიქსირებული ხელფასით;
ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და სტომატოლოგები, რომელთა მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდებოდა კაპიტაციის (სულადობრივი) პრინციპით;
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურები, სადაც მუშაობდა საშტატო განაკვეთის პერსონალი.

საავადმყოფოს და ზოგადი პრაქტიკის მომსახურებების მართვას ახორციელებდნენ საზოგადოებრივი საბჭოები. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის მართვას ახორციელებდნენ ადგილობრივი მთავრობები.

ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის დანერგვის პირველ წლებში შეინიშნებოდა გარკვეული სირთულეები, რაც უმთავრესად დაკავშირებული იყო „მორალურ საფრთხესთან". უფასო ჯანდაცვის დანერგვამ საგრძნობლად გაზარდა პაციენტების ექიმებთან ვიზიტები, გახშირდა ექიმთა ბინაზე გამოძახებებიც (ზოგჯერ უსაფუძვლოდ). სპეციალისტებს აბსოლუტურად არარეგულირებად პირობებში მიეცათ საშუალება განესაზღვრათ სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნაც და მიწოდებაც. იყო ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც საღი კბილების მქონე პაციენტებს, ზოგჯერ 20 კბილის პლომბირებასაც უნიშნავდნენ, ან ნორმალური მხედველობის პაციენტები ღებულობდნენ სათვალეებს. შემდგომ წლებში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შესამცირებლად და „მორალური საფრთხის" აღმოსაფხვრელად შემოღებულ იქნა თანაგადახდების სისტემა, დანერგილ იქნა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, როგორც „მეკარიბჭის" როლი.

1962 წელს მიღებულ იქნა საავადმყოფოს სექტორის განვითარების გეგმა, რომელიც ითვალისწინებდა ჰოსპიტალურ სექტორში მსხვილ კაპიტალდაბანდებებს, ზოგადი პროფილის რაიონული საავადმყოფოების შექმნას. ზოგადი პროფილის რაიონული საავადმყოფოების კონცეფციის მიხედვით, 600-800 საწოლზე გათვლილი საავადმყოფოს უნდა დაეკმაყოფილებინა 100-150 ათასი მოსახლეობის მოთხოვნები ზოგადი პროფილის სამედიცინო მომსახურებაზე.

1970-80-იანი წლების პერიოდში განხორციელებული რეფორმების შედეგად ჯანდაცვის ეროვნულმა სამსახურმა რეორგანიზაცია განიცადა. შემცირდა ადმინისტრაციული დონეები და მიღწეულ იქნა მაღალსპეციალიზებულ და ფრაგმენტულ მომსახურებებს შორის ინტეგრაცია. 1974 წელს შემოღებულ იქნა დაქვემდებარებისა და კონტროლის საფეხურებრივი სისტემა, რომლის უმაღლეს დონეს წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სამინისტრო პასუხისმგებელია და უზრუნველყოფს სახელმწიფო პოლიტიკას ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დარგში. ჯანდაცვის სამინისტრო აკონტროლებს ჯანდაცვის სტრატეგიულ სრუქტურებს, რომლებიც მეთვალყურეობენ ჯანდაცვას რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეებზე.

აღნიშნული სამინისტროს ერთი საფეხურით დაბლა დგას ჯანდაცვის რეგიონალური სამსახურები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებდნენ ჯანდაცვის დაგეგმარებაში. შემდგომ საფეხურზე დგანან ჯანდაცვის სამხარეო სამსახურები, რომლებიც თავის მხრივ იყოფიან ჯანდაცვის რაიონულ სამსახურებად. ჯანდაცვის რაიონულ სამსახურებს დაეკისრათ ზოგადი პროფილის რაიონული საავადმყოფოების მუშაობაზე პასუხისმგებლობა. ასეთმა მმართველობამ ჩაანაცვლა ჰოსპიტალური მენეჯმენტის კომიტეტები, მმართველთა საბჭოები. რაიონული მმართველობა არაარჩევითი წარმომადგენლებისაგან შედგება, რომელიც ითავსებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალური მენეჯმენტის ფუნქციებს. რაიონულ და რგიონულ მმართველობებს მრავალპროფილური მმართველი გუნდები ჩაუდგა სათავეში, რომლებიც პროფესიონალურ მენეჯერულ კომპეტენციაზე აქცენტის გაკეთებით გადაწყვეტილებებს კონსენსუსის შედეგად იღებდნენ.

1970-იანი წლების მნიშვნელოვან მოვლენას წარმოადგენს ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონებს შორის რესურსების თანაბარი განაწილება. 1970-იან წლებამდე რესურსების ყოველწლიური ასიგნებების საფუძველს წარმოადგენდა წინა წლებში არსებული ასიგნებების მაჩვენებლები მცირეოდენი კორექციის მეშვეობით, რაც რეგიონებს შორის რესურსების დისპროპორციულ განაწილებას განაპირობებდა. აღნიშნული პრობლემის აღმოსაფხვრელად 1975 წელს შეიქმნა რესურსების ასიგნებების საკითხების სამუშაო ჯგუფი, რომელსაც დაევალა რესურსების უფრო სამართლიან საფუძველზე განაწილების ფორმულის შემუშავება. 1976 წელს სამუშაო ჯგუფმა გამოაქვეყნა მოხსენება, რომლის რეკომენდაციით სახსრების რეგიონებს შორის განაწილება უნდა განხორციელებულიყო ჯანდაცვის სფეროში შესაბამისი საჭიროებების მიხედვით. აღნიშნული საჭიროებები გამოითვლებოდა სპეციალური ფორმულის მიხედვით, რომელშიც

გათვალისწინებული იყო ისეთი კრიტერიუმები როგორიცაა: რეგიონის მოსახლეობის რაოდენობა, მისი ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა და სიკვდილობის კოეფიციენტი.

1970-იან წლებში მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური პროცესების შედეგად, რაც დაკავშირებული იყო ნავთობის კრიზისთან, მთავრობა იძულებული გახდა შეემცირებინა ჯანდაცვის მზარდი ხარჯები. ამავე დროს ბრიტანეთის ჯანდაცვის მრავალიარუსიანი სისტემა მიჩნეულ იქნა ზედმეტად ბიუროკრატიულ სისტემად. 1976 წელს შექმნილმა სამეფო კომისიამ 1979 წელს გამოაქვეყნა მოხსენება, სადაც რეკომენდაციას იძლეოდა შექმნილიყო ჯანდაცვის ორგანოების ერთიარუსიანი დონე, რომელსაც გადაეცემოდა რეგიონული და რაიონული მართვის ფუნქციები. აღნიშნული რეკომენდაციების საფუძველზე 1982 წელს შემცირებულ იქნა ადმინისტრაციული იერარქიების დონეების რაოდენობა, გაუქმდა ჯანდაცვის რაიონული მართვის სამსახურები. მმართველობითი ფუნქციები გადაეცა ჯანდაცვის საოლქო მმართველობას. განხორციელდა ჰოსპიტალური და საზოგადოებრივი სერვისების სტრუქტურების დეცენტრალიზაცია.

1980-იან წლებში მმართველმა კონსერვატიულმა პარტიამ მარგარეტ ტეტჩერის მეთაურობით რადიკალური სოციალური და ეკონომიკური რეფორმები წამოიწყო. ტეტჩერის მთავრობის აზრით, დიდი ბრიტანეთის ეკონომიკური სიძნელეების მიზეზს წარმოადგენდა სახელმწიფოს ზედმეტი ჩარევები ეკონომიკაში. გადაიხედა ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური. აქცენტი გაკეთდა მენეჯმენტის ეფექტიანობაზე, კერძო სექტორის ზრდაზე. მთავრობამ პრივატიზაციის ფართომასშტაბიანი პროგრამის განხორციელება დაიწყო. შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა ჰოსპიტალურ საწოლთა რაოდენობა, ჰოსპიტალური მომსახურების საშუალო ხანგრძლივობა.

1990 წელს განხორციელდა ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის რაციონალიზაცია. გამოიკვეთა სამი სახის მმართველობა: ჯანდაცვის რეგიონული მმართველობა (RHAs), ჯანდაცვის საოლქო მმართველობა (DHAs) და საოჯახო ჯანმრთელობის მომსახურების მმართველობა (FHSAs). რეგიონული და საოლქო მმართველობები გახდნენ მთავარი ადმინისტრაციული დონეები. საოჯახო ჯანმრთელობის მომსახურების მმართველობა ადგენდა კონტაქტებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან. ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური უელში, შოტლანდიასა და ჩრდილოეთ ირლანდიაშიც ანალოგიური წყობით მუშაობს.

რეგიონული მმართველობის 14 ორგანო ახდენს ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასებას, სახავს სტრატეგიულ მიმართულებებს სერვისის გაუმჯობესებისათვის, აკეთებს მართვის და მომსახურების მონიტორინგს და ახდენს რესურსების ალოკაციას ხარჯთეფექტური სერვისების მიწოდების ხელშეწყობისათვის. ისინი აგრეთვე აწარ-

მოებენ სამედიცინო აუდიტს, ზრუნავენ სპეციალური პროგრამების განვითარებაზე და დახმარებას უწევენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს (მაგ., საავადმყოფოს მენეჯმენტთან დაკავშირებული სირთულეების მოგვარებაში).

საოლქო მმართველობის ორგანოებს ისეთივე საბჭოები მართავს როგორებიც რეგიონულს. ისინი წარმოადგენენ სერვისების ძირითად შემსყიდველებს ჰოსპიტალებისა და სხვა პროვაიდერებისგან, საავადმყოფოებთან კონტრაქტებს აფორმებენ საჭიროებების შეფასებასა და პროვაიდერების ხარისხზე დაფუძნებით. საოლქო მმართველობის ორგანოებმა შესაძლოა ასევე მართონ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის საავადმყოფოები ან სხვა სერვისები, როგორიცაა სასწრაფო დახმარების სერვისი.

1990 წლის რეფორმები ასევე მოიცავდა კონკურენციის წარმოშობას პროვაიდერებს შორის. ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო ელემენტების შემოღების მიზნით 1991 წელს მარგარეტ ტეტჩერმა გამოაცხადა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის ახალი კონცეფცია: „შიდა ბაზრის მოდელი". შიდა ბაზრის მოდელი ითვალისწინებდა მომსახურების შესყიდვის და მიწოდების ფუნქციების ერთმანეთისგან განცალკევებას. მომსახურების შესყიდვის ძირითადი ფუნქცია გადაეცა ჯანდაცვის ორგანოებს, ხოლო მიწოდების ფუნქციები – ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურების დაწესებულებებს. რეფორმის მთავარი მიზანს წარმოადგენდა პაციენტებისა და პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისათვის მეტი არჩევანის მიცემა, რაც ხელს შეუწყობდა ეფექტიანობასა და მომსახურების ხარისხის სტიმულირებას.

საოჯახო ჯანმრთელობის მომსახურების მმართველობის ორგანოები, რეგიონული და საოლქო ორგანოების მსგავსად, საბჭოების მიერ იმართება. საოჯახო ჯანმრთელობის მომსახურების მმართველობა პასუხისმგებელია კონტრაქტები გააფორმოს ზოგადი პროფილის ექიმებთან, ზოგადი პროფილის სტომატოლოგებთან, ოპტიკოსებთან, თემის ფარმაცევტებთან. მათ პასუხისმგებლობას წარმოადგენდა აგრეთვე პოლისების ფორმულირება, დაწესებულებების და სერვისების ზედამხედველობა და პროვაიდერების ანაზღაურების უზრუნველყოფა. პაციენტი რეგისტრირდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან და საჭიროების მიხედვით საავადმყოფოში და სხვადასხვა სპეციალისტებთან იგზავნება. ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურება ანაზღაურდება სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდით. კონკურენციის პრინციპი შენარჩუნებული იყო, რადგან პაციენტს უფლება ჰქონდა შეეცვალა ექიმი.

რეფორმის შედეგად ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს უფლება მიეცათ გაერთიანებულიყვნენ ფონდმესაკუთრეებად (Fundholder). ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ღებულობდნენ წლიურ ბიუჯეტს, რომელიც მო-

იცავდა როგორც პირველადი, ანუ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, ასევე ჰოსპიტალური მომსახურების ხარჯებს. საოჯახო ჯანმრთელობის მომსახურების მმართველობის ორგანოები ახორციელებენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ბიუჯეტის ადმინისტრირებას. ისინი ფონდმესაკუთრეებს უხდიან სულადობრივი მეთოდით, რომელიც მოიცავს როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, ასევე ჰოსპიტალურ მომსახურებას. სულადობრივი ანაზღაურება ულისხმობს ერთ პირზე ანაზღაურებას, რომელიც რეგისტრირებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან დროის გარკვეულ პერიოდში. სულადობრივი ანაზღაურება ითვალისწინებს გარკვეულ ფაქტორებს (ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი), რომლებიც ასახავს ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნასა და საჭიროებებს (შეწონილი კაპიტაცია).

ზოგადი პრაქტიკის ექიმ-ფონდმესაკუთრეების რაოდენობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. 1995 წლისათვის ისინი შეადგენდნენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების დაახლოებით ერთ მესამედს. ისინი დაინტერესებულნი არიან მოლაპარაკებები აწარმოონ საავადმყოფოებთან მოცდის დროს შემცირებაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების თაობაზე. საავადმყოფოები, თავის მხრივ, კონკურენციაში იმყოფებიან სხვა საავადმყოფოებთან ზოგადი პრაქტიკის ექიმისაგან რეფერალური პაციენტების მიღებაზე. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მეშვეობით საავადმყოფოს დაფინანსების ექსპერიმენტი შემოღებულ იქნა მომსახურების ხარისხის გაზრდის და ხარჯების შესაკავების მიზნით.

ფონდმესაკუთრეობის სქემის შემოღებამ ძირეული გარდატეხა მოახდინა ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემაში. სწორედ ასეთი სტრუქტურის საშუალებით ბრიტანეთი, მშპ-თან ჯანდაცვის ხარჯების თვალსაზრისით, სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით თითქმის ორჯერ ნაკლებს ხარჯავს.

რეფორმის წარმატებით განხორციელებას აფერხებდა ის გარემოება, რომ ყველა ექიმი არ გაერთიანდა ფონდმესაკუთრეების ჯგუფებად. შედეგად, პაციენტები, რომლებიც რეგისტრირებული იყვნენ კერძო ინდივიდუალურ პრაქტიკის ექიმებთან, იძულებული გახდნენ სპეციალისტთან მიმართვისას ან გეგმიური ოპერაციების შემთხვევაში უფრო მეტი დრო ეცადათ. შეიქმნა ე.წ. ორ-რიგიანი (two-tier system) არათანასწორი სისტემა.

აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტას შეეცადა 1997 წელს ქვეყნის სათავეში მოსული ლეიბორისტური პარტია. 1999 წლის 1 აპრილიდან პრემიერ მინისტრ ტონი ბლეერის გადაწყვეტილებით ყველა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი უნდა გაერთიანებულიყო პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფებში (PCGs), ანუ ფონდმესაკუთრეებად გაერთიანება სავალდებულო გახდა. მიუხედავად პოლიტიკური შეხედულებების

განსხვავებისა, რაც მიზეზი გახდა ტონი ბლეერის მთავრობის მიერ ფონდმესაკუთრეთა სისტემის უარყოფისა, მისი რეფორმები ფაქტიურად ტეტჩერის რეფორმების გაგრძელებად შეიძლება ჩაითვალოს. ბლეერმა პოლიტიკური მოსაზრებების გამო მხოლოდ ძველი ტერმინოლოგია შეცვალა. ასე მაგალითად, „შიდა ბაზრის" ნაცვლად, გამოიყენება ტერმინი თანამშრომლობა, ფონდმესაკუთრეების ნაცვლად შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფები (Primary Care Groups), რომლებიც არსებითად არ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფები უფრო მსხვილ, დაახლოებით 100-მდე ექიმთა გაერთიანებას წარმოადგენენ, რომლებიც ემსახურებიან 30,000-დან 250,000-მდე მოსახლეობას. ფაქტიურად პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფებმა ზოგადი პრაქტიკის ექიმ-ფონდმესაკუთრეები და ჯანდაცვის მმართველობები ჩაანაცვლა. 2004 წლის აპრილის მონაცემებით, პირველადი ჯანდაცვის ტრასტების ბიუჯეტი შეადგენდა ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების ბიუჯეტის 75%-ს.[1] ისინი მთავარ როლს ასრულებენ ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურში ფინანსური რესურსების განაწილებაში. ისინი უზრუნველყოფენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მომსახურების და შესაბამისი საავადმყოფოების დაფინანსებას. ბიუჯეტი განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობის და ადგილობრივი თავისებურებების შესაბამისად.

საავადმყოფოები წარმოადგენენ არაკომერციულ საჯარო კორპორაციებს, რომლებსაც მართავენ სამეურვეო საბჭოები. სამეურვეო საბჭოს ნიშნავს ეროვნული მთავრობა, სადაც შედიან ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები. საავადმყოფოები ერთმანეთს კონკურენციას უწევენ რეფერალების მიღებაში და მაქსიმალურად ცდილობენ პაციენტისა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმის დაკმაყოფილებას. საავადმყოფო არ ფინანსდება პირდაპირ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის მიერ. მისი დაფინანსების წყაროებია ჯანდაცვის ორგანოები, ზოგადი პრაქტიკის ექიმ-ფონდმესაკუთრეები, კერძო დაზღვევა, პაციენტების პირდაპირ გადახდები. ამგვარად, საავადმყოფოები არსებობენ როგორც დამოუკიდებელი ეკონომიკური ერთეულები, რომლებსაც შეუძლიათ თავად განსაზღვრონ პერსონალის პირობები, უფლება აქვთ გაზარდონ მოგება ფულადი სახსრების ბრუნვის საშუალებით, აგრეთვე ნაწილობრივ იყიდონ ან გაყიდონ მატერიალური რესურსები და უძრავი ქონება.

ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური ფინანსდება სახელმწიფო ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებით. ჯანდაცვის ბიუჯეტი გადანაწილდება რეგიონულ ჯანდაცვის მმართველობებში, საიდანაც ხდება საავადმყოფოს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და პირველადი

1 Figueras, J. Robinson, R. Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.

ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსება. რეგიონულ ჯანდაცვის მმართველობებში გადასანაწილებელი ბიუჯეტის ოდენობა განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობით, რაც კორექტირებულია სტანდარტიზირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მიხედვით, ასევე ზოგიერთი ადგილობრივი შეწონვის ფაქტორებზე (ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი), რომლებიც ასახავს ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნასა და საჭიროებებს. რეგიონული ჯანდაცვის სამმართველოები მართავენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმ-ფონდმესაკუთრეებს. რეგიონული ჯანდაცვის მმართველობის დონეზე ხდება დაწესებულებების და აღჭურვილობის მოდერნიზაციისათვის თანხის გამოყოფა და ეფუძნება გრძელვადიან დაგეგმვას.

ბრიტანელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ანაზღაურების უმთავრესი მეთოდია კაპიტაციური ანაზღაურება. იგი დამოკიდებულია მიმაგრებული მოსახლეობის რაოდენობაზე და სტრუქტურაზე. მოსახლეობის თითოეულ ასაკობრივ-სქესობრივ ჯგუფს მინიჭებული აქვს კოეფიციენტი. ანაზღაურების ეს მეთოდი ხელს უწყობს ექიმის უწყვეტ მეთვალყურეობას, ექიმების გადანაწილებას შორეულ რაიონებში. გარდა სულადობრივი მეთოდით ანაზღაურებისა, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს დამატებით ეძლევათ ანაზღაურება პროფილაქტიკური მომსახურებისათვის (მაგ., იმუნიზაცია, ონკოლოგიური დაავადებების ადრეულ სტადიებზე გამოვლინება). ასევე, გარკვეული პრევენციული სერვისების, აგრეთვე ღამით და დასვენების დღეებში ბინაზე ვიზიტებისათვის ექიმების ანაზღაურებას დაემატა სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი.

კონსულტანტები (სპეციალისტები) არიან ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაქირავებული მუშაკები, თუმცა ზოგიერთ სპეციალისტს უფლება აქვს მიიღოს კერძო დაზღვევის პაციენტები, რისთვისაც მას უხდიან სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით.

2004 წლიდან დაინერგა ანაზღაურების ახალი მეთოდი ზოგადი პრაქტიკის ექიმის დასაფინანსებლად: პერფორმანსის მიხედვით ანაზღაურება. ჯანდაცვის ნაციონალურ სამსახურსა და ბრიტანეთის სამედიცინო ასოციაციას შორის მიღწეულ იქნა შეთანხმება, პრევენციული სერვისების და ქრონიკული დაავადებათა (გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ასთმა) მკურნალობის ხარისხის შეფასების ინდიკატორებზე. ექიმის პრაქტიკის შეფასება გარდა მკურნალობისა და პრევენციული სერვისებისა, ხორციელდება პრაქტიკის ორგანიზაციის მიხედვით – სამედიცინო ჩანაწერების დოკუმენტაცია, პაციენტთა შესაძლებლობა მიიღონ სამედიცინო მომსახურება ტელეფონის, ინტერნეტის მეშვეობით. შეფასებისათვის ფართოდ გამოიყენება პაციენტთა გამოკითხვები. ექიმთა პრაქტიკის მაქსიმალური შეფასებაა 1050 ქულა. 2005 წელს თითოეული ქულა შეფასებული იყო 250 ფუნტ სტერლინგად

წლიურად (დაახლ. 200 დოლარზე მეტი). ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, რომელიც მიაღწევდა მაქსიმალურ ხარისხს შეეძლო გამოემუშავებინა დაახლოებით 77 000 დოლარი. პერფორმანსის მიხედვით ანაზღაურების მეთოდმა ხელი შეუწყო ქრონიკული დაავადებების კლინიკების შექმნას, ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების გამოყენების ზრდას. პროგრამის დანერგვის პირველ წელს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა მიიღეს საშუალოდ 1003 ქულა. შედეგად, ზოგადი პრაქტიკის ექიმის შემოსავალი საგრძნობლად გაიზარდა, რამაც გაზარდა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის ხარჯები. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, მაღალი ქულები დაკავშირებულია დოკუმენტაციის მოწესრიგებასთან ვიდრე ხარისხის გაუმჯობესებასთან .

2007 წლის აპრილიდან გამოწერილი რეცეპტის ღირებულება, მიუხედავად სამკურნალო საშუალების სახისა, შეადგენს 6.85 ფუნტს. გადახდისაგან თავისუფლდებიან 60 წელზე მეტი ასაკის და 16 წლის პაციენტები, გარკვეული დაავადებების პაციენტები, აგრეთვე დაბალი შემოსავლის მქონე პირები. თუ ერთ ფარმაცევტულ პრეპარატზე საჭიროა ხელახლა გამოწერა, პაციენტებს შეუძლიათ მიიღონ ე.წ. წინასწარი გადახდის სერტიფიკატი, რომელიც საშუალებას აძლევს ექიმს დანიშნოს რამდენიმე რეცეპტი უფასოდ. გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულება ფიქსირებულია, მიუხედავად მისი საბაზრო ღირებულებისა.

ჯანდაცვის დანახარჯები

მრავალი წლის განმავლობაში ბრიტანეთის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა სამედიცინო ხარჯების შეკავება. 2009 წელს დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის დანახარჯები შეადგენდა მთლიანი შიდა პროდუქტის მხოლოდ 9,8%-ს. თითო სულზე ჯანდაცვის დანახარჯი აშშ-ის იმავე მაჩვენებლის 40%-ს შეადგენს.[1]

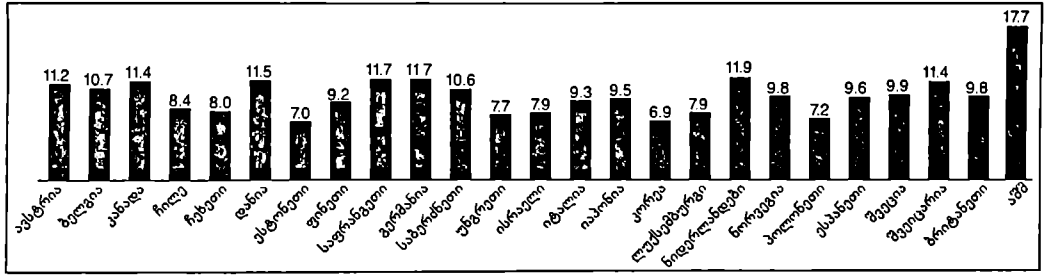
პაციენტების პირადი დანახარჯების წილი ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურში შეადგენს 3.4%-ს, რაც უმთავრესად დაკავშირებულია მედიკამენტების და სტომატოლოგიური სერვისების ნაწილობრივ გადახდაში. ფაქტიურად, ბრიტანეთის მოქალაქეებისათვის სამედიცინო მომსახურების უმნიშვნელოვანესი ნაწილი უფასოა.

ტონი ბლეერის მთავრობამ გადაწყვიტა ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურისათვის გაეზარდა დაფინანსება. 1999-2004 წლებში ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ექიმების რაოდენობა 25%-ით გაიზარდა.[2] პერფორმანსის მიხედვით ანაზღაურების (pay for

1 OECD Health Data 2012: Statistics and Indicators for 30 Countries.

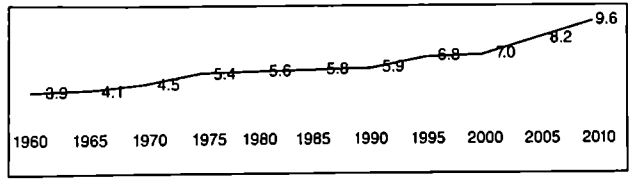
2 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy. A Clinical Approach. 2009.

ნახატი 2: ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები (GDP%), 2009 წ.



წყარო: Source: OECD Health Data 2012

ნახატი 3: ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები (GDP%), დიდი ბრიტანეთი1960-2010 წ.



წყარო: Source: OECD Health Data 2012

ცხრილი 1: ჯანდაცვაზე დანახარჯები, დიდი ბრიტანეთი, 2006 წ.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები (GDP%)	5.6	5.8	5.9	6.8	7.0	8.3	8.7
თითო სულზე ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები (ფუნტი)	231	369	586	863	1168	1719	1852
თითო სულზე ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები (US$ PPP)	468	689	960	1347	1837	2701	3129
სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (მთლიანის %)	89.4	85.8	83.6	83.9	79.3	81.9	82.6
კერძო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (მთლიანის %)	10.6	14.2	16,4	16.1	20.7	18.1	17.4
ჯიბიდან გადახდები (ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების %)	8.6		10.6	10.9	13.4	11.8	11.1
კერძო დაზღვევა (ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების %)	1.3	2.5	3.3	3.2	1.6	1.4	1.2

წყარო: OECD 2010.

performance) მეთოდმა რამდენიმე მილიარდი დოლარით გაზარდა ჯანდაცვის ხარჯები. ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში, ჯანდაცვის წლიური ბიუჯეტი გაიზარდა 43 მლრდ ფუნტით.[1] 2005 წელს ჯანდაცვის დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით 8.3%-მდე გაიზარდა, ხოლო თითო სულზე ჯანდაცვაზე დანახარჯები 59%-ით გაიზარდა.[2] ბოლო წლებში ჯანდაცვის ხარჯების ასეთი ზრდის შედეგად ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური სერიოზული დეფიციტის წინაშე აღმოჩნდა. 2006 წელს ბიუჯეტის დეფიციტმა ოფიციალური მონაცემებით 700 მილიონ ფუნტ სტერლინგს მიაღწია, ხოლო დამოუკიდებელი ექსპერტების თანახმად, მილიარდამდე.[3] ზოგიერთი მკვლევარის შეფასებით, სამედიცინო მომსახურების

1 Martin, Daniel. „Billions Squandered as NHS Fails to Deliver," Daily Mail, September 12, 2007.

2 OECD Health Data 2012: Statistics and Indicators for 30 Countries.

3 Klein, Rudolf, „The Troubled Transformation of Britain's National Health Service," New England Journal of Medicine 355 (2006): 409-15.

მხოლოდ მიმდინარე დონემდე შენარჩუნება მოითხოვს 2025 წელს ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ბიუჯეტის გასამმაგებას.[1]

მიუხედავად აღნიშნულისა, დიდი ბრიტანეთს აქვს თითო სულზე ყველაზე უფრო დაბალი დანახარჯები განვითარებულ ქვეყნებს შორის. მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვის მცირე დანახარჯების ორი მთავარი მიზეზი არსებობს: სახელმწიფო ერთი გადამხდელის სისტემა, რომელიც ახდენს ბიუჯეტის ლიმიტირებას და ექიმთა ანაზღაურების მეთოდები. დიდ ბრიტანეთში გავრცელებულია ექიმების შედარებით იაფი – კაპიტაციური ანაზღაურება და ფიქსირებული ხელფასი. რადგანაც ექიმ-სპეციალისტები არიან ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაქირავებულები, ჯანდაცვის ნაციონალურ სამსახურს შეუძლია შეამციროს ექიმ-სპეციალისტებთან სერვისების რაოდენობა, მათ შორის ქირურგიულ სერვისებზეც.[2] შედეგად, გეგმიური სამედიცინო მომსახურების სერვისებზე შეინიშნება რიგები, მოცდის სიები.[3]

„მოცდის სიები" ბრიტანეთის ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემაა. იგი პაციენტის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან რისკს წარმოადგენს. ზოგიერთი კვლევების მიხედვით, ონკოლოგიურ ავადმყოფებს ხშირად მკურნალობის დასაწყებად რვა თვის განმავლობაში ლოდინი უწევთ.[4] დაგვიანებული მკურნალობის გამო, სწორი ნაწლავის კიბოს პაციენტების თითქმის 20%-ს, რომელთა დაავადება დიაგნოზის დადგენის მომენტში განისაზღვრებოდა როგორც განკურნებადი, სამკურნალო ღონისძიებების დაწყებისას უკვე განუკურნებელი ხდება.[5]

ზოგიერთ შემთხვევაში, საავადმყოფოებმა სწრაფად რომ არ ამოწურონ მათთვის გამოყოფილი თანხები, სავალდებულო წესით შემოღებულია მოცდის მინიმალური დრო. იგი დაკავშირებულია იმ საფრთხესთან, რომ პაციენტების რაოდენობა შეიძლება გაიზარდოს პრესტიჟულ საავადმყოფოებში, ან ისეთ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც რიგები არის მოკლე.[6] მაგალითად, სუფოლკ-ისტის

1 Martin, Daniel. „Billions Squandered as NHS Fails to Deliver," Daily Mail, September 12, 2007.

2 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy. A Clinical Approach. 2009.

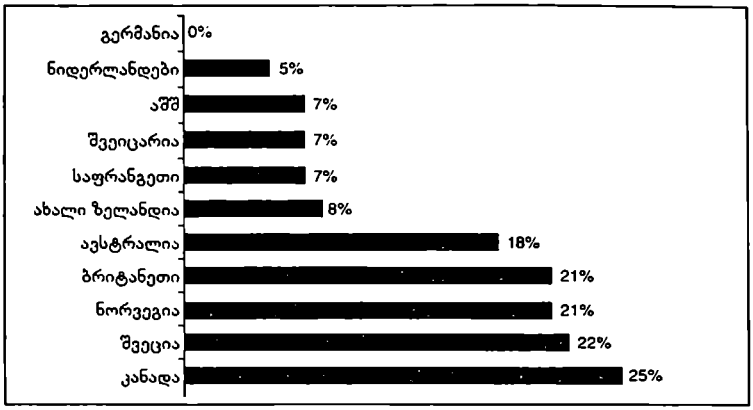
3 Hurst J. Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.

4 Browne, Anthony. „Deadly Rise in Wait for Cancer Care," London Observer, March 3, 2002.

5 იქვე.

6 Tanner, Michael D. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008).

ნახატი 4: გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებზე მოცდის დრო



წყარო: OECD/ Commonwealth Funds HealthPolicy Surveys. 2010.

მაღალი კლასის საავადმყოფოში დაფინანსების შემცირების საფრთხის გამო, ოფიციალურად შემოიღეს საავადმყოფოში მიღებამდე 122 დღიანი მოცდის პერიოდი.[1]

აღნიშნული პრობლემა ეხება არა მხოლოდ საავადმყოფოებს. გრძელი რიგები არსებობს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან მიმართვისას, განსაკუთრებით, სპეციალისტებთან. 2004 წელს, ხარჯების შესამცირებლად, ხელისუფლებამ სამედიცინო პროფკავშირებთან მიაღწია შეთანხმებას ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის დაბალი ხელფასის დადგენის შესახებ, მათი სამუშაო კვირის შემცირების სანაცვლოდ. შედეგად, ექიმების უმრავლესობა საღამოობით და დასვენების დღეებში ხელმიუწვდომია პაციენტებისათვის.[2] სპეციალისტების სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები კიდევ უფრო მწვავეა. მაგალითად, ონკოლოგიური პაციენტების დაახლოებით 40% საერთოდ ვერ ღებულობს ონკოლოგიის სპეციალისტის სამედიცინო მომსახურებას.[3] საერთო ჯამში, დიდ ბრიტანეთში პაციენტების ნახევარზე მეტი იძულებულია დაელოდოს მათთვის აუცილებელ სამედიცინო მომსახუ-

1 Miller, Karyn; Lusher Adam; Harper Tom. Too Successful: The Hospitals Forced to Introduce Minimum Waiting Times," Daily Telegraph, August 7, 2006.

2 Martin, Daniel. „Billions Squandered as NHS Fails to Deliver," Daily Mail, September 12, 2007.

3 Goodman, John C. „Health Care in a Free Society: Rebutting the Myths of National Health Insurance," Cato Policy Analysis no. 532, January 27, 2005.

რების მიღებას 18 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში.[1] სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებზე არსებობს ოფიციალური ნორმირება – კერძოდ, ეს ეხება დიალიზს, კარდიოქირურგიულ ოპერაციებს და სხვა ძვირადღირებულ პროცედურებს და მკურნალობის მეთოდებს.[2] პრობლემის გადასაჭრელად ბრიტანეთის მთავრობამ რამდენიმე ღონისძიება განახორციელა. კერძოდ, შემუშავდა პროექტი „პაციენტის არჩევანი" (თავდაპირველად დაინერგა ლონდონში). მოქალაქეებს, რომლებიც ექვს თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში უწევთ ლოდინი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, საშუალება ეძლევათ დაუკავშირდნენ ოთხი ალტერნატიული პროვაიდერებიდან ერთს. შემდგომ პერიოდში ექსპერიმენტი გაფართოვდა ქვეყნის მასშტაბით და მოიცვა გულსისხლძარღვთა დაავადებით ავადმყოფები.[3] 1999 წელს დიდ ბრიტანეთში აორტო-კორონარული შუნტირების ქირურგიული ოპერაციები აშშ-ში ჩატარებული იგივე ოპერაციების მხოლოდ 20%-ს შეადგენდა.[4]

ზოგადად, დიდი ბრიტანეთი ხარჯების შეკავებას ახდენს ჯანდაცვის რესურსებზე კონტროლის მეშვეობით, სადაც სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები ნორმირებულია. თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის და პრევენციული სერვისები არ არის ნორმირებული, ხოლო ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტისათვის მოცდის საშუალო დრო მნიშვნელოვნად მოკლეა აშშ-თან შედარებით.[5] ასევე, ზოგიერთი მაღალტექნოლოგიური სერვისები (მაგ., რადიაციული თერაპია ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის, ძვლის ტვინის გადანერგვა) ისეთივე რაოდენობითაა წარმოდგენილი როგორც აშშ-ში.[6] ქვეყანაში არსებობს გეგმიურ სამედიცინო სერვისებზე სპეციალისტებთან ვიზიტების მოცდის დროსთან დაკავშირებული პრობლემები, მაგრამ ბოლო წლებში ჯანდაცვის დაფინანსების გაზრდით შესამჩნევად შემცირდა მოცდის დრო.[7] აშშ-თან შედარებით დიდ

1 Rose, David. „Waiting List Crisis as NHS Cuts Costs," London Times, June 6, 2007.

2 Callahan, D., & Wasunna, A. A. (2006). Medicine and the market:Equity v. choice. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

3 Lewis, Richard, Appleby, John. „Can English NHS Meet the 18-Week Waiting List Target?" The Journal of the Royal Society of Medicine 99 (2006).

4 Reinhard UE et.al. Cross-national comparisons of health systems using OECD data. Health Aff. 2002;21(3):169.

5 Shoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs Web Exclusive. November 3, 2005.

6 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy. A Clinical Approach. 2009.

7 Klein, Rudolf, „The Troubled Transformation of Britain's National Health Service," New England Journal of Medicine 355 (2006): 409-15.

ბრიტანეთში თირკმლის დიალიზი შედარებით ნაკლებად ტარდება.[1] მთლიანობაში ბრიტანული მედიცინისათვის დამახასიათებელია ხარჯების შეკავების სტიმული, ეკონომიურობა. ბრიტანელი ექიმები შედარებით მცირე რაოდენობით მედიკამენტებს გამოწერენ, ატარებენ ნაკლები რაოდენობის ქირურგიულ ოპერაციებს, რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს.[2] აშშ-ის ექიმებთან შედარებით ნაკლებად იყენებენ ახალ ტექნოლოგიებს.[3]

13.3. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის თავისებურებები

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლების რამდენიმე წყარო არსებობს. ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე ბიუჯეტის განაწილებისას რომელიმე სფეროზე დაფინანსების შემცირება სხვა სფეროს დაფინაანსების გაზრდით მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს საერთო ბიუჯეტზე.

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა ეკონომიკურად ხარჯთეფექტურია, რადგან შემოსავლების შეგროვება ხორციელდება ერთ ორგანიზაციაში და არა რამოდენიმე სხვადასხვა ორგანიზაციებში.

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს შედარებით ადვილია ხარჯებზე კონტროლი, რადგან ბიუჯეტი ფიქსირებულია და მხოლოდ ერთი წყაროსგანაა მიღებული.

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს დაბალია ნდობის ფაქტორი, რომ გადასახადები დანიშნულებისამებრ დაიხარჯება. რადგან გადასახადები საერთო ფონდში იყრის თავს, გადამხდელისთვის ძნელია გარკვევა, შენატანებიდან ზუსტად რამდენი იხარჯება ჯანდაცვაზე, ან საერთოდ რაზე იხარჯება მის მიერ გადახდილი გადასახადები. ასეთი მდგომარეობა ხელს არ უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს. აღნიშნული პრობლება განსაკუთრებით მწვავედ დგას გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, სადაც გადასახადების შეგროვებისა და შეფასების სისტემა არაა სრულყოფილი; გადამხდელებმა შეიძლება თავი აარიდონ გადასახადებს.

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს არ მოქმედებს სოციალური დაზღვევის სისტემისთვის დამახასიათებელი

1 Reinhard UE et.al. Cross-national comparisons of health systems using OECD data. Health Aff. 2002;21(3):169.

2 Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy. A Clinical Approach. 2009.

3 Payer L. Medicine and Culture. New York NY: Henry Holt, 1988.

პრინციპი: გადაიხდი სამედიცინო სადაზღვევო შენატანს, მიიღებ სამედიცინო დახმარებას. რადგანაც გადამხდელმა იცის, რომ მიუხედავად იმისა, გადაიხდის თუ არა იგი გადასახადს, მასზე მაინც გავრცელდება სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული სამედიცინო მომსახურება, მას გადასახადების გადახდის ნაკლები სტიმული აქვს.

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისუსტის დროს შეინიშნება არასტაბილური დაფინანსება. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე დადგენილი ყოველწლიური ბიუჯეტები გარკვეულ ცვლილებებს განიცდიან, რადგანაც იგი დამოკიდებულია სახელმწიფოს პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, თუ რომელი დარგია სახელმწიფო ინტერესებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი (მაგალითად, საომარი კონფლიქტები მოითხოვს თავდაცვის ხარჯების გაზრდას). ამგვარად, ჯანდაცვის ბიუჯეტი სახელმწიფოს პოლიტიკურ ნებაზეა დამოკიდებული და ზოგჯერ იგი არაპროგნოზირებადია, შესაბამისად ჯანდაცვის სექტორს არ აქვს მყარი გარანტია იმისა, რომ მომავალ წელს მიიღებს იმავე მოცულობის დაფინანსებას, რაც წინა წელს იყო მისთვის გამოყოფილი . ჯანდაცვის სამინისტროს უხდება კონკურენციის გაწევა სხვა სამინისტროებთან, რომ მოიპოვოს საჭირო რესურსები. მექსიკაში, 1991-1995 წლებში არსებული ეკონომიკური კრიზისის შედეგად, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები 9,2 მილიარდი დოლარიდან 5,3 მილიარდ დოლარამდე შემცირდა.[1] ბოლო წლებში არსებული ეკონომიკური კრიზისის გამო არგენტინაში თითო სულზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები $ 614-დან (2001 წ.) $ 484-მდე (2002 წ.) შემცირდა. საბჭოთა კავშირში ჯანდაცვის სექტორი მიიჩნეოდა არამწარმოებლურ სფეროდ მიაჩნდათ და შესაბამისად სახელმწიფოსგან მცირედ ფინანსდებოდა.[2]

ლიტერატურა:

- კალანდაძე, თ., ბრეგვაძე, ი., თაყაიშვილი, რ. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
- მაყაშვილი ბ. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

1 Duran-Arenas L et al. The development of a quality information system: a case study of Mexico. Health Policy and Planning, 1998.

2 Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.

- ურუშაძე, რ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, თბილისი, 2002 წ.
- ჯორბენაძე, ა. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
- Beveridge, William: Social Incurance and Allid Services, London 1942.
- Browne, Anthony. „Deadly Rise in Wait for Cancer Care," London Observer, March 3, 2002.
- Bodenheimer, Thomas S. Grumbach, Kevin. Understanding Health Policy. A Clinical Approach. 2009.
- *Callahan, D., & Wasunna, A. A. (2006). Medicine and the market:Equity v. choice.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Duran-Arenas L et al. The development of a quality information system: a case study of Mexico. Health Policy and Planning, 1998.
- 1Figueras, J. Robinson, R. Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.
- Goodman, John C. „Health Care in a Free Society: Rebutting the Myths of National Health Insurance," Cato Policy Analysis no. 532, January 27, 2005.
- Hurst J. Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- Klein, Rudolf, „The Troubled Transformation of Britain's National Health Service," New England Journal of Medicine 355 (2006): 409-15.
- *Lewis,* Richard, *Appleby,* John. *„Can English NHS Meet the 18-Week Waiting List Target?"* The Journal of the Royal Society of Medicine 99 (2006).
- Martin, Daniel. „Billions Squandered as NHS Fails to Deliver," Daily Mail, September 12, 2007.
- Miller, Karyn; Lusher Adam; Harper Tom. Too Successful: The Hospitals Forced to Introduce Minimum Waiting Times," Daily Telegraph, August 7, 2006.
- OECD Health Data 2012: Statistics and Indicators for 30 Countries."
- Payer L. Medicine and Culture. New York NY: Henry Holt, 1988.
- Reinhard UE et.al. Cross-national comparisons of health systems using OECD data. Health Aff. 2002;21(3):169
- Rose, David. „Waiting List Crisis as NHS Cuts Costs," London Times, June 6, 2007.
- Shoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs Web Exclusive. November 3, 2005.
- Tanner, Michael D. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008).
- Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
- *Кричагин В.И.* Народное здравие: время решений // В человеческом измерении. М.: Прогресс, 1989. С. 247–267.
- *Зяблюк Н. Г.* Политический плюрализм: контуры американской модели // США и Канада: экономика, политика, культура. 1999. № 5. С. 3–18.

XIV თავი

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები შეიძლება ოთხ პერიოდად დავყოთ:

- ინერციის პერიოდი – 1989-1995 წლები;
- რეფორმების პირველი პერიოდი – 1995-2003 წლები;
- რეფორმების მეორე პერიოდი – 2004-2012 წლები;
- რეფორმების მესამე პერიოდი – 20013 წლიდან დღემდე.

14.1. ინერციის პერიოდი – 1989-1995 წლები

1991 წლამდე, საბჭოთა პერიოდში, ჯანდაცვის სისტემა თავისი სტრუქტურით, დაფინანსებითა და მართვით გლობალური საბჭოთა სისტემის ნაწილს წარმოადგენდა. იგი ეფუძნებოდა ე.წ. „სემაშკოს მოდელს", რომლის მართვა, ადმინისტრირება და დაფინანსება ცენტრალიზებულს წარმოადგენდა.

1990-წლიდან ხუთი წლის მანძილზე ჯანდაცვის სფეროში არსებითი მოვლენა არ მომხდარა. სისტემა, უფრო სწორად მისი ცალკეული კომპონენტები, ფუნქციონირებას ინერციით აგრძელებდნენ[1].

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ახორციელებდნენ პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის სახელმწიფო (საბიუჯეტო) ორგანიზაციები. ფორმალურად, სახელმწიფო სექტორში სამედიცინო მომსახურება რჩებოდა უფასო. 1990-იანი წლების დასაწყისში შექმნილი მწვავე ეკონომიკური კრიზისის შედეგად მკვეთრად შემცირდა ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან[2]. სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის წილი 1986 წელს შეადგენდა 4.3%-ს, 1994 წელს – 1.3%-ს, ხოლო 1995 წელს – 2.3%-ს[3]. ჯანდაც-

1 გზირიშვილი, დავით. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. თბილისი. 2012.

2 Hauschild, T. & Bekrhout, E., 2009. Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study, Tbilisi: Oxfam International. გვ. 9.

3 Richard Kaufman and John Hardt. The Former Soviet Union in Transition. edited for the United States Congress Joint Economic Committee. 1993.

ვის ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე 1985 წელს 95,5 აშშ დოლარს შეადგენდა, 1990 წელს – 13 აშშ დოლარს, მაგრამ 1994 წლისათვის 0,90 აშშ დოლარამდე დაეცა[1;2]. ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 1995 წელს 4.9%-მდე შემცირდა. მშპ-ში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი 1994 წელს შეადგენდა 0.3-ს, 1995 წელს – 0.9%-ს[3]. მშპ-ში ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების წილი 1990-1995 წწ. საშუალოდ შეადგენდა 4.5%-ს[4].

სამედიცინო დაწესებულებების სახელმწიფო დაფინანსება ხორციელდებოდა საბჭოთა პერიოდში არსებული ისტორიული ბიუჯეტების საფუძველზე, რომლებიც განისაზღვრებოდა საწოლთა ფონდთან ან საშტატო განრიგთან დაკავშირებული ნორმატივებით[5]. თუმცა, ჯანდაცვაზე მწირი სახელმწიფო დანახარჯების შედეგად ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები.

აქვე აღსანიშნავია, რომ მოსახლეობის მხრიდან ჯიბიდან არაფორმალური გადახდების დიდი წილის მიუხედავად, გაეროს ბავშვთა დაცვის ფონდის მიერ 1994 წელს ჩატარებული ჯანდაცვის მოხმარებისა და დანახარჯების კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა მხოლოდ ერთი მეხუთედი გამოხატავდა უკმაყოფილებას საავადმყოფოში არაფორმალური გადასახადით (საშუალოდ $5 დღეში) და თითქმის ნახევარი კმაყოფილებას აფიქსირებდა[6]. ასევე, საყურადღებოა, რომ საქართველოში მოწყვლადობის (დაუცველობის) შეფასების 1996 წლის გამოქვეყნებულ ანგარიშში, ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით შინამეურნეობათა მხოლოდ 4.5% (ან პიროვნებათა 7.1%) იქნა მიჩნეული დაუცველად[7].

ამ პერიოდში არ შეიმჩნევა სექტორში სამედიცინო კადრების რაოდენობის არსებითი ცვლილება და 100,000 მოსახლეზე ექიმთა რაოდენობა შეადგენდა დაახლოებით 500-ს, შედარებისათვის – 277

1 ჯინჯოლავა თენგიზ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეფორმირების სოციალურ-ეკონომიკური ასპექტები. მედიცინა. 23 აგვისტო, 1998 წ.

2 Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G. & MacLehose, L., 2002. Health Care Systems in Transition – Georgia 2002, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

3 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

4 Gzirishvili, D., Zoidze, A. & Gotsadze, G., 1997. Health Care Reforms in Georgia, Tbilisi.

5 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

6 Gzirishvili, D., Zoidze, A. & Gotsadze, G., 1997. Health Care Reforms in Georgia, Tbilisi.

7 Dershem, L., Gzirishvili, D., Roos, A. d. & Venekamp, D., 1996. Food, Nutrition, health, and nonfood vulnerability assessment in Georgia, 1996: household assessment, Tbilisi: ECHO, Save the Children, UNDHA.

ექიმი აშშ-ში, 222 იტალიაში, 207 იაპონიაში და 256 საფრანგეთში[1]. ექთნების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე შეადგენდა 1000-ს, თუმცა 1994 წელს პირველად აღინიშნა ექთნების რაოდენობის კლება 7%-ით (შესაბამისად, ერთ ექიმზე ექთნების თანაფარდობამ თანდათანობით იკლო 1991 წელს 2.2-დან 1994 წელს 1.9-მდე)[2].

1992-1994 წლებში ჩნდება პირველი კერძო სამედიცინო დაწესებულებები (სპეციალისტების მომსახურება, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება), თუმცა კერძო, ფორმალიზებული, ლეგალური სამეწარმეო საქმიანობა ჯანდაცვის სფეროში დასაბამს 80-იანი წლების მეორე ნახევრიდან იღებს[3].

საბჭოურ მოდელზე აგებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა იყო ზედმიწევნით ცენტრალიზებული და მას ახასიათებდა ტოტალიტარული მიდგომა მართვის, ფინანსირების, მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვისა და სხვა სფეროებში. ჯანდაცვის სტრატეგია და ტაქტიკა, მისი მოცულობა, განხორციელების საშუალებანი და დანახარჯები განისაზღვრებოდა ცენტრალიზებულად და სრულიად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას.

ჯანდაცვის საბჭოურ მოდელში პაციენტი აღიქვამდა საკუთარ ჯანმრთელობას არა როგორც ეკონომიკურ კატეგორიას, რომლისადმი მას უნდა გააჩნდეს საკუთარი წილი პასუხისმგებლობა, არამედ როგორც უმთავრესად სოციალისტური სახელმწიფოს საზრუნავს[4]. სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება „საყოველთაო და უფასო სამედიცინო დახმარება" გულისხმობდა, რომ მოსახლეობა უნდა ყოფილიყო უზრუნველყოფილი განსაზღვრულად გარანტირებული სამედიცინო დახმარებით. მაგრამ, ამგვარი გარანტიების მიუხედავად, პიროვნების უფლება მისი ჯანმრთელობის დაცვაზე გარკვეულწილად ირღვეოდა, ვინაიდან მას არ ჰქონდა სურვილისამებრ სამკურნალო დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის თავისუფალი არჩევის საშუალება. ხოლო რაც შეეხება უფასო სამედიცინო დახმარებას, იგი საშუალო ნორმის ფარგლებში იყო და უმეტეს შემთხვევებში, ავადმყოფს მაინც უხდებოდა „ექიმის ჰონორარის" თავისი ჯიბიდან გადახდა. ამგვარად, ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი წარ-

1 Šarac I, Bagariæ I, Oreškoviæ S, Reamy J, Šimunoviæ V J. Physician requirements for the Croat population in Bosnia and Herzegovina. Croatian Med J 1997;38:83-7

2 World Health Organization Regional Office for Europe, 2011. European health for all Database. [Internet] Available at: http://data.euro.who.int/hfadb/.

3 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

4 ჯორბენაძე, ავთანდილ. საქართველოს დამოუკიდებლობის დღისადმი მიძღვნილი სიტყვა. 26.05.1998 წ. სტატიებისა და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

მოადგენდა უფრო მეტად მოსახლეობის სოციალური დაცვის, ვიდრე კლასიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას[1].

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს მიერ გაცხადებული იყო მედიცინის პროფილაქტიკური ხასიათი, სინამდვილეში მისი ძალისხმევის უდიდესი ნაწილი ძირითადად მიმართული იყო სტაციონარულ მკურნალობაზე. სისტემის წარმატებით ფუნქციონირების ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად ითვლებოდა გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა, რაც თავის მხრივ იწვევდა სწრაფვას საწოლებისა და სამედიცინო პერსონალის უზომოდ გაზრდისაკენ[2].

ჯანდაცვის სისტემის საბჭოურ მოდელში ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობამ, მის ფუნქციონირებაში სახელმწიფოს აქტიურმა ჩარევამ იგი სრულ ბიუროკრატიზაციამდე მიიყვანა. სისტემას აინტერესებდა არა იმდენად პაციენტის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება და მისი პრობლემების გადაჭრა, არამედ ქსელის ხელოვნური გაფართოება[3]. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის ობიექტების ტექნოლოგიური და მატერიალური ფუნდამენტი მორალურად და ფიზიკურად მოძველებული, ან თითქმის დანგრეული იყო (ჯანდაცვის ობიექტების ნახევარზე მეტი 1940 წლამდე იყო აშენებული), სახელმწიფო არსებულის განახლებისა ან თუნდაც შენარჩუნების ნაცვლად გამოყოფდა სახსრებს ახალი ობიექტების ასაშენებლად. 1988 წელს ჯანდაცვის 115 ობიექტი რჩებოდა მშენებარე სტადიაზე, რომელთა უმრავლესობა შემდგომ პერიოდშიც დიდხანს რჩებოდა დაუმთავრებელი[4].

სახელმწიფო უკვე ვერ ახორციელებდა თავის თავზე აღებულ მოვალეობას მოსახლეობის მაღალკვალიფიციური პროფილაქტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო დახმარებით უზრუნველყოფის საქმეში. ყოველივე აღნიშნულმა დაშლის პირას მიიყვანა ჯანდაცვის სისტემა, ხოლო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები გაუარესდა: ავადობის მაჩვენებელი გაიზარდა, შობადობა შემცირდა,

1 ჯორბენაძე, ავთანდილ. საქართველოს დამოუკიდებლობის დღისადმი მიძღვნილი სიტყვა. 26.05.1998 წ. სტატიებისა და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

2 იქვე.

3 იქვე.

4 Healthcare Reform in the Republic of Georgia A Healthcare Reform Roadmap for Post-Semashko Countries and Beyond. Frederik C. Roeder, Andria Urushadze, Kakha Bendukize, Michael D. Tanner. 2014.

გავრცელდა სოციალურად საშიში დაავადებები[1;2;3]. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 3 წლით შემცირდა და 1995 წელს 70.3 შეადგინა. დედათა მოკვდაობა 1995 წლისთვის 1990 წელთან შედარებით გაორმაგდა (55.1 და 20.5 შესაბამისად). იმავე პერიოდში ბავშვთა მოკვდაობა ყოველწლიურად იზრდებოდა 20.7-დან 28.6-მდე.

დაბალი ხელფასებისა და არასტაბილური ეკონომიკური მდგომარეობის გამო ბევრმა ცნობილმა სპეციალისტმა დატოვა სამუშაო და დატოვა ქვეყანა[4]. ქართული მედიცინა ფაქტობრივად, კოლაფსის წინაშე აღმოჩნდა.

14.2. რეფორმების პირველი პერიოდი – 1995-2003 წლები

ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკურად დაუსაბუთებელმა ზრდამ, რესურსების არარაციონალურმა ხარჯვამ დარგი კრიზისულ მდგომარეობამდე მიიყვანა. 1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან დღის წესრიგში დადგა საკითხი ჯანდაცვის სისტემის ახალი მოდელის შექმნის შესახებ.

ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფციასა და განხორციელების გეგმაზე მუშაობა 1993 წლიდან დაიწყო მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს თაოსნობითა და დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობით.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია ფორმალურად გაცხადდა სახელმწიფო მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულებით, რომლის 11 პუნქტი მოიცავდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის (დასაწყისი – 1995 წლის 1 იანვარი) ყველა ასპექტს და განსაზღვრავდა მომდევნო წლებში განსახორციელებელი ცვლილებების სამართლებრივი ბაზას, სფეროს ორგანიზაციული მოწყობისა თუ დაფინანსების პრინციპებს.

---

1 United Nations Development Fund. Human Development Report: Georgia 1996. Tbilisi: UNDF; 1997.

2 World Health Organization. Statistical forms concerning morbidity of tuberculosis and birthrate in Georgia. Tbilisi: WHO; 1998.

3 Joint Experts Group. Aide Memoir on Health Sector in Georgia. Tbilisi: UNICEF/UNDHA/WHO; 1996.

4 Development of State Health Insurance System in Georgia, Temur Kalandadze, Ioseb Bregvadze, Revaz Takaishvili, Ann Archvadze, Nino Moroshkina, Croatian Medical Journal, http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234065.htm.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის რთული, მტკივნეული და მრავალეტაპიანი პროცესი 1995 წლის 1 იანვრის ნაცვლად დაიწყო მოგვიანებით, 1995 წლის 10 აგვისტოდან. „საქართველოს უახლესი ისტორიის მანძილზე განხორციელებული სახელმწიფოებრივი რეფორმებიდან ერთ-ერთი პირველი ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმა გახლდათ"[1]. ამ პერიოდში მოხდა 1990-1994 წლებში დაქცევის პირას, თვითდინებით მოფუნქციონირე სფეროში წესრიგის აღდგენა, სისტემაში თვისობრივად ახალი ურთიერთობების დამკვიდრება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან[2].

ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო დახმარებას, რის გამოც აუცილებელი გახდა სახელმწიფო ვალდებულებანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან[3]. საქართველოს 1995 წლის კონსტიტუციის 37-ე მუხლით, სახელმწიფომ პირველად განაცხადა, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებლობის ტვირთი ნაწილდება სახელმწიფოს სხვადასხვა სუბიექტებზე და სამედიცინო მომსახურება აღარ არის უფასო. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა აღარ არის ყოვლისმომცველი და ვალდებულები განისაზღვრება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით, აგრეთვე დარგის მართვის (რეგულირების) მექანიზმებით. საზოგადოებას რჩება უფლება, ხელი მიუწვდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (უფასოდ ან თანაგადახდით)[4].

სახელმწიფომ უარი თქვა ჯანდაცვის ე.წ. საბჭოური ტიპის მკაცრად ცენტრალიზებულ მოდელზე და მის ბიუჯეტურ-მუხლობრივ დაფინანსებაზე. ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სამედიცინო სადაზღვევო მოდელზე, რომლის მიხედვით პასუხისმგებლობა ადამიანის ჯანმრთელობაზე და წვლილი ჯანდაცვის საქმეში

1 გამყრელიძე, ა., 2004. საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოვალეობის შემსრულებლის ამირან გამყრელიძის მამართვა საქართველოს მოსახლეობას და სამედიცინო საზოგადოებას. მედიცინა, 11 02, Issue 176, pp. 1-32.

2 Gzirishvili, D., Zoidze, A. & Gotsadze, G., 1997. Health Care Reforms in Georgia, Tbilisi.

3 ჯორბენაძე, ავთანდილ. საქართველოს დამოუკიდებლობის დღისადმი მიძღვნილი სიტყვა. 26.05.1998 წ. სტატიებისა და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016 წ.

4 ქანთარია ბექა. საქართველოს კონსტიტუციის 37 მუხლის კომენტარი. კონსტიტუციონალიზმის კვლევისა და ხელშეწყობის რეგიონალური ცენტრი. http://constcentre.ge/ka/comments/61/muxli-37.

თანაბრად და სამართლიანად ნაწილდებოდა სახელმწიფოზე, მეწარმეზე და თვით პიროვნებაზე.

რეფორმის პირველივე ეტაპზე (1995 წლის 10 აგვისტო – 1996 წლის 15 თებერვალი) დაიწყო მოსახლეობის სამკურნალო დახმარების არსებული სისტემის სადაზღვევო სისტემით თანმიმდევრული შეცვლის პროცესი, რისი წინაპირობაც იყო:

- სამედიცინო დახმარების საფასურის გადახდის დაკანონება – შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი;
  სამედიცინო დაწესებულებების ახალი ტიპის – სამეურნეო ანგარიშისა და თვითდაფინანსების პრინციპებზე აგებული სამართალსუბიექტების ჩამოყალიბება;
  ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ საკუთარი მოსახლეობის მიმართ ვალდებულებების შემოფარგვლა – სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და სამედიცინო სტანდარტების შექმნა;
  ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი ფინანსური სახსრების უკეთ მობილიზაციისა და რეალიზაციისათვის ფინანსური მექანიზმების შექმნა – შეიქმნა ჯანდაცვის ფედერალური და მუნიციპალური ფონდები, დაკანონდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადი (სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი);
  შეიქმნა საკანონმდებლო ბაზა:
  საქართველოს კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ“ – 1995 წლის 21 მარტი; (შემდგომში კანონი „სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შენატანის შესახებ“ – 1997 წლის 28 მაისი)
  საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ“ – 1997 წლის 18 აპრილი
  საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ – 1997 წლის 10 დეკემბერი
  საქართველოს კანონი „დაზღვევის შესახებ“ – 1997 წლის 15 მაისი

რეფორმის პირველივე ეტაპზე სახელმწიფოს მეთაურის 1995 წლის # 351 და # 464 ბრძანებულებები გახდა საფუძველდამდები დოკუმენტები საქართველოს ისტორიაში პირველად მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების თვისობრივად და ორგანიზაციულად ახალი სტრუქტურის – ჯანდაცვის სფეროში სოციალური დაზღვევის განმახორციელებელი სახელმწიფო სამსახურის შექმნისათვის. სწორედ ამ საკანონმდებლო აქტებზე დაყრდნობით 1995 წელს შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი. მისი შემოსავლის წყაროს წარმოადგენდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადი და ტრანსფერები ცენტრალური ბიუჯეტიდან.

1996 წლის თებერვალში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებით ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი გადაკეთდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას ჰქონდა ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა; კანონის მიხედვით კომპანიის უმაღლესი სათათბირო ორგანოს წარმოადგენდა სამეთვალყურეო საბჭო. სტრუქტურულად კომპანია შედგებოდა 8 განყოფილებისა და 12 რეგიონული ფილიალისაგან.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროებს წარმოადგენდა:

- დამქირავებელთა და დაქირავებულთა მიერ გადახდილი ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი (ხელფასის ფონდზე დარიცხული 3 % და ხელფასის 1 %);
  ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი.

კანონის თავდაპირველ რედაქციაში („საქართველოს რესპუბლიკის კანონი სამედიცინო გადასახადის შესახებ") ეს თანხა მოხსენიებულია, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდში სამედიცინო „გადასახადი". 1997 წელს საქართველოს კანონით „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ" ტერმინი „გადასახადი" შეიცვალა ტერმინით „სადაზღვევო შენატანი", ხოლო „ჯანმრთელობის დაცვის ფონდი" – ტერმინით „სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია[1]. კანონით განისაზღვრა სამედიცინო დაზღვევის ფორმები: სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა.

შესატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში. უნდა აღინიშნოს, რომ სისტემის ფუნქციონირების დე იურე სქემა არსებითად განსხვავდებოდა დე ფაქტო ვითარებისაგან. მკვლევართა აზრით, „ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შესატანი" სინამდვილეში წარმოადგენდა შუალედურ კატეგორიას „სავალდებულო შესატანსა და „მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს" შორის[2]. კერძოდ, შეგროვების ტექნიკით („მისამართი" – ექსკლუზიურად ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია) „3 + 1" შესატანს წააგავდა, ხოლო გადამხდელისა და გადახდის პროცედურის აღრიცხვის ტექნიკით – მიზანმიმართულ

1 საქართველოს კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ" საქართველოს რესპუბლიკის კანონში ცვლილებების შეტანის თაობაზე," 1997 წლის 28 მაისი.№737–IIს.

2 WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004.

საბიუჯეტო გადასახადს[1]. ამგვარად, ექსპერტთა აზრით, სინამდვილეში მოხდა „შელამაზება“ – რეალური მიზნობრივი გადასახადი გაფორმდა სადაზღვევო შენატანად[2].

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია (სახელწოდების მიუხედავად), თავისი არსით, არ აწარმოებდა სადაზღვევო საქმიანობას და წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებისათვის აუცილებელი ფინანსური სახსრების კოლექტორსა და მხარჯველს. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლებში სულ უფრო მეტი ხვედრითი წილი მოდიოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტრანსფერებზე, რადგან 3+1 სავალდებულო სადაზღვევო შენატანი არ იყო საკმარისი ვალდებულებების დასაფინანსებლად.

სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ, ყოველწლიურად იზრდებოდა და მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა. რიგი პროგრამები (ინფექციური, ონკოლოგიური, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული დახმარების, სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების და სხვა პროგრამები) ქვეყნის ყველა მოქალაქეზე ვრცელდებოდა, ნაწილი პროგრამებისა (უმწეოთა, სამეანო და ბავშვთა დახმარების) კი – მოქალაქეთა გარკვეულ ჯგუფებზე. 1999 წლისათვის სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 700 ათასამდე პირი.

1999 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია საჯარო სამართლის იურიდიული პირი გახდა. როგორც სპეციალური ტიპის ორგანიზაცია, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას ჰყავდა დირექტორი, რომელსაც თანამდებობაზე ნიშნავდა საქართველოს პრეზიდენტი, ჯანდაცვის მინისტრის წარდგინების შემდეგ. სამედიცინო დაზღვევის კანონის საფუძველზე შემოღებულ იქნა სამეთვალყურეო საბჭო, როგორც სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის უმაღლესი მმართველობითი ორგანო. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ორგანიზაციული სტრუქტურა განისაზღვრება სამეთვალყურეო საბჭოს მიერ.

2003 წელს განხორციელდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის და საპენსიო ფონდის გაერთიანება და ჩამოყალიბდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი.

---

1 ცინცაბაძე თამარ. 2001-2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.

2 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის. ჯანდაცვის ადგილობრივი ფონდები შემოსავლებს ღებულობდნენ მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან. შენატანები ჯანდაცვის ფონდებში წარმოადგენდა გასაშუალოებულ მაჩვენებელს ერთ სულ მოსახლეზე, რომელიც დამოკიდებული იყო მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე (არანაკლებ 2,5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე და არანაკლებ 10 %-ისა მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილისა). მუნიციპალიტეტებს უფლება ჰქონდათ გაეზარდათ აღნიშნული თანხა, თუ მათი ბიუჯეტი ამის საშუალებას იძლეოდა. პროგრამების აუცილებელ მინიმალურ მოცულობას კი ცენტრალური ხელისუფლება ადგენდა. 1997 წელს მუნიციპალიტეტების ეკონომიკური სიტუაციის ცვალებადობის გამო გადაწყდა მუნიციპალური ფონდების გაერთიანება და რეგიონული ფონდების შექმნა, რაც მათ შორის რისკების გადანაწილების შესაძლებლობას იძლეოდა. აღნიშნული პროცესი დაიწყო 1998 წელს და დასრულდა 1999 წლისათვის.

ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამები მოიცავდა გადაუდებელ დახმარებას, 1-დან 14 წლის ბავშვთა და მოზარდთა სამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის მუნიციპალური მოცვა უფრო ახლოს იდგა უნივერსალურ მოცვასთან (80%-ზე მეტი მოსახლეობა)[1]. ამასთან, მუნიციპალური ჯანდაცვის სერვისები შეიძლება განვიხილოთ როგორც სერვისების ბაზისური პაკეტი, რომელიც აკმაყოფილებდა ჯანდაცვაზე მოსახლეობის ყველაზე მეტ საჭიროებებს; გამონაკლისს წარმოადგენდა დედათა და 1 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, რომელიც მოცული იყო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო ფედერალური პროგრამით[2].

განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მმართველობის დეცენტრალიზაცია და ცენტრალური მმართველობის უფლებები ადგილობრივ ორგანოებს გადაეცა. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები[3]. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი აფინანსებდა ან უშუალოდ ახორციელებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთ პროგრამებს, როგორიც იყო მოსახლეობის იმუნიზაცია ან ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა. 2001 წლიდან კი დაიწყო

1 Development of State Health Insurance System in Georgia, Temur Kalandadze, Ioseb Bregvadze, Revaz Takaishvili, Ann Archvadze, Nino Moroshkina, Croatian Medical Journal, http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234065.htm.

2 Development of State Health Insurance System in Georgia, Temur Kalandadze, Ioseb Bregvadze, Revaz Takaishvili, Ann Archvadze, Nino Moroshkina, Croatian Medical Journal, http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234065.htm.

3 Gzirishvili, D., Zoidze, A. & Gotsadze, G., 1997. Health Care Reforms in Georgia, Tbilisi.

სოფლისა და მაღალმთიანი რაიონების სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაც.

1995 წელს სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები საბიუჯეტო ორგანიზაციებიდან იქცნენ სახაზინო დაწესებულებად, ხოლო 1999 წელს – კერძო სამართლის სუბიექტებად (შეზღუდული პასუხისმგებლობების ან სააქციო საზოგადოებებად სახელმწიფოს მიერ წილების 100%-იანი ფლობით). შესაბამისად, გაიზარდა მათი მმართველობითი ავტონომიაც. სამეწარმეო სუბიექტებად გადაქცევის შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აღარ ახორციელებს სამედიცინო დაწესებულების პირდაპირ ადმინისტრირებას და მმართველობაში მონაწილეობის ერთადერთ ფორმად მეწარმეობის კანონმდებლობით განსაზღვრული ე.წ. „კორპორატიული მმართველობის“ მექანიზმები რჩება[1].

სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო დაწესებულებები 1995 წლიდან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან პირდაპირი დაფინანსების ნაცვლად სახსრებს იღებენ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში მონაწილეობით, გადამხდელთან გაფორმებული შესაბამისი ხელშეკრულების საფუძველზე.

სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების ანაზღაურების საფუძველია ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით განსაზღვრული ტარიფები, რომელიც ითვლება სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო სტანდარტების მიხედვით. სტანდარტები მოიცავს ყველა იმ შემთხვევას (დაავადებებს, ანუ ნოზოლოგიებს), რომელსაც ფარავს სახელმწიფო პროგრამები და განსაზღრავს დიაგნოზთა მიხედვით ჩარევების (დიაგნოსტიკური თუ სამკურნალო ინტერვენციების) მოცულობასა და ღირებულებას. სახელმწიფო სტანდარტები წარმოადგენდა არა მხოლოდ მომსახურების დაფინანსების გათვლისა და ანაზღაურების საფუძველს, არამედ სამედიცინო საქმიანობის მოწესრიგების პირველ მცდელობას (დღევანდელი „გაიდლაინებისა“ და „პროტოკოლების“ წინამორბედს)[2]. 1997 წლიდან სახელმწიფო ცვლის (ამარტივებს) დაფინანსების მექანიზმს და ნერგავს გლობალური ბიუჯეტითა და ლიმიტირებული პერდიემის (საწოლ-დღეებით დაფინანსება) მეთოდებით დაფინანსებას[3].

სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები თანდათანობით იძენს სარეკომენდაციო ხასიათს. 2002 წელს განისაზღვრა სამედიცინო სტანდარტების ზედა ზღვრული ტარიფები.

---

1 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

2 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

3 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №158 (1997 წლის 30 მარტი ქ. თბილისი) საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ეკონომიკური მექანიზმების სრულყოფის შესახებ.

ამრიგად, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები ნაწილდებოდა და იხარჯებოდა სამი ფინანსური აგენტის – სახელმწიფო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის, ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური ფონდებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ.

სახელმწიფო სტანდარტების პარალელურად სამედიცინო დაწესებულებიც განსაზღვრავდნენ მომსახურების ე.წ. შიდა ტარიფებს, რის საფუძველზეც მომხმარებელს ახდევინებდნენ გაწეული სამედიცინო მომსახურების საფასურს (თუ ეს მომსახურება არ იფარებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით). სამედიცინო დაწესებულები საკუთარი შეხედულებისამებრ განკარგავდნენ მომსახურებაზე სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ და მომხმარებლისგან თანადაფინანსებით მიღებულ შემოსავლებს.

მოცემულ პერიოდში შემუშავდა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა, რომელიც ეფუძნება რეორიენტაციის ერთიან კონცეფციას. მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", რომელიც წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე სამართლებრივ დოკუმენტს, სადაც სრულყოფილად არის ასახული დემოკატიული, ცივილიზებული საყოველთაო ჰუმანიზმისა და ადამიანის უფლებების დაცვის უმთავრესი პრინციპები.

სახელმწიფომ დაიწყო მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ქაოტურად შექმნილი სამედიცინო ბაზრის მოწესრიგება, მისი რეგულირება, როგორც სამედიცინო მომსახურების გაწევის, ისე სამკურნალწამლო საშუალებების ბრუნვის სფეროში[1]. შედეგად, გამოიკვეთა სახელმწიფოს, მეწარმისა და ინდივიდის რეალური ვალდებულებები, ჩამოყალიბდა ამ ვალდებულებების აღსრულების შესაბამისი ორგანიზაცია.

კანონმდებლობით განისაზღვრა სამედიცინო დაწესებულების ცნება. ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მქონე ნებისმიერ იურიდიულ პირს შესაბამისი ლიცენზიის მიღების შემდეგ შეეძლო სამედიცინო საქმიანობა. სამედიცინო საქმიანობაზე დაწესდა გარკვეული საგადასახადო შეღავათები (მაგ. სამედიცინო მომსახურება არ იბეგრებოდა დამატებითი ღირებულების გადასახადით). მოგვიანებით, 2003 წელს, სამედიცინო დაწესებულებები განთა-

1 საქართველოს ახალგაზრდა ეკონომისტთა ასოციაცია, 2003. ანგარიში სამედიცინო და ფარმაცევტულ სფეროში ლიცენზირებისა და ნებართვის სისტემის შესახებ, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ვისუფლდნენ ყველა ძირითადი (მათ შორის ქონების და მოგების) გადასახადისაგან[1]

1995 წლიდან სამედიცინო პერსონალი აღარ იღებდა ანაზღაურებას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, მათი დასაქმება და შრომითი ანაზღაურება სამედიცინო დაწესებულებასთან გაფორმებული ხელშეკრულებით განისაზღვრებოდა[2]. სახელმწიფო იმედოვნებდა, რომ პროფესიული კადრების ოპტიმიზაცია (სიჭარბე და არათანაბარი გადანაწილება გეოგრაფიულ ჭრილში ან ჯანდაცვის სისტემის დონეების მიხედვით), მთავრობის ჩაურევლად, ბაზრის ძალებით მოხდებოდა[3]. მიუხედავად ამისა, კერძო უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების გახსნამ მკვეთრად გაიზარდა სამედიცინო კადრების რაოდენობა. 90-იანი წლების მეორე ნახევარში სახელმწიფომ თვისობრივად შეცვალა სამედიცინო განათლების სისტემა: შემოღებულ იქნა ერთიანი სახელმწიფო სამედიცინო დაინერგა ექიმების სერტიფიცირებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა. ჯანდაცვის სამინისტრო განსაზღრავდა რეზიდენტურის ადგილების რაოდენობას სპეციალობების მიხედვით. სისტემის რეფორმის შედეგად შემცირდა ექიმების რაოდენობა[4].

1996 წლიდან დაიწყო სამედიცინო დაწესებულების (აფთიაქების, ამბულატორიების, პოლიკლინიკებისა და საავადმყოფოების) პრივატიზაცია. ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაციისთვის სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებდა საწოლთა ფონდის მკვეთრ შემცირებას თუმცა ისევ დაბალი იყო საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი (28%).

საქართველოს მთავრობამ მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით შეიმუშავა და დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, რომელიც თავდაპირველად ითვალისწინებდა პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებისა და რეფერალური ლაბორატორიების შექმნას, სოფლად და მაღალმთიან ადგილებში პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებიდან პაციენტების მიმართვიანობის მექანიზმების შემუშავებას, ჯანდაცვის სისტემის ინსტიტუციურ განვითარებას[5]. 2002-2005

---

1 გამყრელიძე, ა., 2004. საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოვალეობის შემსრულებლის ამირან გამყრელიძის მამართვა საქართველოს მოსახლეობას და სამედეცინო საზოგადოებას. მედიცინა, 11 02, Issue 176, pp. 1-32.

2 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

3 Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G. & MacLehose, L., 2002. Health Care Systems in Transition – Georgia 2002, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

4 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

5 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

წლებში სერიოზული ინვესტიციები განხორციელდა როგორც საკადრო რესურსებში, ისე ფიზიკურ ინფრასტრუქტურაში.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება. მოცემულ პერიოდში შემცირდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლის თვალსაზრისით ლიკვიდირებულ იქნა პოლიომიელიტი და თავიდან იქნა აცილებული დიფტერიისა და ამებიაზის ფართომასშტაბიანი ეპიდემია.

მნიშვნელოვნად გაიზარდა სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის დანახარჯების წილი, ასევე ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი. 1994 წელთან შედარებით სახელმწიფო ხარჯები 20-ჯერ გაიზარდა და 2004 წელს ერთ სულ მოსახლეზე 33 ლარი შეადგინა. თუმცა, ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯებში სახელმწიფოს ხვედრითი წილი ისევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებლებს. სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის დანახარჯების წილი 2003 წლის ჩათვლით 6%-ს ვერ ასცდა, ხოლო ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 2003 წლის ჩათვლით 18% არ აღემატებოდა, ასევე, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე 10-15 ჯერ ნაკლები იყო ქვეყნის დამოუკიდებლობამდე არსებულ მაჩვენებელზე[1]. ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მწირი დანახარჯები განპირობებული იყო სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სექტორისათვის ფინანსური რესურსების მობილიზების სისუსტით. შედეგად, გადაულახავ პრობლემას წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების სრულად დაფინანსება. მაგალითისათვის, 1997-2000 წლებში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულება საშუალოდ 50%-ს შეადგენდა[2].

ამრიგად, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველი ეტაპის შედეგები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს: მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ქაოტურად შექმნილი ბაზრის მოწესრიგების დაწყება, სახელმწიფოს, მეწარმისა და ინდივიდის რეალური ვალდებულებების გამოკვეთა და მისი აღსრულების ორგანიზაცია.

---

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2003. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2002 წლის ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2 The World Bank, 2002. Georgia Public Expenditure Review, Washington, D.C.: The World Bank.

ძირითადად დამთავრდა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა, შეიქმნა ახალი საზოგადოებრივი ურთიერთობების შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა, სამედიცინო დახმარების მნიშვნელოვანი წილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე, მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და ინდივიდის უფლება-მოვალეობანი ჯანდაცვის სფეროში, მომზადდა თეორიულ-მეთოდოლოგიური ბაზა ახალი ტიპის საწარმოო და სოციალური ინფრასტრუქტურის ფუნქციონირებისათვის, ახალი ტიპის სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობანი ძირითადად დამკვიდრდა მოსახლეობაში და მის მიერ იქნა აღიარებული, რეორიენტაციის პროცესი პრაქტიკულად შეუქცევადი გახდა.

14.3. რეფორმების მეორე პერიოდი – 2004-2012 წლები

2005 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შენატანები. 2004 წლის ბოლოს საგადასახადო კოდექსის ცვლილებათა შედეგად გაუქმდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შესატანი, ანუ ჯანდაცვის მიზნობრივი გადასახადი, რომელიც სახელფასო შემოსავალზე იყო დაწესებული ("3+1") და სოციალური გადასახადის ნაწილს წარმოადგენდა. 2005 წელს იგი შეიცვალა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (ზოგადი გადასახადები). საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს საგადასახადო დეპარტამენტი პასუხისმგებელია გადასახადების შეგროვებაზე, რომელიც საერთი ჯამში ერთიანდება სახელმწიფოს სახაზინო ანგარიშზე. წლიური ბიუჯეტის დადგენისას ფინანსთა სამინისტრო ახდენს სახელმწიფო ბიუჯეტის გარკვეული ნაწილის გადანაწილებას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროზე, რომელიც თავის მხრივ, კატეგორიების მიხედვით ანაწილებს თანხებს.[1]

მნიშვნელოვანი ცვლილებების პერიოდი დაიწყო 2006 წლის შემოდგომიდან. ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა ჯანდაცვისა და სოციალური რეფორმების სამთავრობო კომისია პრემიერ მინისტრის ხელმძღვანელობით. რეფორმებისათვის გეგმების შემუშავებისა და

1 ჯანდაცვის სამინისტრო, 2008. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.

განხორციელების უშუალო ხელმძღვანელობა დაევალა სახელმწიფო მინისტრს რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში. რეფორმის მთავარ მიზნებს შეადგენდა:

- მოსახლეობის დაცვა ჯანმრთელობის გაუარესებისას წარმოქმნილი კატასტროფული ფინანსური რისკებისაგან და მოსახლეობისათვის ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;
  ჯანდაცვის სფეროში საბაზრო რეგულატორების განვითარება მისი მაქსიმალური ლიბერალიზება, რაც გულისხმობდა კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას და ხელშეწყობას, სახელმწიფო ქონების პრივატიზებას[1];[2];[3].

მრავალი დისკუსიის შედეგად „საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციასთან" ერთად შემუშავებულ იქნა კონცეფცია, რომელიც ეყრდნობოდა ორ ძირითად პრინციპს:

- არსებული უნივერსალური პროგრამების ეტაპობრივი ჩანაცვლება მიზნობრივ ჯგუფებზე (მოსახლეობის სოციალურად ყველაზე დაუცველ ფენები) ორიენტირებული პროგრამებით;
  ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში სადაზღვევო კომპანიების ჩართვა, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლების მიცემა.

მოსახლეობის ყველა ფენისათვის გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ნაცვლად სახელმწიფო ეტაპობრივად მიმართავს ფინანსურ სახსრებს ყველაზე გაჭირვებული ფენების სამედიცინო მომსახურებით მოცვაზე, ანუ უნივერსალურობის პრინციპი იცვლება შერჩევითობით („სელექტივიზმით").[4] 2007 წლიდან სახელმწიფო იწყებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.

---

1 Hou X.; Chao S. (2011): Targeted or untargeted? The initial assessment of a targeted health insurance program for the poor in Georgia, in: Health Policy, vol. 102:2, 278-85.

2 Gotsadze G.; Zoidze A.; Rukhadze N. (2009): Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implication, in: BMC Health Services Research, 9:69.

3 Zoidze, Akaki; Rukhadze, Natia; Chkhatarashvili, Ketevan; Gotsadze, George (2012), Health Insurance for Poor – Georgia-s Path to Universal Coverage, Working Paper: Curatio International Foundation, available online on the following web resource:http://www.curatiofoundation.org/?pg=28&cid=28&id=207.

4 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012.

გატარებული რეფორმის არსებით სიახლეს წარმოადგენდა მასში კერძო სექტორის აქტიური მონაწილეობა. კერძო სექტორი (ძირითადად, სადაზღვევო კომპანიები) ჩართული იყო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მართვაში. სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებებიდან კი არ ახდენდა, არამედ იგი სადაზღვევო კომპანიებს უხდიდა სტანდარტულ სადაზღვევო შენატანს (პრემიას), რითაც სახელმწიფო ყიდულობდა მათგან სადაზღვევო პროდუქტს. რეფორმამდე ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას ახორციელებდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი. აღნიშნული სისტემა წარმოადგენდა ე.წ. ერთი გადამხდელის არაკონკურენტულ სისტემას.

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას მიეცა უფლება მონაწილეობა მიეღო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში. მთავრობამ სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ დაადგინა მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა.[1] ამით, საფუძველი ჩაეყარა კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემას, სადაც სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში მონაწილეობის, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება.

აქვე აღსანიშნავია, რომ 2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა „ეკონომიკური თავისუფლების აქტი", რომლის მიხედვით „ბიუჯეტის სახსრები უნდა იქნენ გამოყენებული ისე, რომ მოქალაქეებს მისცენ საშუალება, სადაც შესაძლებელია, თავად გააკეთონ არჩევანი, და არ იქნას მიმართული მომსახურების სახელმწიფო მიმწოდებლის პირდაპირი დაფინანსებისათვის. ანუ, დაფინანსდეს არა ინსტიტუტები და ორგანიზაციები, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ დაფინანსდეს ადამიანები, ვისაც ეს დაფინანსება ეკუთვნის და ყველაზე მეტად სჭირდება და მათ დაუტოვონ არჩევანის დაფინანსება. ხოლო ინსტიტუტები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების არჩევანის მოგებით." „ეკონომიკური თავისუფლების აქტში" ძირითადი აქცენტი გაკეთდა მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, რადგან საბაზრო ეკონომიკის უმთავრესი პრინციპია არჩევანის თავისუფლება, რომელზედაცაა დამოკიდებული კონკურენცია და შესაბამისად, ხარისხი.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენდა სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება. სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს

1 შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

ცხრილი 1: დაზღვევით მოცული მოსახლეობა. 2010 წლის მონაცემები

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები	რა-ბა
სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა	793557
კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები	12075
მზრუნველობამოკლებული ბავშვები	3053
სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები, რუსთაველის პრემიის ლაურეატები	189
პედაგოგები	79494
სულ	888368

სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ღებულობდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

თავდაპირველად სიახლე დაინერგა თბილისსა და იმერეთში. ამ რეგიონებში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 196 000 მოქალაქეს (სოციალური სუბსიდიების სააგენტოს მიერ წარმოებულ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში" 2007 წლის 1 ივლისამდე დარეგისტრირებულ საქართველოს მოქალაქეებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა ტოლი ან ნაკლები იყო 70 000-ზე) გადაეცათ სადაზღვევო ვაუჩერი და შეეძლოთ აერჩიათ მზღვეველი – ლიცენზირებული სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელიც წერილობით დაადასტურებდა თანხმობას სადაზღვევო ვაუჩერის სანაცლოდ მთავრობის მიერ დადგენილი პირობებით სადაზღვევო პოლისის გაცემაზე.[1]

2008 წლიდან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვა გავრცელდა საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე.[2] 2008 წლის ბოლოსათვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666651 ადამიანს.[3] წლიური სადაზღვევო პრემია განისაზღვრა საშუალოდ 132,12 ლარის ოდე-

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №166 2007 წლის 31 ივლისი.

2 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №92 2008 წლის 8 აპრილი.

3 შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

ნობით (0-64 წლის დაზღვეულთათვის თვეში 9,24 ლარის ოდენობით, 65 და მეტი ასაკის პირთათვის – 15,01 ლარის ოდენობით).

2009 წელს დაზღვევამ მოიცვა არა მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, არამედ იძულებით გადაადგილებული ოჯახები, რუსეთის ფედერაციის მიერ საქართველოს ტერიტორიების ოკუპაციის შედეგად დევნილი ოჯახები და ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებები, ბავშვები მცირე ტიპის საოჯახო სახლებსა და სკოლა-პანსიონებში. 2010 წლის მონაცემებით, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული ბენეფიციარების რაოდენობა 888368-მდე გაიზარდა. ამ შემთხვევაში წლიური სადაზღვევო პრემია საშუალოდ 180 ლარის ოდენობით განისაზღვრა (0-64 წლის დაზღვეულთათვის თვეში 12,93 ლარის, ხოლო 65 და მეტი ასაკის დაზღვეულთათვის – 21,43 ლარის ოდენობით).[1]

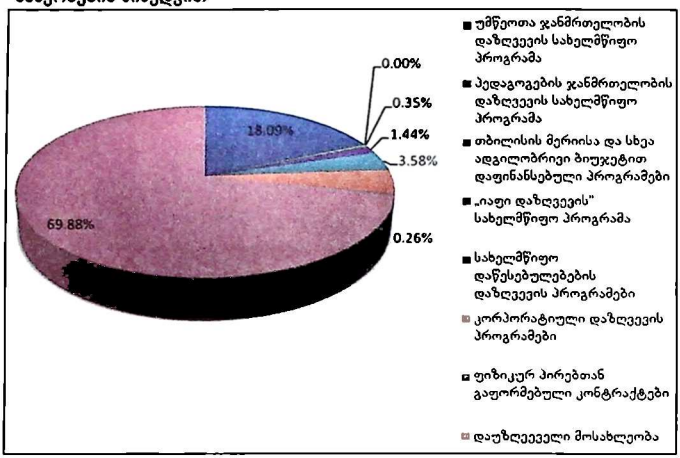
2008 წელს მზღვეველების ზარალის წმინდა კოეფიციენტმა შეადგინა 76,6%, ხოლო კომბინირებულმა კოეფიციენტმა – 96% ზარალიანობის წმინდა კოეფიციენტი გულისხმობს მხოლოდ ზარალების (გადახდილის, დაურეგულირებულისა და განუცხადებელის ჯამს) თანაფარდობას გამომუშავებულ პრემიასთან, მაშინ როცა კომბინირებული კოეფიციენტი ზარალების გარდა ითვალისწინებს ადმინისტრაციულ და აკვიზიციურ ხარჯებს. ამდენად, კომბინირებული კოეფიციენტი უფრო სრულად ასახავს, თუ რამდენად მიმზიდველი (გამართლებული) იყო კომერციული თვალსაზრისით კონკრეტული სადაზღვევო პროდუქტი (ცხრილი 2).

კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას. თუმცა, 2010 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წესების შეცვლის შედეგად, დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით. საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. დამზღვევი სადაზღვევო ვაუჩერით ხელშეკრულებას აფორმებს საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამარჯვებულ კომპანიასთან.

2010 წლამდე არსებულ სიტუაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი განსხვავება მდგომარეობდა იმაში, რომ სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში. კერძოდ, თითოეული დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ და-

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №32 2009 წლის 19 თებერვალი.

ნახატი 1: ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცული მოსახლეობა სახეობების მიხედვით



ცხრილი 2: პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების საქმიანობის ფინანსური მახასიათებლები. 2008 წ .

დაზღვეულების რაოდენობა	666 651
მოზიდული პრემია	77 245 088
გამომუშავებული პრემია	37 769 379
გადახდილი ზარალები	21 991 366
მომხდარი, მაგრამ დაურეგულირებელი ზარალების რეზერვი	3 868 402
მომხდარი, მაგრამ განუცხადებელი ზარალების რეზერვი	3 071 415
ადმინისტრაციული ხარჯი	2 382 176
აკვიზიციური ხარჯი	5 132 119
ზარალიანობის წმინდა კოეფიციენტი	76,6%
ზარალიანობის კომბინირებული კოეფიციენტი	96%
საოპერაციო რეზულტატი	1 323 900

ფიქსირებული ფასის შესაბამისად, რომელიც ნაცვლად 180 ლარისა მნიშვნელოვნად შემცირდა. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარი. შესაბამისად, მზღვეველებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში.

გარდა ამისა, შემცირებული პრემიის პირობებში, სადაზღვევო კომპანიებს სადაზღვევო პაკეტში უნდა შეეტანათ სამკურნალო საშუალებების ხარჯების ანაზღაურება 50 ლარის ფარგლებში, 50% თანაგადახდით.

2006 წელს სახელმწიფომ შეიმუშავა ქვეყნის ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროგრამა, რომლის მთავარ მიზანს შეადგენდა ჯანდაცვის მთლიანი სექტორის პრივატიზება. დაიგეგმა სახელმწიფოს საკუთრებაში მყოფი თითქმის მთლიანი უძრავი და მოძრავი ქონების კერძო ინვესტორისათვის უსასყიდლოდ გადაცემა. ინვესტორს, თავის მხრივ, საკუთარ თავზე უნდა აეღო არსებული ჰოსპიტალების გარემონტებისა და ახალი ჰოსპიტალების აგების ვალდებულება.

თუმცა, 2010 წელს მთავრობამ შეცვალა მიდგომა და ყურადღება გამახვილდა პროექტში კერძო სადაზღვევო კომპანიების განსაკუთრებით აქტიურ მონაწილეობაზე. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს, კონკურსის პირობების შესაბამისად, მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში დაეკისრათ ვალდებულება დადგენილ ვადაში (2011 წლის ბოლომდე) თანამედროვე, მაღალი სტანდარტის საავადმყოფოების აშენება ან არსებული დაწესებულებების გაუმჯობესება[1];[2]. ამით, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა და ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროექტი ერთმანეთს მიება. შედეგად, 2012 წლის მდგომარეობით საავადმყოფოების თითქმის 42% სადაზღვევო კომპანიების საკუთრებაში აღმოჩნდა.[3]

განხორციელებული რეფორმების შედეგად, 2012 წლისთვის საქართველო, ფორმალურად, მსოფლიო მასშტაბით ერთ-ერთი ყველაზე ლიბერალური ჯანდაცვის სისტემის მოდელის მქონე ქვეყანა გახდა.[4]

---

1 საქართველოს მთავრობის 2009 წლის დადგენილება N 218.

2 საქართველოს მთავრობის 2010 წლის დადგენილება N 85.

3 საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი, 2012 წელი.

4 ხიშტოვანი გიორგი. ქართული სადაზღვევო კომპანიების შეფასების თავისებურებანი – 2006-2013 წლის ჯანდაცვის რეფორმის გავლენა მის უხილავ Stakeholder-ებზე – „ალდაგი-ბისიაი"-ს შემთხვევა: თბილისი. 2013.

აქვე აღსანიშნავია, რომ საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება წარმოადგენდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებისათვის ყველაზე პრობლემატურს.

2010 წლამდე არსებულ სიტუაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი განსხვავება ასევე, მდგომარეობდა იმაში, რომ გახანგრძლივდა სადაზღვევო ხელშეკრულებები. 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3 წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად. იგი განპირობებული იყო იმ გარემოებით, რომ სადაზღვევო კომპანიას დადგენილ ვადაში უნდა მოესწრო საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება, რისთვისაც იგი დროის ამ პერიოდში გარანტირებული უნდა ყოფილიყო მასთან დაზღვეულთა გარკვეული რაოდენობით.

სადაზღვევო ხელშეკრულების გახანგრძლივების შედეგად სადაზღვევო კომპანიის მხრიდან მოსალოდნელი უარყოფითი მხარეების შესამცირებლად შემუშავდა გაძლიერებული კონტროლის მექანიზმები. კერძოდ, დადგინდა, რომ სადაზღვევო კომპანიის მიერ ვაუჩერის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატიური და უხეში დარღვევების დროს მათ შეუწყდებოდათ სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის უფლება. დარღვევების შესახებ წერილობითი დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ამასთან, დაზღვეულთა ინფორმირებულობის ამაღლების მიზნით, კომპანიას დაევალა სადაზღვევო სერტიფიკატში ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ ინფორმაციის მითითება.

ამრიგად, 2010 წელს განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, მნიშვნელოვნად შეიცვალა საბაზრო ურთიერთობები, გარემო, როლები და ფუნქციების გადანაწილება. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარს არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება წაერთვა, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება — თავად აირჩიოს საავადმყოფო, ვინაიდან პაციენტი იძულებული ხდება შემოიფარგლოს მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით. ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ ირღვევა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლები.“[1]

1 თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები.“ საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.

ნახატი 2: ტენდერში გამარჯვებული კომპანიები სამედიცინო რაიონების მიხედვით



წყარო: კითხვები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებთან დაკავშირებით. საზოგადოებრივ განხილვათა მხარდაჭერა. პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისათვის. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო *(USAID)*. თბილისი. 6 მაისი, 2010 წ.

განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, 2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია. სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში.[1] ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძვლად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას.[2]

1 თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები." საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.

2 იქვე. თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი..." გვ. 323-326.

საქართველოში განხორციელებული რეფორმის შემთხვევაში, სახელმწიფო დომინანტურ მდგომარეობაში იმყოფება, რის საფუძველზეც მას შეუძლია კერძო სადაზღვევო მოთამაშეებს უკარნახოს თამაშის ძირითადი პირობები და გავლენა მოახდინოს მათ ქცევაზე. მკვლევარები ამ სპეციფიკურ (ქართულ) ფენომენს უწოდებენ კორპორატიულ პოლიტიკურ პასუხისმგებლობას ("Corporate Political Responsibility"), რომლის დროს მთავრობა მოითხოვს კერძო კომპანიებისაგან პოლიტიკური პასუხისმგებლობის გამოვლენას და შედეგად „ბაზრის რიგითი კერძო მოთამაშე კორპორატიული პოლიტიკური პასუხისმგებლობის ფარგლებში დგება აუცილებლობის წინაშე, შეასრულოს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი და როგორც წესი, მისთვის ფინანსურად საზიანო პოლიტიკურ-ეკონომიკური აქტივობა/საქმიანობა... ამავდროულად, კომპანია სახელმწიფოსგან იღებს სხვადასხვა ტიპის შეღავათებს/წახალისებას, რისი საშუალებითაც მას უნდა გაუადვილდეს თავისი კორპორატიული პოლიტიკური პასუხისმგებლობის შესრულება. ამ ტიპის შეღავათები/წახალისებები შეიძლება იყოს: დამატებითი სახელმწიფო შეკვეთები, სახელმწიფოს მხრიდან პრივატიზების პროცესში კომპანიის პრივილეგირება, ადგილობრივ ბაზარზე კომპანიის მონოპოლისტური პოზიციების ტოლერირება."[1]

სამედიცინო დაზღვევის შეთავაზების ექსკლუზიური უფლება. ხოლო გრძელვადიან პერსპექტივაში, სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების გაფართოვების

2009 წელს მთავრობამ შეიმუშავა ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანიც შემდეგნაირად იქნა ფორმულირებული: „ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევაში მოსახლეობის ინტეგრაციით, რომელიც სახელმწიფოსა და მოქალაქის თანამონაწილეობაზეა დაფუძნებული, გაზარდოს საქართველოს მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა."[2] პროგრამაში მონაწილეობა შეეძლო საქართველოს 3-65 ასაკის მოქალაქეებსა თუ რეზიდენტებს, გარდა სახელმწიფო, ადგილობრივი ან/და ავტონომიური ერთეულის ბიუჯეტის სახსრებით უკვე დაზღვეული მოქალაქეებისა. სადაზღვევო პრემია შედგებოდა „სახელმწიფოს წილისა (სადაზღვევო ვაუჩერის ღირე-

1 Khishtovani George; Pirveli, Erekle (2012): Corporate Political Responsibility (CPR) and its Impact on Firms Financial Performance – Case of Georgian Insurance Sector. Economics and Business (TSU), #5, Sep.-Oct. 2012, 157-182.

2 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №33 2009 წლის 26 თებერვალი.

ბულება) და დამზღვევის წილისაგან";[1] სადაზღვევო ბაზისური წლიური პრემია 60 ლარი იყო, აქედან 40,2 ლარს ფარავდა სახელმწიფო. დაზღვეულს ეძლეოდა საშუალება, აერჩია უფრო ძვირი სადაზღვევო პროდუქტი საკუთარი ხარჯით. ბაზისური დაზღვევა ითვალისწინებდა წელიწადში 8,000 ლარის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელ სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას. მთავრობის მოლოდინი იყო, რომ ამ პროგრამით 300- 500 ათასი პიროვნება ისარგებლებდა. საბოლოოდ პროდუქტი მხოლოდ 122 ათასმა პირმა შეიძინა.[2]

14.4. რეფორმების მესამე პერიოდი – 2013 წლიდან დღემდე

წლიდან წლამდე იზრდებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით მოცული მოსახლეობის რაოდენობა. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1% იყო მოცული, ხოლო 2012 წლისთვის იგი 37.9%-მდე გაიზარდა. თუ ამას დავუმატებთ კერძო და კორპორატიული დაზღვევით მოცულ პირებს (362 663 პირი), მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8%).

მიუხედავად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოებისა, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრებით მიმართვას. აქვე აღსანიშნავია, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.1-ს შეადგენს და ამ მაჩვენებლით საქართველო ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით.

2012 წლის ოქტომბრის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ ახალმა მმართველმა გუნდმა არსებული სახელმწიფო დაზღვევის მოდელი გრძელვადიან პერსპექტივაში არაეფექტურად ჩათვალა, რის შედეგადაც ახალი, ფართომასშტაბიანი რეფორმის მომზადებას შეუდგა.

2013 წლის 28 თებერვლიდან, მთავრობის #36 დადგენილებით, ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №53 2009 წლის 19 მარტი

2 შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

პროგრამა.[1] საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე გახდა 2 300 000 ბენეფიციარი.[2] პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა.[3]

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა თავდაპირველად ითვალისწინებდა მინიმალურ პაკეტით უზრუნველყოფას, რაც გულისხმობდა ოჯახის (ან უბნის) ექიმისა და ექთნის კონსულტაციას, ასევე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას. 2013 წლის 1 ივლისიდან პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში.[4]

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა აზღვევს ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა არადაზღვეულ პირს. პირველად ქვეყნის ისტორიაში სახელმწიფო დაზღვევა გავრცელდება, როგორც ქვეყნის მოქალაქეებზე, ისე პირადობის ნეიტ-

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. 2013 წლის 28 თებერვალი.

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი.

3 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის 6218 დადგენილების ფარგლებში.

4 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. 2013 წლის 28 თებერვალი.

რალური მოწმობის/ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებზე და სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირებზე.[1]

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეებია:

საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები;
საქართველოში მოქალაქეობის სტატუსის არმქონე ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირები, გარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მოსარგებლეებისა (საქართველოს მთავრობის №218 და №165 დადგენილების მოსარგებლეები), 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა და იმ ბრალდებული /მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობაში (საბაზისო პაკეტი). თუ დაზღვეულ მოქალაქეს 1 ივლისის შემდგომ ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდება სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (მინიმალური პაკეტი).[2]

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით. მას შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში. ამასთან, თუ არ მოეწონება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, შეუძლია შეცვალოს რეგისტრაცია 2 თვეში ერთხელ. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას. რაც შეეხება გეგმიური სტაციონარულ მომსახურებას, მის მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად.[3]

---

1 საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები.

2 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის 6218 დადგენილების ფარგლებში.

3 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს.[1]

პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი მომსახურება: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წლის თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება. პარალელურად, აშშ-ის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტის (USAID/HSS) ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ჩატარდა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ და პროვაიდერებისა და მოსარგებლეების ხარისხობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფების დისკუსია) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით.[2]

გამოკითხვის შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეების აბსოლუტური უმრავლესობა (96.4%) კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებით, ხოლო მოსარგებლეების 80.3% კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით; გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა. ასევე მოსარგებლეთა უმრავლესობა მიუთითებს თავისუფალი არჩევანის უფლებაზე, როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ დადებით მხარეზე. გამოკითხულთა 7.6% უკმაყო-

1 სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

2 საქართველოს მთავრობა, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება.

ფილებას ძირითადად გამოთქვამდა სასურველი მომსახურების მიღებამდე ლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობაზე.

ლიტერატურა:

- გამყრელიძე, ა. 2004. ჯანდაცვის მინისტრის მოვალეობის შემსრულებლის ამირან გამყრელიძის მამართვა საქართველოს მოსახლეობას და სამედიცინო საზოგადოებას. მედიცინა, 11 02, Issue 176, pp. 1-32.
- გზირიშვილი დავით. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. თბილისი. 2012.
- თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები". საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.
- კითხვები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებთან დაკავშირებით. საზოგადოებრივ განხილვათა მხარდაჭერა. პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისათვის. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო *(USAID)*. თბილისი. 6 მაისი, 2010 წ.
- საქართველოს ახალგაზრდა ეკონომისტთა ასოციაცია, 2003. ანგარიში სამედიცინო და ფარმაცევტულ სფეროში ლიცენზირებისა და ნებართვის სისტემის შესახებ, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
- ქანთარია ბექა. საქართველოს კონსტიტუციის 37 მუხლის კომენტარი. კონსტიტუციონალიზმის კვლევისა და ხელშეწყობის რეგიონალური ცენტრი. http://constcentre.ge/ka/comments/61/muxli-37.
- ცინცაბაძე თამარ. 2001-2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.
- საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო, 2013. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები.
- საქართველოს კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ" საქართველოს რესპუბლიკის კანონში ცვლილებების შეტანის თაობაზე", 1997 წლის 28 მაისი.№737–IIს.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2003. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2002 წლის ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი.
- საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი, 2012 წელი.
- სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის 6218 დადგენილების ფარგლებში.
- ურუშაძე, რ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, თბილისი, 2002 წ.
- შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.
- ჯანდაცვის სამინისტრო, 2008. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.
- ჯინჯოლავა თენგიზ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეფორმირების სოციალურ-ეკონომიკური ასპექტები. მედიცინა. 23 აგვისტო, 1998 წ.
- ჯორბენაძე, ა. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
- ხიშტოვანი გიორგი. ქართული სადაზღვევო კომპანიების შეფასების თავისებურებანი – 2006-2013 წლის ჯანდაცვის რეფორმის გავლენა მის უხილავ Stakeholder-ებზე – „ალდაგი-ბისიაი"-ს შემთხვევა". თბილისი. 2013.
- Dershem, L., Gzirishvili, D., Roos, A. d. & Venekamp, D., 1996. Food, Nutrition, health, and nonfood vulnerability assessment in Georgia, 1996: household assessment, Tbilisi: ECHO, Save the Children, UNDHA.
- Development of State Health Insurance System in Georgia, Temur Kalandadze, Ioseb Bregvadze, Revaz Takaishvili, Ann Archvadze, Nino Moroshkina, Croatian Medical Journal. http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234065.htm.
- Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G. & MacLehose, L., 2002. Health Care Systems in Transition – Georgia 2002, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Gzirishvili, D., Zoidze, A. & Gotsadze, G., 1997. Health Care Reforms in Georgia, Tbilisi.
- Gotsadze G.; Zoidze A.; Rukhadze N. (2009): Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implication, in: BMC Health Services Research, 9:69.

- Hauschild, T. & Bekrhout, E., 2009. Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study, Tbilisi: Oxfam International. გვ. 9.
- Hou X.; Chao S. (2011): Targeted or untargeted? The initial assessment of a targeted health insurance program for the poor in Georgia, in: Health Policy, vol. 102:2, 278-85.
- Khishtovani George; Pirveli, Erekle (2012): Corporate Political Responsibility (CPR) and its Impact on Firms Financial Performance – Case of Georgian Insurance Sector. Economics and Business (TSU), #5, Sep.-Oct. 2012, 157-182.
- Šarac I, Bagariæ I, Oreškoviæ S, Reamy J, Šimunoviæ V J. Physician requirements for the Croat population in Bosnia and Herzegovina. Croatian Med J 1997; 38:83-7
- The World Bank, 2002. Georgia Public Expenditure Review, Washington, D.C.: The World Bank.
- United Nations Development Fund. Human Development Report: Georgia 1996. Tbilisi: UNDF; 1997.
- World Health Organization. Statistical forms concerning morbidity of tuberculosis and birthrate in Georgia. Tbilisi: WHO; 1998.
- WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004
- Zoidze, Akaki; Rukhadze, Natia; Chkhatarashvili, Ketevan; Gotsadze, George (2012), Health Insurance for Poor – Georgias Path to Universal Coverage, Working Paper: Curatio International Foundation, available online on the following web resource:http://www.curatiofoundation.org/?pg=28&cid=28&id=207.

XV თავი

ჯანდაცვის ლიბერალური მოდელი

15.1. ძირითადი თავისებურებანი

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემას ლიბერალურ (შერეული) მოდელსაც უწოდებენ, რომელიც უპირატესად საბაზრო პრინციპებზეა აგებული და მთავარი ადგილი კერძო სექტორს უკავია, სახელმწიფოს როლი შეზღუდულია, სამედიცინო მომსახურების მიწოდების და დაფინანსების სხვადასხვა მექანიზმები არსებობენ.

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა გამოირჩევა მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებით, ახორციელებს კვლევების და ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ინვესტირებას, რის გამოც წარმოადგენს ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიებისა და მკურნალობის ნოვატორული მეთოდების ლიდერს მსოფლიოში. ასე მაგალითად, კიბოს საწინააღმდეგო საერთაშორისო კავშირმა აშშ ყველაზე საუკეთესოდ აღიარა მსოფლიოში.[1] მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარება ზრდის ინოვაციურ სერვისებზე მოთხოვნას, რაც თავის მხრივ ხარჯების და სადაზღვევო პრემიების ზრდას განაპირობებს.

ჯანდაცვის არცერთ სისტემას არ ჰქონია ისეთი კრიტიკული დამოკიდებულება როგორც ამერიკულს. კრიტიკის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ჯანდაცვის ყველაზე დიდი ხარჯები, რომელიც მთლიანი შიგა პროდუქტის 17%-ს შეადგენს, რაც ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია მსოფლიოში. ამასთან, ჯანმრთელობის მაჩვენებლები ნაკლებია განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე. ექსპერტთა ნაწილის აზრით, ამერიკის ჯანდაცვა არახარჯთეფექტური, მოუწესრიგებელი და არასამართლიანი სისტემაა, სადაც ყველაზე მეტი თანხები იხარჯება ჯანდაცვაზე, და ამავე დროს მოსახლეობის 17% (47 მილიონი) დაუზღვეველია. აშშ ერთადერთი ქვეყანა განვითარებულ ქვეყნებს შორის, რომელიც არ უზრუნველყოფს გარანტირებულ სამედიცინო მომსახურებას ყველა მოქალაქისათვის. ჯანდაცვის და დაზღვევის ხარჯების ზრდა გაცილებით აღემატება შემოსავლების ზრდას. ჯანდაცვაზე კატასტროფული

1 Bailey Kim, Parisi Laura, *Too Great A Burden: Americans Face Rising Health Care Costs* (Washington: Families USA, April, 2009).

ხარჯების გამო არსებობს გაკოტრების მაღალი პერონალური რისკები. ასევე, სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ ფართო შესაძლელობები ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით დისკრიმინაცია გაუწიონ ბენეფიციარებს როგორც დაზღვევამდე, ასევე დაზღვევის შემდეგ (მათ შორის გაწეული სერვისების გადახდაზე უარი). სახელმწიფო პროგრამებზე ხარჯების სწრაფი ზრდა განაპირობებს სახელმწიფო ბიუჯეტის დეფიციტის კრიტიკულ ზრდას, ხოლო გრძელვადიან პერიოდში წარმოადგენს სახელმწიფო ხარჯების ზრდის მთავარ ფაქტორს. მდგომარეობას კიდევ უფრო ართულებს სადაზღვევო ბაზრის მონოპოლიზაცია და შესაბამისად სადაზღვევო პოლისების გაძვირება. დამქირავებლების მიერ შეთავაზებული დაზღვევა ზღუდავს შრომითი რესურსების მობილურობას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ აშშ-ს ჯანდაცვის საერთაშორისო სისტემებში 191 ქვეყნიდან 37 ადგილი მიაკუთვნა.[1] თუმცა, ნაკლებად დამაჯერებელია, რომ კოსტა რიკას, მაროკოს და კვიპროსს შედარებით უკეთესი ჯანდაცვის სისტემები ჰქონდეთ ვიდრე აშშ-ს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ქვეყნებს, სადაც უფრო მეტად კერძო დაზღვევაა განვითარებული, შედარებით დაბალ ქულებს ანიჭებს. ექსპერტთა შეფასებით სხვა ქვეყნებთან შედარებით აშშ-ში სამედიცინო სერვისებზე დაბალი ხელმისაწვდომობაა. თუმცა, მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. მაგალითად, კანადაში ქირურგიული ჩარევის საჭიროებისას მოქალაქეთა 27%-ს 4 თვეზე მეტ ხანს უწევს ლოდინი, ბრიტანეთში პაციენტთა 38%-ს 4-5 თვე სჭირდება. შედარებისათვის, აშშ-ში გაცილებით დაბალია მოცდის დრო.

ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ცოცხლად დაბადებულზე ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ერთერთი მთავარი ინდიკატორს წარმოადგენს. 2008 წლის მონაცემების მიხედვით, ამ მაჩვენებლით აშშ-ს 42 ადგილი უკავია მსოფლიოში.[2] 2006 წლის მონაცემებით 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ცოცლად დაბადებულზე შეადგენდა 6.7-ს, მაშინ როდესაც, განვითარებული ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 4.7-ს, ხოლო სკანდინავიის ქვეყნებს, იაპონიას, ლუქსემბურგს უფრო დაბალი მაჩვენებელი აქვთ.[3]

2007 წლის მონაცემებით, **სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა** აშშ-ში შეადგენს 77.9 წელს, რაც 1.5 წლით ჩამორჩება განვითარე-

1 World Health Organization, The World Health Report 2000, (Geneva: WHO, 2000).

2 World Factbook, 2008. Rank Order: Infant mortality rate. Washington DC: Central Intelligence Agency, 2008.

3 OECD Health Data. 2010.

ცხრილი 1: სხვადასხვა ქვეყნების შედარებითი ანალიზი

	ავსტრალია	კანადა	გერმანია	ახალი ზელანდია	ბრიტანეთი	აშშ
ზოგადი რეიტინგი, 2007	3.5	5	2	3.5	1	6
ხარისხიანი მომსახურება:	4	6	2.5	2.5	1	5
სწორი	5	6	3	4	2	1
უსაფრთხო	4	5	1	3	2	6
კოორდინირებული	3	6	4	2	1	5
პაციენტზე ორიენტირებული	3	6	2	1	4	6
ხელმისაწვდომობა	3	5	1	2	4	6
ეფექტურობა	4	5	3	2	1	6
სამართლიანობა	2	5	4	3	1	6
ხანგრძლივი, ჯანმრთელი და პროდუქტიული სიცოცხლე	1	3	2	4.5	4.5	6
ჯანდაცვაზე დანახარჯები/ერთ სულზე	$2,876	$3,165	$3,005	$2,083	$2,546	$6,102

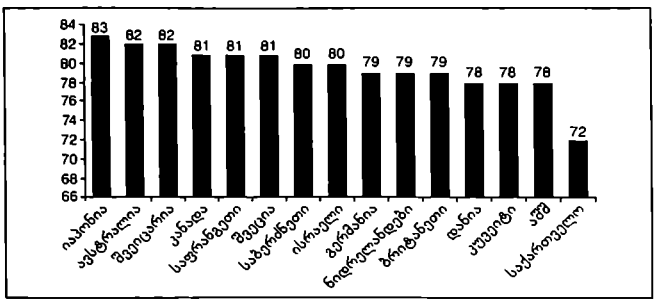
წყარო: Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comperative Performance of American

ბული ქვეყნების მაჩვენებელს (79.4) და 2.8 წლით კანადის მაჩვენებელს (80.7); თუმცა იაპონიას, შვეიცარიას, საფრანგეთს და იტალიას სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა უფრო მაღალი მაჩვენებელი აქვს და კარგა ხანია 80-ს გადააჭარბა.[1] კვლევების მიხედვით, აღნიშნულის მიზეზია ის გარემოება, რომ აშშ-ში ავტოკატასტროფებით და კრიმინალური შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილიანობა მეტია ვიდრე სხვა განვითარებულ ქვეყნებში. მაგალითად, აშშ-ში ამერიკელებში ავტოკატასტროფით გამოწვეული სიკვდილიანობა სამჯერ მეტია ვიდრე კანადაში, კრიმინალური შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილიანობა 10 ჯერ აღემატება სხვა ქვეყნებს.[2]

1 OECD Health Data. 2010.

2 Thomson Prentice, Health, history and hard choices:Funding dilemmas in a fast changing world , WHO, 2006.

ნახატი 1: სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა სხვადასხვა ქვეყნებში

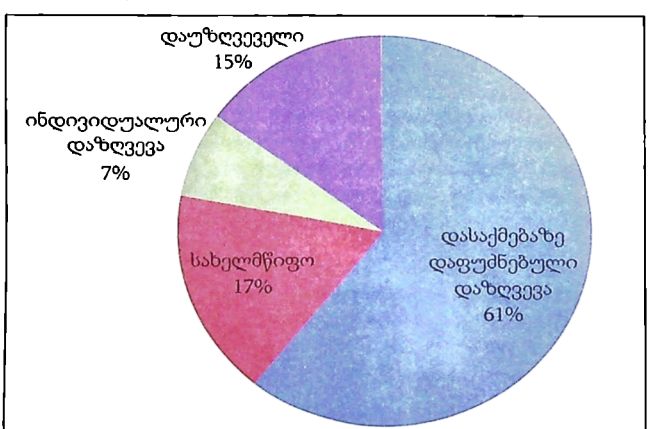


წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

დაზღვეული მოსახლეობა

2006 წლის მონაცემებით ამერიკელთა 86% მოცული იყო სამედიცინო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, მათ შორის დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევით – 64.4%, სახელმწიფო პროგრამით – 18.1%, კერძო, არაჯგუფური დაზღვევით – 7.5%.

ნახატი 2: დაზღვევით მოცული და დაუზღვეველი მოსახლეობა, აშშ, 2006 წ.



ცხრილი 2: 65 წელს ქვეითი ამერიკელთა რაოდენობა და დაზღვეულთა პროცენტი დაზღვევის წყაროს მიხედვით, 1994, 2005 წწ

	1994		2005	
	მილიონი	%	მილიონი	%
დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა	148.1	64.4	159.5	62.0
ინდივიდუალური	17.3	7.5	17.8	6.9
მედიქეა	3.7	1.6	6.5	2.5
მედიქეიდი	29.1	12.7	34.7	13.5
სამხედრო	8.7	3.8	7.7	3.0
დაუზღვეველი	36.5	15.9	46.1	17.9
სულ	229.9	104.9	257.4	105.3

წყარო: Fronstin (2006)

დაუზღვეველი მოსახლეობა

აშშ-ში დაუზღვეველი მოსახლეობა შეადგენს მთლიანი მოსახლეობის 17.9% (46.1 მლნ ადამიანი), 77 მლნ ადამიანს აქვთ ე. წ. „წყვეტილი დაზღვევა", ანუ განსაზღვრულ პერიოდში არ აქვთ არანაირი დაზღვევა (მაგ., სამუშაოს დაკარგვის შემთხვევაში). ამგვარად, აშშ-ში მოსახლეობის თითქმის მესამედისთვის სამედიცინო მომსახურება ნაკლებად ხელმისაწვდომია, ყოველ მე-5 დასაქმებულს არ აქვს დაზღვევა, მოსახლეობის 15%-ზე ნაკლებს აქვს ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების დაზღვევა.

ბევრი დარწმუნებულია, რომ ყველა დაუზღვეველი ღარიბია და შესაძლებლობა არ აქვს შეიძინოს სადაზღვევო პოლისი. თუმცა, არსებობს უამრავი კვლევა, რომლის მიხედვით დაუზღვეველთა შესახებ მონაცემები აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ გავრცელებულ მითს წარმოადგენს.

ნებაყოფლობით დაუზღვეველები. დაუზღვეველთა 38% (18 მილიონი) მაღალშემოსავლიან პირებს განეკუთვნებიან, რომელთა წლიური შემოსავალი 50000$-ს აღემატება[1];[2]. დაუზღვეველთა 17% (10 მილიონი) ცხოვრობს ოჯახებში, რომელთა წლიური შემოსავალი 75000 აღემატება.[3] ასეთ მაღალშემოსავლიან პირებს შესაძლებლო-

1 U.S. Census Bureau, 2008. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007." U.S. Census Bureau. Issued August 2008.

2 Herrick Devon, "Crisis of the Uninsured: 2007," National Center for Policy Analysis Brief Analysis no. 595, September 28, 2007.

3 Pipes Sally C.. The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide, Pacific Research Institute. 2008.

ბა აქვთ შეიძინონ კერძო დაზღვევის პაკეტი, მაგრამ არ ეზღვევიან, რადგან აშშ-ში დაზღვევა ნებაყოფლობითია. მოქალაქეებს კანონი არ ავალდებულებს შეიძინონ დაზღვევა. პირი, რომელსაც არ სურს დაზღვევა, ასეთი ქმედებით ნებაყოფლობით ექცევა რისკის ქვეშ.

დაუზღვეველი პირები, რომელნიც არ არიან აშშ-ის მოქალაქეები. დაუზღვეველთა რაოდენობაში შედიან პირები, რომელთაც საერთოდ არ აქვთ აშშ-ის მოქალაქეობა. მათი რიცხვი 10 მილიონს შეადგენს (დაუზღვეველთა 25%).[1] ასეთ პირებს შეუძლიათ უფასო მკურნალობით ისარგებლონ აშშ-ის გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში.

დაბალშემოსავლიანი დაუზღვეველი პირები. ბოლო მონაცემებით, სიღარიბის ფედერალურ ზღვარს ქვევით 37 მილიონი ამერიკელი იმყოფება, რაც მთლიანი მოსახლეობის 12%-ს შეადგენს.[2] სიღარიბის ფედერალურ ზღვარს ქვევით მყოფი პირებისათვის 1965 წლიდან არსებობს მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც შეუძლიათ უფასოდ მიიღონ სამედიცინო დახმარება. მედიქეიდის პროგრამის მეშვეობით ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცულია ამერიკელთა 25% (54 მლნ. პირი 2005 წ.), ანუ მედიქეიდის პროგრამით სიღარიბის ფედერალურ ზღვარს ქვევით მყოფ პირებზე (37 მილიონი) 17 მილიონი ადამიანით მეტია მოცული.

სტატისტიკური მონაცემებით, დაუზღვეველთა დაახლოებით 15.7%-ის შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარზე ნაკლებია (2002 წ.),[3] ანუ მათზე მოქმედებს მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამა და უფლება აქვთ დაეზღვიონ. თუმცა, ასეთი უფლების მიუხედავად არ ეზღვევიან.

დაუზღვეველი მოსახლეობის სტრუქტურული შემადგენლობის ანალიზისათვის ხელსაყრელ ინფორმაციას იძლევა სიღარიბის ფედერალური ზღვართან მისი მიმართებება. მონაცემების მიხედვით, დაუზღვეველთა ერთი მესამედის (დაახლოებით 15,8%; 2002 წ.) შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 200%-ზე მაღალია (სიღარიბის ფედერალური ზღვარი სამწევრიანი ოჯახისათვის შეადგენს $14,348-ს, 2002 წ.). დაუზღვეველთა დაახლოებით 12.4%-ის შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 100-199% მერყეობს (2002 წ.).[4]

---

1 Pipes Sally C.. The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide, Pacific Research Institute. 2008.

2 U.S. Bureau of the Census, "Historical Poverty Tables." Current Population Survey. Washington, DC, 2010.

3 Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2000, 2002, 2003a, and 2003b.

4 იქვე.

სხვა მონაცემებით, დაუზღვეველი მოსახლეობის 45% სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 100-დან 300%-მდე მერყეობს, 36% სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 100%-ზე ნაკლებია და 19% სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 300%-ზე მაღალია.[1] ფაქტიურად, დაუზღვეველი მოსახლეობიდან 14 მილიონს (დაუზღვეველთა 30%) შესაძლებლობა აქვს დაეზღვიოს მედიქეას, მედიქეიდის ან ბავშვთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში[2];[3]. მიუხედავად სახელმწიფო პროგრამებში დაზღვევის უფლებისა, ისინი ჯერ კიდევ არ დაზღვეულან.

დაუზღვეველთა 12% 18 წლამდე ასაკის პირია, რომელთა მნიშვნელოვან ნაწილს შეუძლიათ მედიქეიდის პროგრამით დაზღვევა (18 წლამდე ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამა).[4] ჯორჯთაუნის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის კვლევის მიხედვით, დაუზღვეველ ბავშვთა 70%-ს (6 მილიონი ბავშვი) უფლება აქვს დაეზღვიოს მედიქეიდის ან ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში.[5] პრობლემა ისევ იმაში მდგომარეობს, რომ მათ არ სურთ სახელმწიფო პროგრამებში დაზღვევის უფლების გამოყენება.

დაუზღვეულთა 48.6%24 წლამდე ახალგაზრდა პირია, რომელთაც კარგი ჯანმრთელი სტატუსის გამო არ სურთ დაზღვევა. ერთერთი კვლევის მიხედვით, ახალგაზრდა ამერიკელთა 27%-ს, რომელთაც უფლება აქვთ დაეზღვიონ მედიქეიდის პროგრამაში, არ არიან დაზღვეულები.[6]

დაუზღვეველ პირთა გარკვეული ნაწილი მხოლოდ მცირე პერიოდშია დაუზღვეველი. კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, დაუზღვეველთა 45%-ს დაზღვევა არ გააჩნდა 4 თვის ან ნაკლები პერიოდის განმავლობაში. დაუზღ-

1 Federal Trade Commission, 2004. Improving Health Care: A Dose of Competition, Department of Justice, Federal Trade Commission, 2004.

2 BlueCross BlueShield Association, "The Uninsured in America," January 2005

3 Blue Cross Blue Shield Association, 2003. "The Uninsured in America," Chicago, Illinois: Blue Cross Blue Shield Association, February 27, 2003.

4 Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2000, 2002, 2003a, and 2003b.

5 Reaching Eligible but Uninsured Children in Medicaid and SCHIP, (Washington DC: Georgetown University Health Policy Institute, Center for Children and Families, March, 2008.

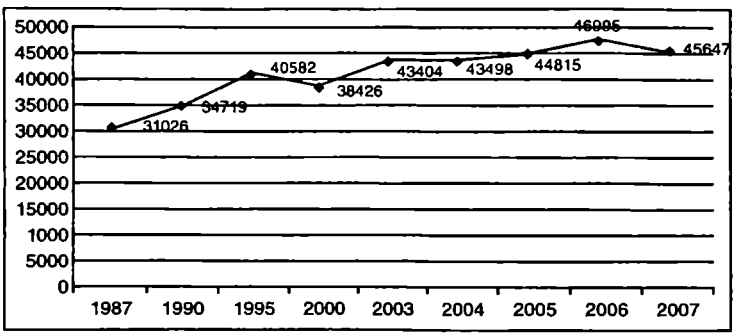
6 Urban Institute, 2001. Medicaid-Eligible Adults Who Are Not Enrolled: Who Are They and Do They Get the Care They Need? Urban Institute, Series A, No. A-48, October 2001.

ვეველთა დაახლოებით 16% (6.9 მილიონი პირი) 2 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში დაზღვევის გარეშე იყო დარჩენილი.[1]

დაზღვევის გარეშე პერიოდი ხშირად დაკავშირებულია სამუშაოს შეცვლასთან ან ოჯახურ მდგომარეობასთან: დაუზღვეველთა 57%-ს არ ჰქონდა სრულგანაკვეთიანი სამუშაო ან ცხოვრობდა ისეთ ოჯახში სადაც არავინ მუშაობდა (1998).[2] დაუზღვეველთა დანარჩენი ნაწილი დასაქმებული ღარიბი პირები შეადგენენ, რომლებიც იმდენად ღარიბები არ არიან, რომ მიიღონ სოციალური დახმარება და გაწევრიანდნენ მედიქეიდის პროგრამაში.

ამგვარად, რომ შევაჯამოთ, დაახლოებით 8 მილიონ დაუზღვეველ პირს ესაჭიროება დაზღვევა და დაუზღვევლობის პრობლემა მოსალეობის სწორედ ამ ნაწილზე უნდა იყოს ფოკუსირებული და არა 45.7 მილიონზე.[3]

ნახატი 3: დაუზღვეველი მოსახლეობის რაოდენობა, ათასებში, აშშ 1987-2007 წწ.



წყარო: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2008 Annual Social and Economic Supplements.

უნდა აღინიშნოს, რომ დაუზღვეველი მოსახლეობა გარანტირებულია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით. მათთვის არსებობს

1 Short Pamela Farley, Deborah R. Graefe, Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured, 22 HEALTH AFFAIRS 244, 247-48 (Nov./Dec. 2003); CBO, supra note 175, at viii fig.S2, 9 tbl.3.

2 Kozhaya Norma, Two myths about the U.S. health care system, MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE, 2005.

3 Pipes Sally C.. The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide, Pacific Research Institute. 2008.

სახელმწიფო საავადმყოფოთა ქსელი (შტატები აფინანსებენ).[1] 1986 წელს მიღებულ იქნა კანონი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შესახებ (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), რომლითაც მთელ მოსახლეობას, მიუხედავად დაზღვევისა, საშუალება ეძლევა ისარგებლოს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით. კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის (Congressional Budget Office) მიხედვით: „დაუზღვეველ მოსახლეობას შეუძლია მიიღოს სამედიცინო დახმარება სახელმწიფო საავადმყოფოებში, ჯანდაცვის სათემო ცენტრებში, ჯანდაცვის ადგილობრივ დეპარტამენტებში ან ვეტერანთა სამედიცინო დაწესებულებებში" (Congressional Budget Office). კანონის შესაბამისად, საავადმყოფოებს უფლება არ აქვთ სამედიცინო დახმარებაზე უარი უთხრან დაუზღვეველ მოსახლეობას.

მხედველობაში მისაღებია ის გარემოებაც, რომ დაუზღვეველებს საქველმოქმედო დახმარებას უწევენ საავადმყოფოები, ექიმები, ინდივიდუალური პირები. ფართოდაა გავრცელებული საქველმოქმედო ორგანიზაციების ქსელი. ჩატარებული კვლევების მიხედვით, დაუზღვეველთა ორმა მესამედმა სამედიცინო დახმარება ყოველგვარი გადახდის გარეშე, უფასოდ მიიღეს.[2] ამგვარად, დაუზღვეველი მოსახლეობის უმეტესობისათვის დაზღვევის გარეშე დარჩენა კატასტროფას არ წარმოადგენს.

15.2. კერძო სამედიცინო დაზღვევა

აშშ-ში კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემით მოსახლეობის უმრავლესობაა მოცული. 2005 წლის მონაცემებით, კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო აშშ-ის მოსახლეობის 68,9%, რომელთა შორის დამსაქმებლებზე დაფუძნებული დაზღვევა შეადგენდა 159,5 მილიონ პირს (62%), ხოლო ინდივიდუალური დაზღვევით 17.8 მლნ პირი (6.9%).

ბენეფიციარებს შესაძლებლობა აქვთ აარჩიონ მათთვის სასურველი სამედიცინო დაზღვევის კომპანია. სადაზღვევო ბაზარზე ფუნქციონირებს დაახლოებით 1000-მდე სამედიცინო დაზღვევის კომპანია და 70 ლურჯი ჯვარისა და ლურჯი ფარის ორგანიზაცია. ამერიკის ჯანმრთელობის მზღვეველთა ასოციაციის მონაცემებით, ასოციაციაში 1300-ზე მეტი სადაზღვევო კომპანიაა გაერთიანებული (America's Health Insurance Plans). მართული ჯანდაცვის სექტორი

1 Docteur Elizabeth. The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform, OECD Working Papers, No. 350, 27 February 2003, p. 7.

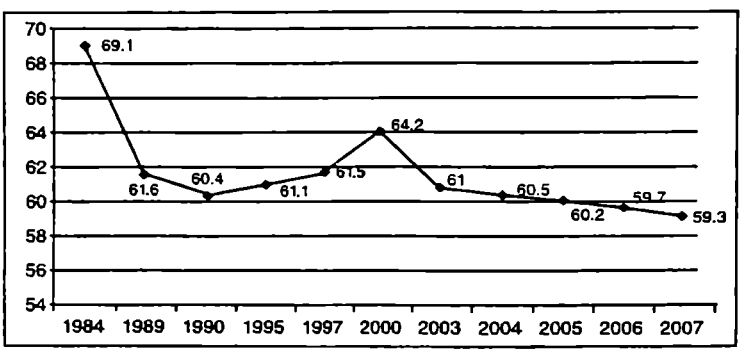
2 Kozhaya Norma, Two myths about the U.S. health care system, MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE, 2005.

მოიცავს დაახლოებით 540 ლიცენზირებულ ჯანდაცვის მხარდამჭერ ორგანიზაციას (HMO) და 922 პრივილეგირებულ პროვაიდერთა ორგანიზაციას (PPO).

15.2.1. დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა

კერძო დაზღვევის ყველაზე გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენს დასაქმებულთა ჯგუფობრივი დაზღვევის სისტემა (Group Health Benefits Plans), რომელსაც დასაქმებაზე დაფუძნებულ დაზღვევას (Employer Based Insurance) უწოდებენ. 2007 წლის მონაცემებით 65 წლამდე ასაკის დაახლოებით 177.4 მილიონი (60%-ზე მეტი) პირი მოცული იყო დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევით.

ნახატი 4: დასაქმებაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაზღვევით 65 წლამდე მოსახლეობის მოცვა, მთლიანი მოსახლეობის %, აშშ 1984-2007 წწ.



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics. Health, United States 2006. CDC/NCHS, National Health Interview Survey, health insurance supplements. 2008

დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა მოიცავს:

მხოლოდ დასაქმებულის, ანუ ერთი პირის დაზღვევა;
დასაქმებულს +1 (ოჯახის ერთი წევრის), ან დასაქმებულს +2 (ოჯახის ორი წევრის) დაზღვევა;
დასაქმებულის მთელი ოჯახის დაზღვევა.

ხშირ შემთხვევაში დამქირავებელი ყველა დასაქმებულს არ აზღვევს. ძირითადად, სრულად დასაქმებულნი არიან დაზღვეულნი. ნაწილობრივ დასაქმებულები საწარმოთა 31%-ს ჰყავთ დაზღვეულები. ხშირ შემთხვევაში, საწარმოებში დასაქმებულთა 80% დაზღვეულია.

დანარჩენი ნაწილი, რომელთა სამუშაო საათების რაოდენობა მინიმალურია, დაზღვევის მისაღებად მოცდის პერიოდი მოქმედებს, ან მაღალი სადაზღვევო შენატანის გამო არ სურს დაზღვევა.

ეკონომიკის ზოგიერთ სექტორში (მაგ. სოფლის მეურნეობა) დაზღვევა შედარებით ნაკლებად არის გავრცელებული. მსხვილი საწარმოების (200-ზე მეტი დაქირავებული) 98% მოცულია სამედიცინო დაზღვევით. საშუალო ზომის საწარმოების (50-დან 200-მდე დასაქმებული), თითქმის 92%-ს გააჩნიათ დაზღვევა, აგრეთვე მცირე საწარმოების (10-დან 25-მდე დასაქმებულები) 73% მოცულია სამედიცინო დაზღვევით.[1]

კანონი არ ავალდებულებს დამსაქმებლებს დააზღვიონ დაქირავებულები, თუმცა დაზღვევის შემთხვევაში სახელმწიფოს გადასახადებზე დაწესებული შეღავათები დაზღვევის სტიმულს იძლევა. კერძო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების მიზნით სახელმწიფო დაინტერესებულია ხელი შეუწყოს მეწარმეებს და გადასახადებზე შეღავათები დააწესოს. კერძოდ, დამქირავებელთა სადაზღვევო ხარჯები განთავისუფლებულია დაბეგვრისაგან. 2009 წელს ასეთი სახის საგადასახადო შეღავათის საერთო თანხამ 175 მილიარდი დოლარი შეადგინა. გადასახადებზე ასეთი სახის შეღავათები წარმოადგენს ფედერალურ სუბსიდიას.

ბენეფიციართათვის დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევის სისტემა (კორპორატიული დაზღვევა) უფრო ხელსაყრელია ვიდრე ინდივიდუალური დაზღვევა, კერძოდ, დამსაქმებლებს (განსაკუთრებით მსხვილ დამსაქმებლებს) ხელსაყრელი მოცვის სარგებლების ხელსაყრელ ფასად ყიდვის უფრო მეტი საშუალება აქვთ ვიდრე ინდივიდუალურ პირებს. აგრეთვე, შესაძლებელია ჯანმრთელობის დაზღვევის სარგებლების სხვა სახის სარგებლებთან (მაგ., სიცოცხლის დაზღვევა) გაერთიანება.

სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას დამქირავებელი ახდენს შეთანხმებას სარგებლის პაკეტზე. დამქირავებელი ირჩევს მაღალი მოცვის ან დაბალი მოცვის სადაზღვევო გეგმებს, მართული ჯანდაცვის გეგმებს (მეტი შეზღუდვებით, მაგრამ მაღალი სარგებლებით და დაბალი ხარჯებით) და ა. შ.[2] ასეთ პაკეტებს ***განსაზღვრული სარგებლების სადაზღვევო გეგმას*** უწოდებენ.

სხვადასხვა სადაზღვევო გეგმების არჩევანის შესაძლებლობა დამოკიდებულია საწარმოთა მოცულობაზე. მსხვილი საწარმოები-

1 Claxton Gary, et al., Employer Health Benefits 2008 Annual Survey (Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, 2008).

2 Riddle Clive, President MCOL The Future of Managed Care An Outline, MCOLE – Seminars, 2000.

დან (დასაქმებულთა რაოდენობა 5000 აღემატება) მხოლოდ 29% ირჩევს სამზე მეტ სადაზღვევო გეგმას და მხოლოდ 42% ორზე მეტ სადაზღვევო გეგმას. საშუალო საწარმოებიდან (დასაქმებულთა რაოდენობა 200-ზე ნაკლებია) მხოლოდ 10% ირჩევს ერთზე მეტ სადაზღვევო გეგმას.

სადაზღვევო პოლისი მოიცავს ჰოსპიტალიზაციას, ექიმების ვიზიტებს, მედიკამენტებს, ამბულატორიულ და სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მომსახურებას.

განსაზღვრული სარგებლების სადაზღვევო გეგმის ალტერნატივას წარმოადგენს ***განსაზღვრული შენატანების სადაზღვევო გეგმა*** (Defined Contribution Insurance Plan). ასეთი გეგმის დროს დამქირავებელი ადგენს თანხის ფიქსირებულ რაოდენობას (განსაზღვრული შენატანი) დაქირავებულთათვის, რომლებიც შემდგომ ამ ფიქსირებული თანხით (განსაზღვრული შენატანი), ასევე დამატებით საკუთარი თანხით შეისყიდიან დაზღვევას. ანუ, ამ გეგმით კომპანიის მიერ გადასახდელი თანხა ფიქსირებულია, ხოლო დადგენილზე ზევით ხარჯების ზრდისას, მას იხდის დასაქმებული. ასეთი გეგმა ხელსაყრელია დაქირავებულთათვის, რადგან მისი ხარჯების შეკავებას უწყობს ხელს. ამავე დროს, შენატანი დაქირავებულთათვის შესაძლოა აღმოჩნდეს არაადექვატურად მაღალი და შესაბამისად არახელსაყრელი.[1]

ბევრი მსხვილი კორპორაციები ცდილობენ დასაქმებულთა დაზღვევას ***თვითფინანსირებადი გეგმების*** (Self-Funded Health Benefits Plans) მეშვეობით. ჯანდაცვის სარგებლების თვითფინანსირებადი (თვითდაზღვევის) გეგმების შემთხვევაში მსხვილი კორპორაციები მთლიანად თავის თავზე იღებენ დაქირავებულთა სადაზღვევო მოცვის ხარჯებზე რისკს. ისინი თვითონ ახდენენ სამედიცინო ხარჯებზე რისკის შეფასებას, თვითონ განსაზღვრავენ საკუთარი თანამშრომლების და მათი ოჯახის წევრებისათვის საჭირო სამედიცინო ხარჯებს.

ზოგი მსხვილი კომპანია თავად ქმნის თვითდაზღვევის გეგმებს, მაგრამ ხელშეკრულებას დებს სადაზღვევო კომპანიასთან. სადაზღვევო კომპანია ახორციელებს ადმინისტრაციულ სერვისებს, პროვაიდერთა ქსელთან სახელშეკრულებო ურთიერთობებს, მოლაპარაკებებს აწარმოებს პროვაიდერებთან სერვისების ფასდაკლებებზე.[2] თითქმის ყველა დამქირავებელი, რომელსაც გააჩნია ჯანდაცვის სარგებლების თვითფინანსირებადი გეგმა ყიდულობს გადაზღვევას კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისგან დასაცავად.

1 Johnson-Lans Shirley, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005.

2 იქვე.

სადაზღვევო პრემიები განსხვავებულია. 2006 წლის მონაცემებით, ყოველთვიური საშუალო სადაზღვევო პრემია მხოლოდ ერთი დაზღვეულისათვის შეადგენდა 354 $-ს, ოჯახური მოცვისათვის – 957 $-ს. დასაქმებულთათვის ყოველთვიური საშუალო სადაზღვევო პრემია მხოლოდ ერთი დაზღვეულისათვის შეადგენდა 52 $-ს, ოჯახური მოცვისათვის – 248 $-ს.

პრემიაში დამქირავებლების წილი ბევრად აღემატება დაქირავებულთა წილს. დამქირავებლები იხდიან დაქირავებულთა საოჯახო პოლისის ღირებულების 73%-ს, ხოლო ერთი პირის სადაზღვევო პოლისში საშუალოდ 84%-ს[1];[2]. დამქირავებელთა მაღალი პროცენტული წილი განპირობებულია სადაზღვევო კომპანიის მრიდან ნეგატიური შერჩევის ლიმიტირებით.

სადაზღვევო შენატანის გარდა დასაქმებულები იხდიან თანაგადახდებს, თანადაზღვევას (coinsurance) და გამოქვითვებს (deductibles). გამოქვითვები წარმოადგენს წლიურ განსაზღვრულ თანხას. ყოველთვიური სადაზღვევო შენატანთან ერთად დაზღვეული ვალდებულია გადაიხადოს გამოქვითვები, რადგან მისი გადახდის შემდეგ იწყება დაზღვევის მოქმედება. ხარჯების შემცირების მიზნით, ბოლო წლებში დამსაქმებლები ირჩევენ ისეთ სადაზღვევო გეგმებს, სადაც მაღალია დასაქმებულთა მხრიდან თანაგადახდები და გამოქვითვები.

გამოქვითვების გადახდა დამოკიდებულია სარგებლების გეგმებზე. ასე მაგალითად, როდესაც დასაქმებული ირჩევს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას, შესაძლოა მას არ დასჭირდეს გამოქვითვების გადახდა. ამავე დროს, როდესაც დასაქმებული ირჩევს უფრო მაღალხარჯიან სადაზღვევო გეგმას, მან უნდა გადაიხადოს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და მაღალხარჯიან სადაზღვევო გეგმას შორის სხვაობის ხარჯები.[3]

მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმები

მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმა (High-Deductible Health Plan – HDHP), ხშირად სამედიცინო შემნახველ ანაბრებთან (Health Savings Account – HSA) არის კომბინირებული. ამ გეგმას მისი მომხრეები უწოდებენ მომხმარებელზე დაფუძნებულ ჯანდაცვის გეგმას

1 Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (Kaiser/HRET), Employer Health Benefits: 2008 Annual Survey (Washington, D.C.: Kaiser/HRET, September 2008).

2 Pipes Sally C.. The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide, Pacific Research Institute. 2008.

3 Johnson-Lans Shirley, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005.

(Consumer Driven Health Plans). მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმები შეიძლება ასოცირებულ იქნას დასაქმებაზე დაფუძნებულ ან ინდივიდუალურად შეძენილ ჯანმრთელობის დაზღვევასთან.

მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმა და სამედიცინო შემნახველი ანაბრები მიღებულ იქნა 2003 წლის მედიქეას მოდერნიზაციის კანონით (Medicare Modernization Act), რაც დაქირავებულებს უფლებას აძლევს გადასახადებიდან გამოქვითულ იქნას როგორც დამქირავებლის, ასევე დაქირავებულის შენატანები და გამოყენებულ იქნას სამედიცინო შემნახველი ანაბრები.

ჯანმრთელი ადამიანებისათვის უფრო მიმზიდველია მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმა და სამედიცინო შემნახველი ანაბრები, რადგან მათ მცირე რაოდენობით სერვისები ესაჭიროებათ და ამასთან, სამედიცინო შემნახველი ანაბრების მეშვეობით შეუძლიათ დააგროვონ თანხები გარკვეული წლების მანძილზე. თუ მილიონობით ჯანმრთელი ადამიანი მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმაში და სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სქემაში გაწევრიანდება, და დატოვებენ ჯანდაცვის ტრადიციულ გეგმებს, მაშინ ტრადიციულ გეგმებში დარჩებიან ჯანმრთელობის მაღალი რისკის ადამიანები, ავადმყოფები, ანუ მაღალხარჯიანი პირები და შესაბამისად, ჯანდაცვის ტრადიციული გეგმები იძულებული შეიქმნებიან გაზარდონ სადაზღვევო პრემიები 60%-ით.[1] მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმა და სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სქემა მოსახლეობას ყოფს დაბალი და მაღალი რისკის გაერთიანებებად, შედეგად, ვერ იმოქმედებს სოლიდარობის პრინციპი, რისკის გადანაწილება დაბალი რისკის ადამიანებიდან მაღალი რისკის ადამიანებზე, რაც გამოიწვევს ამ უკანასკნელთა დაზღვევის ხარჯების მნიშვნელოვან ზრდას.

ავადმყოფი ან დაბალშემოსავლიანი ადამიანებისათვის, რომელთაც ესაჭიროებათ სამედიცინო მომსახურება, ხელმიუწვდომელია მაღალი გამოქვითვის ჯანდაცვის გეგმით დაწესებული გამოქვითვები და თანაგადახდა. უფრო მეტიც, როდესაც პრევენციულ სერვისებზე და ქრონიკული დაავადებებისას ექიმთან ვიზიტებზე დაწესებულია გამოქვითვა და თანაგადახდა, პაციენტს ნაკლები სტიმული აქვს მიმართოს პრევენციულ სერვისებს და ქრონიკული დაავადებისას ექიმთან ვიზიტებს. ჯანდაცვის ზოგიერთ გეგმა ცდილობს შეამციროს ეს პრობლემები, პრევენციული და ქრონიკული მომსახურების სერვისების გათავისუფლებით პაციენტის ხარჯებში

1 Thorpe KE. Medical savings accounts: Design and policy issues. Health Aff. 1995; 14 (3): 254.

თანამონაწილეობისგან,[1] მაგრამ ღარიბთათვის და ავადმყოფთათვის ხარჯების არაპროპორციული ზრდა წარმოადგენს ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას.[2]

15.2.2. ინდივიდუალური დაზღვევა

ინდივიდუალური დაზღვევა შედარებით მცირე როლს თამაშობს სადაზღვევო ბაზარზე. ინდივიდუალური დაზღვევით 17,8 მილიონი ამერიკელია მოცული (მოსახლეობის 6,9%. 2005 წ.). ინდივიდუალური დაზღვევით დაზღვეულთა მცირე წილი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევისაგან განსხვავებით სადაზღვევო შენატანზე არ ვრცელდება საგადასახადო შეღავათი, შესაბამისად იგი ძვირადღირებულს წარმოადგენს.

დაზღვეულები თვითონ ირჩევენ სადაზღვევო გეგმებს, შესაბამისად სადაზღვევო შენატანები განსხვავებულია. სიძვირის გამო ინდივიდუალური დაზღვევა ბენეფიციართათვის ნაკლებად ხელსაყრელს წარმოადგენს. უმეტეს შემთხვევებში, პირებს, რომლებსაც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები აქვთ, მაღალი სადაზრვევო რისკის გამო არ შეუძლიათ შეიძინონ ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. ამ მრივ, გამონაკლის წარმოადგენს ახალგაზრდა და ჯანმრთელი პირები, რომელთათვის ინდივიდუალური დაზღვევა შედარებით იაფია. ბევრ შტატში ხორციელდება ახალგაზრდა და ჯანმრთელი პირების სადაზღვევო პრემიების რეგულირება. თუმცა, ჯანმრთელობის ინდივიდუალური დაზღვევის რეგულირება შედარებით რთულია.

15.3. სახელმწიფო პროგრამები

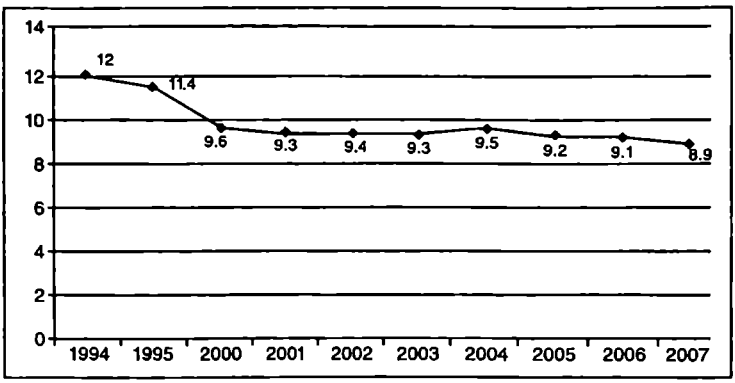
სახელმწიფო პროგრამებით მოცულია მოსახლეობის 27.8% (83 მილიონი) 28, მათ შორის ფედერალური მთავრობის თანამშრომელი და მათი ოჯახის წევრები (9 მლნ.), ხანდაზმული და ინვალიდი (39 მლნ.), მოქმედი/გადამდგარი სამხედრო პირების და მათი ოჯახის წევრები (6 მლნ.), ინდიელი მოსახლეობა (1,9 მლნ.).[3] ფედერალური კანონით სავალდებულოა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ყველასათვის მიუხედავად დაზღვევისა და გადამხდელუნა-

1 Chernew M et al. Value-based insurance design. Health Affairs Web Exclusive. January 30, 2007:w195.

2 Bloche MG. Consumer-directed health care and the disadvantaged. Health AFF. 2007; 26:1315.

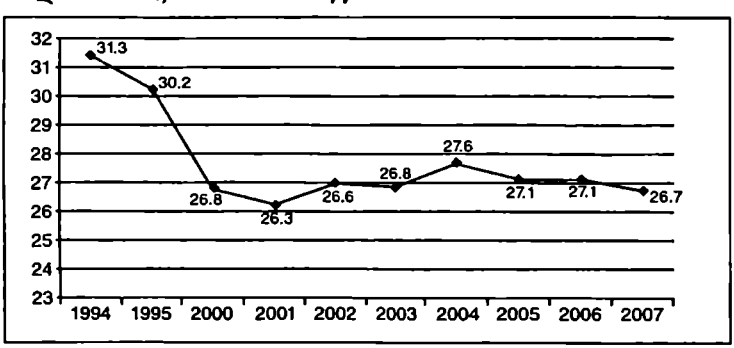
3 Selden Thomas M. Merrile Sing, "The Distribution Of Public Spending For Health Care In The United States, 2002," Health Affairs 27, no. 5 (2008): 349-359.

ნახატი 5: ინდივიდუალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა, მთლიანი მოსახლეობი %, აშშ 1994-2007 წწ.



წყარო: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2008 Annual Social and Economic Supplements.

ნახატი 6: ინდივიდუალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა, მილიონი პირი, აშშ 1994-2007 წწ.

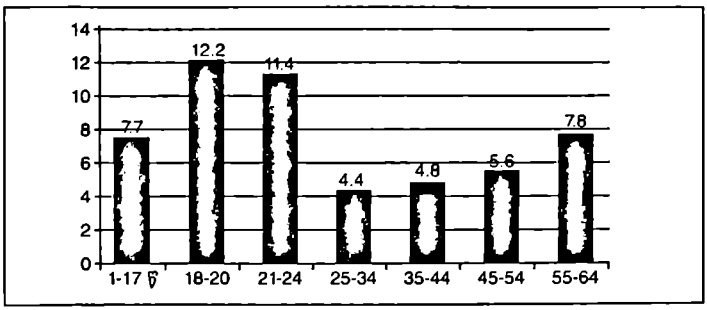


წყარო: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2008 Annual Social and Economic Supplements.

რიანობისა. სახელმწიფო დანახარჯები მთლიანი ჯანდაცვის ხარჯების 45%-დან 56.1%-მდე მერყეობს.[1] თითო სულზე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ერთერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოში.

1 Lee Igel. The History of Health Care as a Campaign Issue, the Physician Executive. may-june, 2008.

ნახატი 7: ინდივიდუალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2004 წ.



წყარო: Fronstin (2005)

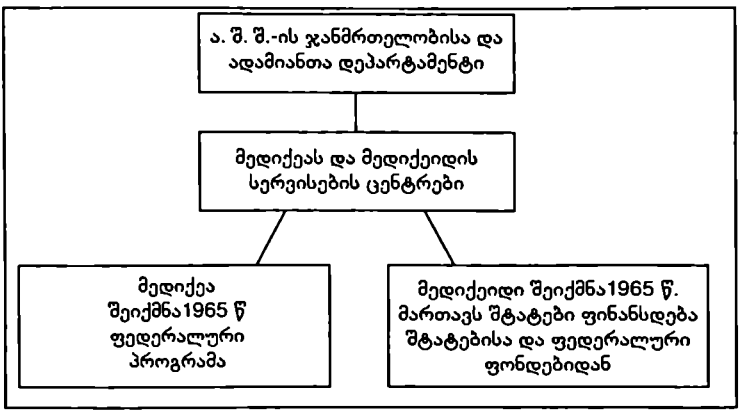
აშშ-ში ფედერალური და შტატების მიერ ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება მოიცავს:

- 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობას, ინვალიდებს (მედიქეა);
- უმწეო მოსახლეობას, მათ შორის ბავშვებს, ორსულებს, ინვალიდებს (მედიქეიდი);
  ვეტერანების და მათი ოჯახების სამედიცინო მომსახურებას;
  18 წლამდე ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას. მოიცავს ღარიბ ბავშვებს, რომლებიც ვერ მოხვდნენ მედიქეიდის პროგრამაში (State Children's Health Insurance Program);
  ინდიელი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება (1,9 მილიონი პირი);
  ფედერალური მოსამსახურეების დაზღვევა, მათ შორის სამხედრო მოსამსახურეები (Federal Employees Health Benefits – FEHB – FEHB)
  კვლევების და სანიტარული განათლების დაფინანსებას;
  ჯანდაცვის ადგილობრივი ცენტრების, სახელმწიფო საავადმყოფოების დაფინანსებას;
  ღარიბ და არასაკმარისად განვითარებული ჯანდაცვის სისტემის რაიონებში სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

მედიქეას, მედიქეიდის, ბავშვთა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების მართვას ახორციელებს მედიქეას და მედიქეიდის სერვის ცენტრები (Centres for Medicare and Medicaid Services – CMS) რომელიც ექვემდებარება ჯანმთელობის და ადამიანთა სერ-

ვისების დეპარტამენტს (Department of Health and Human Services – HHS).

ნახატი 8: სახელმწიფო პროგრამების მართვა



15.3.1. მედიქეა

მედიქეას პროგრამა პრეზიდენტმა ლინდონ ჯონსონმა შემოიღო 1965 წლის 30 ივლისს. თავდაპირველად იგი მოიცავდა 65 წლის და მას ზევით მოსახლეობას. 1972 წლიდან პროგრამას დაემატა 65 წელს ქვემოთ შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანები (ინვალიდები).

მედიქეა სოციალური დაზღვევის ფედერალურ პროგრამას წარმოადგენს. 65 წლის და მას ზევით მოსახლეობა, რომელიც ჩართულია სოციალური დაცვის სისტემაში, მასზე ავტომატურად ვრცელდება მედიქეას პროგრამა. პროგრამით მოცულია აშშ-ის ნებისმიერი მოქალაქე:

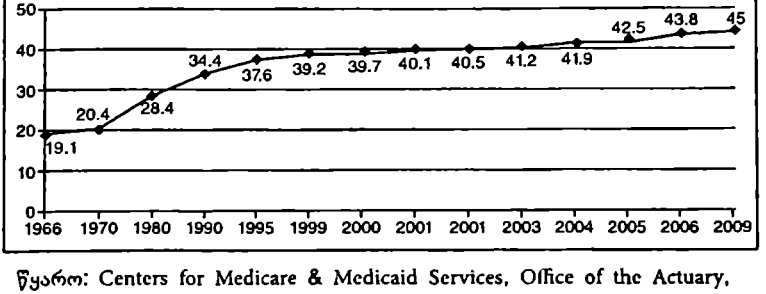
65 წელს და მას ზევით ასაკის;
65 წელს ქვემოთ ინვალიდები რომლებიც იღებენ სოციალური უზრუნველყოფის დაზღვევას ინვალიდობის გამო (2 წლიანი მოცდის პერიოდის შემდეგ),
თირკმლის უკმარისობის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პირები (რომლებიც საჭიროებენ ჰემოდიალიზს ან თირკმლის გადანერგვას მაშინვე ერთვებიან პროგრამაში როგორც კი მიიღებენ სოციალური უზრუნველყოფის დაზღვევას.

ბენეფიციარების უმრავლესობა ჩართულია როგორც მედიქეას ასევე მედიქეიდის პროგრამებში (დუალური მოცვის უფლება),

რაც იმას ნიშნავს, რომ ზოგიერთ შტატში შემოსავლების გარკველ ზღვარს ქვემოთ მყოფ ბენეფიციარებზე მედიქეიდი იხდის მედიქეას ჯანმრთელობის დაზღვევის (Part B) და რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის (Part D) პროგრამების პრემიებს.

2009 წლის მონაცემებით, მედიქეას პროგრამით მოცული იყო 45 მილიონი ამერიკელი, რომელთა შორის 38 მილიონი 65 წელს ზევით მოსახლეობაა, ხოლო 7 მილიონი – შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანები (ინვალიდები). ზოგიერთი მკვლევარის ინფორმაციით 2031 წელს მედიქეას პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობა 77 მილიონს გადააჭარბებს.

ნახატი 9: მედიქეაში დაზღვეულთა რაოდენობა, მილიონი პირი. 1970-2009 წწ.



წყარო: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, Medicare and Medicaid Cost Estimates Group, Medicare Administrative Data.

მედიქეას, მედიქეიდის, ბავშვთა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების მართვას ახორციელებს მედიქეას და მედიქეიდის სერვის ცენტრები (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), რომელიც თავის მხრივ წარმოადგენს ჯანმთელობის და ადამიანთა სერვისების დეპარტამენტის (Department of Health and Human Services (HHS) ნაწილს. გააჩნია ათი რეგიონული ოფისი (ცენტრალური + 9 რეგიონული), სადაც 4 500 მუშაკია დასაქმებული.

სოციალური უსაფრთხოების ადმინისტრაცია პასუხისმგებელია განსაზღვროს მედიქეაში დასაზღვევი კონტიგენტი და სადაზღვევო პრემიების მოცულობა. მედიქეას და მედიქეიდის სერვის ცენტრის (CMS) მთავარი აქტუარები ვალდებულები არიან მედიქეას მეურვეთა საბჭოს წარუდგინონ პროგრამის ფინანსური მდგომარეობის შესახებ ანგარიში.

მედიქეას პროგრამის სხვადასხვა ნაწილები ფარავს სპეციფიკურ სერვისებს. მედიქეას პროგრამა ოთხი ნაწილისგან შედგება:

- ჰოსპიტალური დაზღვევა (ნაწილი A)

ჯანმრთელობის დაზღვევა (ნაწილი B)
მედიქეას ხელსაყრელი გეგმა (ნაწილი ჩ)
რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა (ნაწილი D)

თავდაპირველად იგი შედგებოდა მხოლოდ 2 ნაწილისაგან: ნაწილი „ა" (ჰოსპიტალური დაზღვევა) და ნაწილი „ბ" (ჯანმრთელობის დაზღვევა). მედიკამენტებით უზრუნველყოფა მხოლოდ განსაკუთრებული შემთხვევების დროს ხორციელდებოდა.

1997 წელს მიღებული კანონის (Balanced Budget Act) შესაბამისად, მედიქეას ბენეფიციარებს საშუალება აქვთ მიიღონ დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის გეგმებით. რის შედეგად ჩამოყალიბდა „დამატებითი სამედიცინო დაზღვევის გეგმა" (ნაწილი C), ანუ „მედიქეა + არჩევანის" ("Medicare+Choice") გეგმა, რომელიც 2006 წლის 1 იანვრიდან ცნობილია როგორც მედიქეას ხელსაყრელი გეგმა (Medicare Advantage – MA). 2003 წლის 8 დეკემბერს კონგრესმა მიიღო „მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესების და მოდერნიზაციის კანონი" (Medical Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act), რომელიც ძალაში შევიდა 2006 წლის 1 იანვარს.

2004 წლიდან „მედიქეას ხელსაყრელი გეგმა" (Part C) გაიყო ორ ნაწილად: ნაწილი B და ნაწილი D. ნაწილი B (ჯანმრთელობის დაზღვევა) მოიცავს ექიმთა სერვისებს, ამბულატორიულ სერვისებს, ნაწილი D (რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა) მოიცავს მედიკამენტებით უზრუნველყოფას.

2004 წლიდან ნაწილი D, წარმოდგენილი იყო გარდამავალი დახმარების ანგარიშგების გეგმის სახით (Transitional Assistance Account), რომელიც გამოიყენებოდა როგორც გარდამავალი ეტაპი პროგრამით განსაზღვრული სარგებლის უზრუნველსაყოფად დაბალშემოსავლიანი ბენეფიციარებისათვის (მოქმედებდა 2004-2005 წლებში). 2006 წლის 1 იანვრიდან მოქმედება დაიწყო მედიქეას გამოწერილი მედიკამენტების ანგარიშგების გეგმამ (Medicare Prescription Drug Account).

ჰოსპიტალური დაზღვევა (Part A) – სავალდებულოა და ავტომატურად ვრცელდება 65 წლის და უფროსი ასაკის ამერიკელ მოქალაქეებზე.

მედიქეას დაზღვეულები, რომლებიც გაწევრიანებამდე 10 და მეტი წლის განმავლობაში იხდიდნენ ფედერალურ სადაზღვევო გადასახადებს, „ა" პაკეტის სარგებლობისათვის განთავისუფლებული არიან სადაზღვევო პრემიების გადახდისაგან. პირები, რომლებიც გაწევრიანებამდე 10 წლის და მეტი ხნის განმავლობაში არ იხდიდ-

ნენ შენატანებს, შეუძლიათ ნებაყოფლობით შეიძინონ მედიქეას A ნაწილი პროგრამა, თუ ისინი აკმაყოფილებენ შემდეგ მოთხოვნებს:

არიან 65 წლის ან ზევით ასაკის პირები და B ნაწილით დაზღვეულები, ცხადია აშშ-ის მოქალაქეები;
არიან 65 წელს ქვემოთ ასაკის შრომისუუნარო, ინვალიდი პირები და A ნაწილით დაზღვევა შეუწყდათ სამუშაოს შეწყვეტის გამო.

ამ შემთვევაში A ნაწილით დაზღვევის თვიური შენატანი შეადგენს 461 დოლარს (2010 წლის მიხედვით) (WHO, 2008).

ბენეფიციართა უმრავლესობა ავტომატურად ხდება მედიქეას A ნაწილის მფლობელი. ბენეფიციარი, რომელსაც სარგებელი აქვს სოციალური უსაფრთხოების სისტემიდან ან სარკინიგზო საპენსიო სისტემიდან (Railroad Retirement Board – RRB) 65 წლის ასაკში ავტომატურად ხდება მედიქეას A ნაწილის მფლობელი. თუ ბენეფიციარი 65 წელზე ნაკლები ასაკის შრომისუუნარო პირია, ავტომატურად ხდება მედიქეას A ნაწილის მფლობელი სოციალური დაცვის სისტემიდან სარგებლის მიღების ან სარკინიგზო საპენსიო სისტემიდან შრომისუუნარობის სარგებლის მიღების შემდეგ (24 თვე). ბენეფიციარი ხდება მედიქეას წევრი 65 წლის შესრულებამდე 3 თვით ადრე, ან შრომისუუნარობის 25 თვეზე. თუ ბენეფიციარს აქვს ამიოტროფული ლატერალური სკლეროზი, ავტომატურად ხდება მედიქეას A ნაწილის მფლობელი შრომისუუნარობის სარგებლის მიღებისთანავე, იმავე თვეში.[1]

ჰოსპიტალური დაზღვევის (Part A) პროგრამა ფარავს:

სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას – სტაციონარული გადაუდებელი და გეგმიური სამედიცინო დახმარება, რეაბილიტაცია, ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება, ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება, კვება, მედიკამენტები;
მედდის სახლებში სტაციონარული დახმარება (არა სამეურვეო ან ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება) – კვება, კვალიფიციური მედდის და რეაბილიტაციური სერვისები;
პალიატიური ზრუნვის სერვისები – მოიცავს პაციენტებს ტერმინალური დაავადებებით. მოიცავს ტკივილგამაყუჩებელ და სიმპტომატურ მედიკამენტებს; სამედიცინო, მედდის, და სოციალურ სერვისებს; სამედიცინო დახმარების გაწევა შესაძლებელია როგორც საკუთარ სახლში, ასევე მედდის სახლებში, ან მედიქეას მიერ განსაზღვრულ დაწესებულებაში;

1 WHO, 2008. „Core Health Indicators; The latest data from multiple WHO sources," World Health Organization, 2008.

ბინაზე სამედიცინო დახმარებას – მოიცავს სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე მედდის მომსახურებას, მეტყველების აღდგენით ან უწყვეტ პროფესიულ თერაპიას, სამედიცინო სოციალურ სერვისებს;

მედიქეას ჰოსპიტალური დაზღვევა (Part A) ითვალისწინებს ბენეფიციართა მხრიდან გარკვეულ თანაგადახდებს, თანადაზღვევას. თუ ბენეფიციარს გააჩნია მედიქეას ხელსაყრელი გეგმა (ნაწილი C; Medicare Advantage Plan), ხარჯები განსხვავებულია გეგმების მიხედვით და შესაძლოა ქვემოთ მოცემულ გადახდებზე მეტი ან ნაკლები ჰქონდეს გადასახდელი.[1]

სამედიცინო დაზღვევა (Part B) – პირები, რომლებიც ღებულობენ სარგებელს სოციალური დაცვის სისტემიდან, უმრავლეს შემთხვევაში, 65 წლის დადგომისას ავტომატურად ხდებიან მედიქეას B ნაწილის მფლობელები. თუ ბენეფიციარი 65 წელზე ნაკლები ასაკის შრომისუუნარო პირია, ავტომატურად ხდება მედიქეას B ნაწილის მფლობელი სოციალური დაცვის სისტემიდან სარგებლის მიღების შემდეგ.[2]

სამედიცინო დაზღვევა (Part B) მოიცავს სამედიცინო მომსახურების იმ სახეებს, რომლებიც არ შედის Part A-ში, კერძოდ: სასწრაფო სამედიცინო დახმარება – სამედიცინო ჩვენებისას ტრანსპორტირება საავადმყოფოში ან კვალიფიციური მედდის მოვლის დაწესებულებებში; ამბულატორიული ქირურგიული დახმარება ამბულატორიული ქირურგიის ცენტრები; სხვადასხვა სახის სკრინინგები (კარდიოვასკულარული, კოლორექტალური სიმსივნის, დიაბეტის...).

მედიქეას ხელსაყრელი გეგმა (Part C) – 1997 წელს მიღებული კანონის (Balanced Budget Act) შესაბამისად, მედიქეას ბენეფიციარებს საშუალება აქვთ მიიღონ მედიქეას სარგებელი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის გეგმებით (მართული ჯანდაცვის გეგმები). ეს პროგრამები ცნობილია, როგორც მედიქეას დამატებითი დაზღვევის ან „მედიქეა + არჩევანის" („Medicare+Choice") გეგმა. 2003 წელს მიღებული კანონის (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act) შესაბამისად, „მედიქეა + არჩევანის" ("Medicare+Choice") გეგმა ცნობილია, როგორც მედიქეას ხელსაყრელი გეგმა (Medicare Advantage – MA).

2004 წლიდან მედიქეას უპირატესობის გეგმა გაიყო ორ ნაწილად: ნაწილი B და ნაწილი D. ნაწილი B მოიცავს ექიმთა სერვისებს, ამბულატორიულ სერვისებს, ნაწილი D მოიცავს მედიკამენტებით უზრუნველყოფას.

1 WHO, 2008. „Core Health Indicators; The latest data from multiple WHO sources," World Health Organization, 2008.

2 იქვე.

რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა (Part D). იგი წარმოადგენს მედიქეას უპირატესობის გეგმის (Part C) ნაწილს და მოიცავს პროგრამით განსაზღვრული, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურებას (Medicare Advantage Prescription Drug plan – MAPD). მედიქეას ეს ნაწილი ძალაში შევიდა 2006 წელს მიღებული კანონის (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act) შესაბამისად. ბენეფიციარი, ვინც ფლობს მედიქეას „ა" და „ბ" ნაწილებს, უფლება აქვთ ჩაერთონ ამ პროგრამაშიც.

მედიქეას „ა" და „ბ" ნაწილებისაგან განსხვავებით „დ" ნაწილით მოცვა არ არის სტანდარტული. პაკეტის შერჩევა ხდება იმის მიხედვით, თუ რომელი პრეპარატების ან პრეპარატთა ჯგუფების ღირებულების დაფარვა სურს ბენეფიციარს. არჩევანი არის თავისუფალი. გამონაკლისს წარმოადგენს გარკვეული პრეპარატები (ბარბიტურატები, ბენზოდიაზეპინები), რომელთა დაფარვაც არ ხორციელდება.

მედიქეას პროგრამა არ მოიცავს სამედიცინო მომსახურების შემდეგ სახეებს: სმენის აპარატები, ოფთალმოლოგიური და სტომატოლოგიური მომსახურების უმრავლესობა, ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურება ბინაზე ან მოხუცებულთა სახლებში, აშშ-ს გარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების უმეტეს ნაწილი, აკუპუნქტურა, კოსმეტოლოგიური და ესთეტიკური ქირურგია.

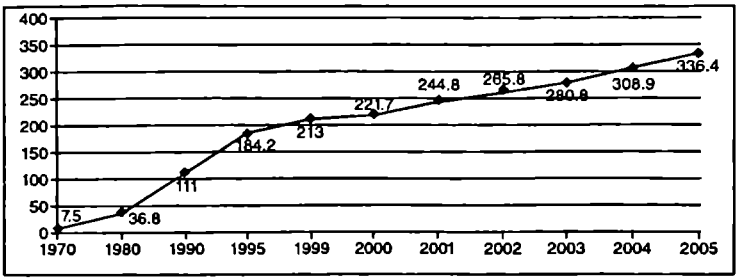
დაფინანსება

მედიქეა სოციალური დაზღვევის სისტემის ნაწილია. სოციალური უზრუნველყოფის ორგანიზაცია აფინანსებს როგორც ფედერალურ საპენსიო სისტემას, ასევე მედიქეას პროგრამას. 1954 წელს მიღებული კანონების Federal Insurance Contributions Act (FICA), Self-Employment Contributions Act) შესაბამისად, სავალდებულო სოციალური გადასახადი შეადგენს ხელფასის 7.65%-ს, რომელსაც თანაბრად იხდიან დაქირავებულები და დამქირავებლები (ერთად შეადგენს 15.3%-ს). აღნიშნული თანხიდან 1.45% (დაქირავებულები და დამქირავებლები თანაბრად, ორივე ერთად 2,9%) ირიცხება მედიქეას პროგრამისათვის. თვითდასაქმებულები და მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებიც იგივე ზომის სოციალურ გადასახადს იხდიან – შემოსავლების 15.3%-ს, რომლის 2,9% ირიცხება მედიქეას პროგრამაზე.

დამქირავებლების და დაქირავებულების სავალდებულო გადასახადებით ფინანსდება ჰოსპიტალური დაზღვევა (Part A) და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევის (Part B) 75%. დანარჩენი ნაწილი ფინანსდება სადაზღვევო პრემიების მეშვეობით. მოსახლეობის ზოგიერთი ნაწილი კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან ყიდულობს

მედიქეას დამატებით პოლისებს, რომლითაც ხორციელდება იმ მომსახურებებით უზრუნველყოფა, რასაც არ მოიცავს მედიქეას პაკეტი. მედიქეას ხელშეკრულება აქვს გაფორმებული ადგილობრივ სადაზღვევო კომპანიებთან.

ნახატი 10: მედიქეას დანახარჯები, მილიარდი $, აშშ, 1970-2005 წწ.



წყარო: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, Medicare and Medicaid Cost Estimates Group, Medicare Administrative Data

ჯანდაცვის მზარდი ხარჯების და მოსახლეობის დაბერების გამო წლიდან წლამდე იზრდება დეფიციტი. 2006 წელს კონგრესში წარმოდგენილ მოხსენებაში აღნიშნული იყო, რომ მედიქეას მზარდი ხარჯების გამო 2018 წლისათვის იგი ამოწურავდა რესურსებს და შეწყვეტდა არსებობას. თუმცა, ასეთი სახის მოსაზრებები ადრეც არსებობდა და მედიქეას გაკოტრებას 2005 წლისთვისაც უწინასწარმეტყველებდნენ. 2007 წლის აგვისტოში, კონგრესმა ხმა მისცა შეემცირებინათ მედიქეას დაფინანსება და ამ თანხებით განევითარებინათ ბავშვთა დაზღვევა. მაგრამ სენატმა უარი თქვა შემოთავაზებულ პროექტზე.

ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსება

1983 წლის ჩათვლით, მედიქეა, ისევე როგორც მზღვეველთა უმეტესი ნაწილი, პროვაიდერთა დაფინანსებას ახორციელებდა სერვისების მიხედვით ანაზღაურების რეტროსპექტული მეთოდით (Fee-for-service), რომელიც დამოკიდებული იყო ჩატარებული სერვისების რაოდენობაზე და სახეებზე. ამ მეთოდით ანაზღაურებისას პროვაიდერებს გააჩნიათ სერვისების მოცულობის გაზრდის სტიმული. 1983 წლიდან დანერგილ იქნა დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებებით (DRG) ანაზღაურების მეთოდი.

აშშ-ის ფედერალური მთავრობა დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) საფუძველზე წინასწარ ადგენს ჰოსპიტალური

მკურნალობის პაკეტის ანაზღაურების ფასებს (ექიმების კუთვნილი ხელფასის გამოკლებით). თუ სტაციონარს შეუძლია უზრუნველყოს მკურნალობა DRG-ით გათვალისწინებულზე ნაკლებ ფასში, მაშინ სხვაობა რჩება სტაციონარს; თუ სტაციონარში მკურნალობის ღირებულება აჭარბებს წინასწარ განსაზღვრულ ფასს, მაშინ განსხვავების ანაზღაურებას სტაციონარი იღებს თავის თავზე.

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებებით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა. სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი არ არის დაინტერესებული პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივებით, რადგან იგი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად, შესაბამისად, ხარჯები პროგნოზირებადია.

ამბულატორიული სერვისების დაფინანსება

2000 წლამდე მედიქეას „ბ" პაკეტით (ამბულატორიული სერვისები) ექიმების ანაზღაურება ხორციელდებოდა ჩატარებული პოცედურების დანახარჯების მიხედვით. 2000 წლიდან იგი შეიცვალა ამბულატორიული პროსპექტული ანაზღაურების სისტემით, რომელიც ეფუძნება ამბულატორიული ანაზღაურების კლასიფიკაციას, სადაც ამბულატორიული სერვისები დაჯგუფებულია 750 პროცედურად. თითოეულ პროცედურაზე განსაზღვრულია საშუალო ღირებულება. ასეთი მეთოდი დაინერგა აგრეთვე სპეციალიზირებული მედდის დაწესებულებებში და ბინაზე სამედიცინო მომსახურებაზე. აღნიშნული ანაზღაურების მეთოდების დანერგვით მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვის ხარჯები.

15.3.2. მედიქეიდის პროგრამა

მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამა შეიქმნა 1965 წელს მედიქეას პროგრამასთან ერთად. იგი ემსახურება დაბალშემოსავლიან და ღარიბ მოსახლეობას. პროგრამას ახორციელებენ შტატები, თუმცა დაფინანსებაში შტატების მთავრობებთან ერთად მონაწილეობს ფედერალური ხელისუფლება.

მედიქეიდი ვრცელდება ღარიბთა ოჯახის წევრებზე: ბავშვები და ორსული ქალები, ასაკოვანი პირები, უსინათლოები, მშობლის ზრუნვას მოკლებული ბავშვები, უმუშევარ მშობელთა ბავშვები, ან ბავშვები, რომელთა მხოლოდ ერთი მშობელი მუშაობს, უმუშევარი 21 წლამდე ახალგაზრდები, ინვალიდები, ზოგიერთი დაავადებებით ავადმყოფები (ტუბერკულოზი, სიმსივნის ზოგიერთი ფორმა).

ფედერალური კანონი ადგენს მედიქეიდის პროგრამის სტანდარტს, რომლის განხორციელება სავალდებულოა, ასევე მედიქეიდის პროგრამით დასაზღვევ მოსახლეობის კატეგორიებს. შტატებს უფლება აქვთ სავალდებულოდ დადგენილი კატეგორიის ზევით მოსახლეობის სხვა ჯგუფები მოიცვან. შედეგად სამედიცინო დახმარების მიღების პირობები, მოცვა, სარგებელი და ანაზღაურება სხვადასხვა შტატში ძლიერ განსხვავებულია, ცხადია, საერთო ფედერალური პირობების ჩარჩოებში.

ბოლო მონაცემებით, სიღარიბის ფედერალურ ზღვარს ქვევით 37 მილიონი ამერიკელი იმყოფება (მთლიანი მოსახლეობის 12%).[1] მედიქეიდის პროგრამის მეშვეობით ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცულ იქნა ამერიკელთა 25% (54 მლნ. ადამიანი – 2005 წ.), მათ შორის 29.5 მლნ. ბავშვები და 15 მლნ. მოზრდილები დაბალ შემოსავლიანი ოჯახებიდან, 6.1 მლნ. მოხუცი და 8.3 მლნ ინვალიდი.

მედიქეიდის პროგრამით ხორციელდება აგრეთვე მედიქეარის ბენეფიციარებისთვის სამედიცინო დახმარება (მედიქეარის ბენეფიციართა 19% – 8.8 მლნ. ხანდაზმული და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირია), ხანგრძლივი მოვლისთვის დახმარება (1 მლნ. საექთნო სახლებში და 28 მლნ. სათემო სახლებში მყოფთათვის). მათთვის, ვინც დაზღვეულია როგორც მედიქეიდში, ასევე მედიქეაში, მედიქეა წარმოადგენს მთავარ გადამხდელს, მედიქეიდი კი აფინანსებს თანაგადახდას, იმ სერვისებს, რომლებიც არ შედის მედიქეას სარგებლის პაკეტში (მაგალითად ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება). ამასთან, მედიქეიდი წარმოადგენს ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების ერთადერთ დამფინანსებელს, რადგან ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება არ შედის მედიქეას პროგრამაში და ბევრ კერძო სადაზღვევო გეგმებში.

ხარჯების ზრდის შესამცირებლად შტატებმა მედიქეიდის ბენეფიციართათვის კონტრაქტები გააფორმეს კერძო მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან. 1999 წელს პროგრამის ბენეფიციართა ნახევარზე მეტი მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებში იყვნენ გაწევრიანებულნი.[2]

მედიქეიდი არ ვერ ფარავს მკურნალობის ყველა ხარჯებს. მედიქეიდის პროგრამით ფედერალური მთავრობის ხარჯები მერყეობს 50-დან 83%-მდე. ღარიბ შტატებზე ფედერალური მთავრობის წილი შეადგენს საერთო ხარჯების 80%-ს.

ზოგი კვლევების მიხედვით, მედიქეიდის პროგრამა არაიშვიათად მოიცავს იმ პირებსაც რომლებიც სიღარიბის ზღვარს გაცი-

1 Medicare at a Glance, The Miami Herald, August 3, 2008.

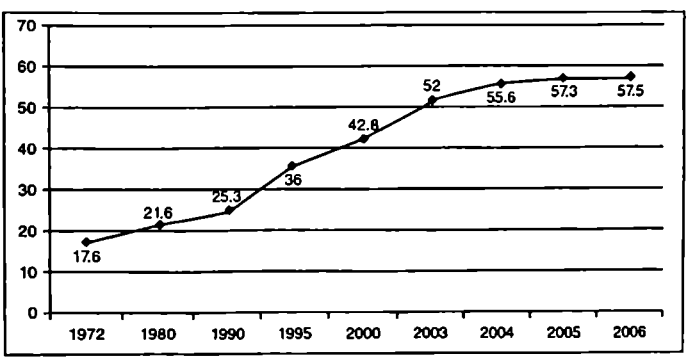
2 Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2000, 2002, 2003a, and 2003b.

ცხრილი 3: სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფი მოსახლეობის რაოდენობა, 1970-2007 წწ.

წელი	მოსახლეობა			18 წლამდე			18-64 წლის			65 წლის და ზევით		
	სულ ათასი	სიღარიბის ზღვარს ქვევით		სულ ათასი	სიღარიბის ზღვარს ქვევით		სულ ათასი	სიღარიბის ზღვარს ქვევით		სულ ათასი	სიღარიბის ზღვარს ქვევით	
		რა-ბა ათასი	%		რა-ბა ათასი	%		რა-ბა ათასი	%		რა-ბა ათასი	%
1970	202183	25420	12.6	69159	10440	15.1	113554	10187	9.0	19470	4793	24.6
1980	225027	29272	13.0	62914	11543	18.3	137428	13858	10.1	24686	3871	15.7
1990	248644	33585	13.5	65049	13431	20.6	153502	16496	10.7	30093	3658	12.2
2000	278944	31581	11.3	71741	11587	16.2	173638	16671	9.6	33566	3323	9.9
2005	293135	36950	12.6	73285	12896	17.6	184345	20450	11.1	35505	3603	10.1
2007	298699	37276	12.5	73996	13324	18	187913	20396	10.9	36790	3556	9.7

წყარო: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplements; DeNavas-Walt C, Proctor BD, Smith JC. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007. Current Population Reports, Series P-60, No 235. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 2008.

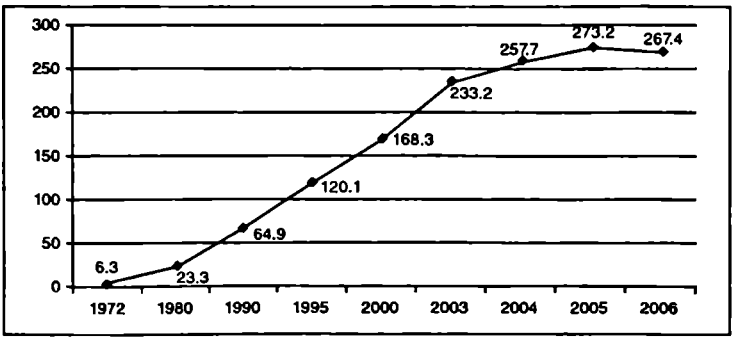
ნახატი 11: მედიქეიდით მოსახლეობის მოცვა, მილიონი პირი, აშშ 1972-2006 წწ



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2008.

ლებით ზევითაა და აუცილებლობას არ წარმოადგენს სახელმწიფოს მხრიდან მათი დახმარება. რადგან პროგრამის ხარჯების ნახევარზე მეტს ფედერალური მთავრობა იხდის, შტატებს სტიმული აქვთ გააფართოვონ პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობა, შესაბამისად

ნახატი 12: მედიქეიდის დაფინანსება, მილიარდი დოლარი. აშშ 1972-2006 წწ.



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2008.

იზრდება სახელმწიფო დაფინანსებაზე დამოკიდებულ ბენეფიციართა რიცხვი. აღნიშნული კი უარყოფითად მოქმედებს კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაზე.

ექსპერტთა აზრით, საჭიროა არა პროგრამის გაფართოება მათზე ვინც სიღარიბის ფედერალურ ზღვარს ზევითაა, არამედ კერძო სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. მომხმარებლებს და დასაქმებულებს უფლება უნდა მიეცეთ შეიძინონ შედარებით იაფი პაკეტი სხვა შტატების სადაზღვევო კომპანიებიდან, რისთვისაც მიზანშეწონილია დაზღვევის სფეროში კონკურენციის ხელშეწყობა.

15.3.3. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა

1997 წელს ფედერალურმა მთავრობამ შემოიღო 18 წლამდე ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა (State Children's Health Insurance Program – SCHIP), რომელიც უზრუნველყოფს იმ დაუზღვეველი ბავშვების სამედიცინო დახმარებას რომელთა:

- მშობლები ღარიბი დასაქმებულებია, რომელთაც არ შეუძლიათ იყიდონ დაზღვევა. ამასთან იმდენად ღარიბები არ არიან რომ მათზე გავრცელდეს მედიქეიდის პროგრამა;
  მშობლებს აქვთ სრული განაკვეთის სამუშაო, მაგრამ არ არიან დაზღვეული დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევით, ამასთან იმდენად ღარიბები არ არიან რომ მათზე გავრცელდეს მედიქეიდის პროგრამა;

მშობლების შემოსავალი ფედერალური სიღარიბის ზღვარის 200%-ზე დაბალია (ზოგ შემთხვევაში მაღალი), რის გამოც მათზე არ ვრცელდება მედიქეიდის პროგრამა ხოლო კერძო დაზღვევის შეძენა არ შეუძლიათ.

პროგრამაში გაწევრიანების კრიტერიუმებს განსაზღვრავენ შტატები. პროგრამის დასაფინანსებლად შტატები ღებულობენ ფედერალურ დაფინანსებას. 2006 წელს პროგრამით ისარგებლა 6.6 მლნ ბავშვმა, რომელთათვის 8 მილიარი დოლარი დაიხარჯა.[1] ფედერალური მთავრობა აფინანსებს პროგრამის ხარჯების დაახლოებით 69%-ს, ხოლო 31%-ს იხდიან შტატების მთავრობები. რადგან პროგრამის ხარჯების ნახევარზე მეტს ფედერალური მთავრობა იხდის, შტატებს სტიმული აქვთ გააფართოვონ პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობა და მოიცვან ისეთი პირები, რომელთაც არ ესაჭიროებათ სახელმწიფოს მხრიდან დახმარება. შესაბამისად, იზრდება სახელმწიფო დაფინანსებაზე დამოკიდებულ ბენეფიციართა რიცხვი, რაც უარყოფითად მოქმედებს კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაზე.

ზოგი კვლევების მიხედვით, პროგრამაში გაწევრიანების კრიტერიუმი საკმაოდ ფართოა და არაიშვიათად მოიცავს იმ პირებსაც რომლებიც სიღარიბის ზღვარს გაცილებით ზევითაა და აუცილებლობას არ წარმოადგენს სახელმწიფოს მხრიდან მათი დახმარება.[2] პროგრამით მოსარგებლე პირთა გარკვეულ რაოდენობას თავად შეეძლო შეეძინა კერძო სამედიცინო დაზღვევა. ასე მაგალითად, პროგრამის შემოღებამდე პროგრამით დაზღვევის უფლების მქონე ბავშვთა 60%-ს უკვე გააჩნდა კერძო სამედიცინო დაზღვევა.[3] 2005 წელს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულთა 55%-ს ჰქონდა კერძო სამედიცინო დაზღვევა.

ზოგი მკვლევარის მტკიცებით, ბავშვთა პროგრამაში გაწევრიანება ზოგიერთ შტატში მკვეთრად გასცდა ფედერალური სიღარიბის ზღვარს და 350%-ს მიაღწია,[4] რაც ოთხწევრიანი ოჯახისათვის წელიწადში 72000 $-ის შემოსავლის ექვივალენტია.[5] ნიუ იორკს

1 Kaiser Family Foundation, 2006. Eligibility threshold data as of July 2006. Kaiser Family Foundation, „Income Eligibility Levels for Children's Separate SCHIP Programs by Annual Incomes and as a Percent of Federal Poverty Level, 2006.

2 Cannon Michael F., Sinking SCHIP A First Step toward Stopping the Growth of Government Health Programs, Cato Institute, 2007.

3 Kenney Genevieve, Cook Allison, „Coverage Patterns among SCHIP-Eligible Children and Their Parents," Urban Institute Health Policy Online no. 15, February 2007, p. 12.

4 U.S. Census Bureau, „Poverty Thresholds 2006," February 8, 2007.

5 Pear Robert, „A Battle over Expansion of Children's Insurance," New York Times, July 9, 2007.

განზრახული აქვს ბავშვთა პროგრამაში გაწევრიანება ფედერალური სიღარიბის ზღვარის 400%-მდე გაზარდოს,[1] რაც ოთხწევრიანი ოჯახისათვის წელიწადში 82000 $-ის შემოსავლის ექვივალენტია.[2]

ქვეყნის მასშტაბით, ბავშვების 89%-ს, რომელთა მშობლების შემოსავალი ფედერალური სიღარიბის ზღვარის 300-400%-ს შეადგენს, გააჩნიათ კერძო სამედიცინო დაზღვევა. 2005 წელს ამერიკელთა საშუალო ოჯახის შემოსავალი შეადგენდა 56 000 $-ს. აღნიშნული მიუთითებს, რომ თუ ყველა შტატი ნიუ იორკის მსგავსად გადაწყვეტს ბავშვთა დაზღვევისათვის ფედერალური სიღარიბის ზღვარის 400%-მდე გაზრდას, ამერიკელ ოჯახთა ნახევარი გადაწყვეტს ბავშვთა დაზღვევას ბავშვთა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით. პროგრამაში გაწევრიანების უფლებას მიიღებს აგრეთვე 670 000 მოზრდილი.

15.3.4. ვეტერანების და მათი ოჯახების სამედიცინო მომსახურება

ვეტერანების და მათი ოჯახების სამედიცინო მომსახურების პროგრამა უზრუნველყოფს აშშ-ის სახმელეთო, საზღვაო, საჰაერო ჯარების პერსონალის სამედიცინო დახმარებას. მოიცავს სამხედროებს, მათი ოჯახის წევრებს, ვეტერანებს. მილიტარული სამედიცინო დახმარების სისტემა საკმაოდ კარგად ორგანიზებული, მაღალინტეგრირებული და მოწესრიგებული სისტემაა (შეიქმნა 1946 წელს). ვეტერანების სამედიცინო მომსახურება მოიცავს სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას, ფსიქიატრიულ და ხანგრძლივ სამედიცინო დახმარებას. ვეტერანების სამედიცინო მომსახურებას ახორციელებს 172 საავადმყოფო და სხვა სამედიცინო-სამკურნალო დაწესებულებები. მისი ბიუჯეტი შეადგენს 20 მილიარდ დოლარს და ფინანსდება ფედერალური მთავრობის მიერ. სისტემაში დასაქმებულია 182000 პერსონალი, 13000 ექიმი, 53000 მედდა, 3500 ფარმაცევტი. მომსახურება ორგანიზებულია 22 გეოგრაფიულად განაწილებული ვეტერანების ინტეგრირებული სერვისების ქსელის (Veterans Integrated Service Networks – VISN) მეშვეობით.

15.3.5. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება

1986 წელს მიღებულ იქნა კანონი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შესახებ, რომლითაც მთელ მოსახლეობას, მიუხედავად

1 U.S. Census Bureau, „Poverty Thresholds 2006," February 8, 2007.

2 Klein Ezra, „Health Care Reform for Beginners: The Many Flavors of the Public Option," Washington Post, June 8, 2009.

დაზღვევისა, საშუალება ეძლევა ისარგებლოს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით.

არასრულყოფილი ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა პირდაპირ და ირიბად ეხება ქვეყნის მთელ მოსახლეობას. როდესაც საავადმყოფოში შემოდის პაციენტი, რომელსაც არ აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა, საავადმყოფოს არ აქვს უფლება უარი უთხრას მომსახურებაზე. ასეთი ავადმყოფის მკურნალობაზე ხარჯები ნაწილდება დაზღვეულ პაციენტებს შორის. აღნიშნული, თავის მხრივ, დაზღვევის ღირებულების ზრდას განაპირობებს. ყოველწლიურად სხვადასხვა დონის სამთავრობო ორგანოები იძულებული არიან დაუზღვეველ პირებზე დახარჯონ 30 მლრდ დოლარზე მეტი. ამას ემატება 5 მლრდ დოლარი, რომელსაც ექიმები „ჩუქნიან", რათა ასეთი სახის პაციენტებს უფასოდ გაუწიონ სამედიცინო დახმარება

15.4. ჯანდაცვის დანახარჯები

ჯანდაცვა აშშ-ის ეკონომიკის საკმაოდ დიდ სეგმენტს წარმოადგენს. აშშ-ის ჯანდაცვაზე ხარჯები მსოფლიო ჯანდაცვის ხარჯების 39%-ს შეადგენს, მაშინ როდესაც აშშ-ის მოსახლეობის რაოდენობა მსოფლიო მოსახლეობის 5%-ია.

უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მშპ-ის მიხედვით 5.2%-დან (1960 წ.) 17.3%-მდე (2010 წ.) გაიზარდა. ჯანდაცვაზე რეალური დანახარჯები (2002 წლის დოლარის კურსით და მშპ-ის დეფლატორის გამოყენებით) 108 მილიარდი დოლარიდან (1960 წ.) 1.6 ტრილიონ დოლარამდე (2002 წ.), ანუ 15-ჯერ გაიზარდა.[1] 2009 წელს დანახარჯებმა მშპ-ის 17.3% შეადგინა (2,472 ტრილიონი დოლარი). ჯანმრთელობისა და ადამიანური რესურსების დეპარტამენტის გათვლით დანახარჯების ასეთი ტემპით მატება 2019 წლისათვის ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მშპ-ის 19,3%-ს მიაღწევს[2,3].

1 Federal Trade Commission, 2004. Improving Health Care: A Dose of Competition, Department of Justice, Federal Trade Commission, 2004.

2 Keehan Sean, Sisko Andrea, Christopher Truffer, Sheila Smith, Cathy Cowan, John Poisal, M. Kent Clemens, and the National Health Expenditure Accounts Projections Team, „Health Spending Projections Through 2017: The Baby-Boom Generation Is Coming To Medicare", Health Affairs Web Exclusive, February 26, 2008. Retrieved February 27, 2008.

3 Anderson Gerard F, Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey and Varduhi Petrosyan, „It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries", Health Affairs, Volume 22, Number 3, May/June 2003. Retrieved February 27, 2008.

ცხრილი 4: ჯანდაცვაზე დანახარჯები აშშ-ში, მილიარდი $, მშპ-ის%, 1960-2019 წწ.

	1960	1970	1980	1990	1998	2000	2005	2009	2010	2015	2019
მილიარდი US $	28	75	253	714	1.190	1.353	1.983	2.472	2.570	3.442	4.483
მშპ-ის%	5.2	7.2	9.1	12.3	13.5	13.6	15.7	17.3	17.3	17.7	19.3

წყარო: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, National Health Accounts. Health, United States 2006.

ცხრილი 5: თითო სულზე ჯანდაცვის დანახარჯები ($) აშშ 1960-2003 წწ.

	1960	1970	1980	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2007
აშშ	144	347	1055	2738	3654	4098	4295	4539	4888	5287	5635	6956

წყარო: Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006

აშშ უფრო მეტს ხარჯავს ჯანდაცვაზე ვიდრე ნებისმიერი სხვა ქვეყანა, როგორც მშპ-ის პროცენტული მაჩვენებლის, ასევე თითო სულზე დანახარჯების მიხედვით. 2008 წელს, აშშ-ში ჯანდაცვაზე დანახარჯებმა მთლიანი შიდა პროდუქტის 16% შეადგინა, რაც 7%-ით აღემატება განვითარებული ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (9%),[1] შედარებისათვის საფრანგეთში იგი შეადგენს 11.2%-ს, შვეიცარიაში – 10.7%-ს, გერმანიაში – 10.5%-ს. აშშ-ის მაჩვენებელი ასევე მაღალია თითო სულზე დანახარჯების მიხედვით. 2008 წლის მონაცემებით, აშშ-ის მაჩვენებელი (7538 $) ორჯერ და მეტად აღემატება განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელს (3060 $).[2]

აშშ-ში ჯანდაცვაზე მაღალი დანახარჯები განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორით.

სერვისების მაღალი ფასები

ექსპერტთა აზრით, ჯანდაცვაზე მაღალ დანახარჯებს განაპირობებს სერვისების მაღალი ფასები. ზოგიერთი მკვლევარი მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სერვისებზე დაბალი ფასები სამედიცინო ბაზარზე

1 Bailey Kim, Parisi Laura, *Too Great A Burden: Americans Face Rising Health Care Costs* (Washington: Families USA, April, 2009).

2 იქვე.

სახელმწიფოს ჩარევებით და რეგულირებით მიიღწევა.[1] ექსპერტთა გარკვეული ნაწილი თვლის, რომ სახელმწიფოს მიერ ბაზრის რეგულირება პირიქით, კიდევ უფრო ზრდის სერვისების ღირებულებას და მისი შემცირება მხოლოდ ჯანსაღი კონკურენტული გარემოს შექმნით მიიღწევა.

სახელმწიფო რეგულირება, არაკონკურენტული გარემო

სახელმწიფოს მხრიდან არასწორი რეგულირება ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს. სხვადასხვა შტატში სამედიცინო დაზღვევის რეგულირების განსხვავებული წესებია. შტატების მარეგულირებელი წესები მოითხოვენ სადაზღვევო პაკეტში სამედიცინო სერვისების გარკვეული სახეების ჩართვას. მკვლევართა აზრით, შტატები სავალდებულო წესით საშუალოდ 38 სახის სერვისების ყიდვას მოითხოვენ მომხმარებლებისაგან.[2] 45 შტატი სავალდებულოდ მიიჩნევს სადაზღვევო პაკეტში ანტიალკოჰოლურ მკურნალობის ჩართვას, 30 შტატი – კონტრაცეპტივებით მოცვას, 13 შტატი – ინ-ვიტრო ფერტილიზაციის მოცვას. ბევრი მომხმარებლისათვის, განსაკუთრებით კათოლიკეებისათვის, ასეთი პაკეტის ყიდვა მორალური თვალსაზრისით მიუღებელს წარმოადგენს.

სავალდებულო წესით ასეთი სახის სერვისების ჩართვა სტანდარტული სამედიცინო დაზღვევის პოლისს 15%-ით აძვირებს.[3] პოლისის გაძვირებას განაპირობებს აგრეთვე საზოგადოებაზე გათანაბრებული რისკები, რომელიც ზოგიერთ შტატში სავალდებულო წესითაა შემოღებული. მაგალითად, ნიუ ჯერსის შტატში, სადაც საზოგადოებაზე გათანაბრებული რისკებია, ახალგაზრდა ასაკის დაზღვეულთათვის სადაზღვევო პოლისი დაახლოებით 5580 დოლარამდე აღწევს, მაშინ როდესაც კენტუკში, სადაც შედარებით მცირე რეგულაციებია და რისკები არ არის საზოგადოებაზე გათანაბრებული, ახალგაზრდებისათვის სადაზღვევო პოლისი 960 დოლარი

1 Berk Marc L. Monheit Alan C. „The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited", Health Affairs, Volume 20, Number 2, March/April 2001. Retrieved February 27, 2008.

2 U.S. Congressional Budget Office, 2005. Increasing Small-Firm Health Insurance Coverage through Association Health Plans and HealthMarts," January 2000, pp. 16–17.

3 Sloan Frank A. Conover Christopher J. „Effects of State Reforms on Health Insurance Coverage of Adults," Inquiry 35, no. 3 (Fall 1998): 280–93; Christopher J. Conover, „Health Care Regulation: A $169 Billion Hidden Tax," CatoInstitute Policy Analysis no. 527, October 4, 2004, http://www.cato.org/pubs/pas/pa527.pdf, p. 21.

ღირს.[1] ამასთან, ნიუ ჯერსის მოქალაქეს უფლება არ აქვს კენტუკში იყიდოს სადაზღვევო პოლისი.[2]

მკვლევართა აზრით, დაუზღვეველთა 25%-თვის სადაზღვევო პაკეტის სიძვირე სწორედ ასეთი სერვისების სავალდებულო წესით ჩართვითაა განპირობებული და შესაბამისად, ბენეფიციარები ამჯობინებენ დაზღვევის გარეშე დარჩენას.[3]

ბევრ დაზღვეულს და დამქირავებელს, რომლებიც ყიდულობენ სამედიცინო დაზღვევას, არ შეუძლიათ თავი დააღწიონ ასეთი რეგულირებით განპირობებულ არასასურველ ხარჯებს. შტატების სალიცენზიო წესების მიხედვით, თითოეული სადაზღვევო პოლისი უნდა მოიცავდეს შტატების მიერ დაწესებულ სავალდებულო სერვისების სახეებს. ამასთან, სხვადასხვა შტატში სამედიცინო დაზღვევის რეგულირების განსხვავებული წესებია. შტატების სალიცენზიო წესები მომხმარებლებს და დამქირავებლებს ბარიერებს უქმნის სხვა შტატში დაბალხარჯიანი, შედარებით იაფი სადაზღვევო პაკეტის შეძენაში. აქედან გამომდინარე თავად მარეგულირებელი წესები სხვადასხვა სახის ბარიერების შექმნით ხელს უშლიან კონკურენტული სადაზღვევო ბაზრის ჩამოყალიბებას.

აშშ-ის კონსტიტუციის I მუხლის, 8 ნაწილი „შტატებს შორის ვაჭრობის რეგულირების“ უფლებას აძლევს. მისი მიზანია შტატებს შორის ვაჭრობაზე ბარიერების (მაგ., სალიცენზიო წესები) პრევენცია. ზოგიერთი ექსპერტი მიიჩნევს, რომ სადაზღვევო სფეროში „კონკურენტული ფედერალიზმის“ ხელშესაწყობად, კონგრესმა უნდა მიიღოს ფედერალური კანონი, რომელიც მოახდენს ერთი შტატის მიერ მეორე შტატის ლიცენზირებული სადაზღვევო პროდუქტის ყიდვისათვის დაწესებული ბარიერების პრევენციას. ასეთი კანონი მომხმარებელს (განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიან დაუზღვეველს) არასასურველი რეგულატორული ხარჯებისგან თავისუფალი სადაზღვევო პაკეტის არჩევანის შესაძლებლობას მისცემს. შტატებს შორის კონკურენცია სადაზღვევო რეგულაციების დაახლოებას გამოიწვევს და შეამცირებს შტატების საკუთარი, მარეგულირებელი წესების დანერგვის ტენდენციას. დაბალშემოსავლიანი პირებისათვის „კონკურენტული ფედერალიზმი“ უფრო გაზრდის სადაზღვევო პაკეტის

1 Bunce Victoria Craig, Wieske, J. P. „Health Insurance Mandates in the States 2008,“ Council for Affordable Health Insurance, 2008.

2 იქვე.

3 Pauly Mark V. and Bradley Herring, „Risk Pooling and Regulation: Policy and Reality in Today's Individual Health Insurance Market,“ Health Affairs 26, no. 3 (May/June 2007): 770–79.

ხელმისაწვდომობას, ვიდრე ფედერალური სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების გაფართოება დაუზღვეველი მოსახლეობისათვის.[1]

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემას გააჩნია სხვადასხვა სახის სტიმულები, რომლებიც ხარჯების ზრდას უწყობენ ხელს. კერძოდ, ექიმების და სამედიცინო დაწესებულებების შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის ფართოდ გავრცელება. ცხადია, ევროპის ქვეყნებში და კანადაში გავრცელებული სულადობრივი, ფიქსირებული და გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდები შედარებით პროგნოზირებადი, პროსპექტული და ნაკლებხარჯიანს წარმოადგენენ. შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება მკურნალობის ხარჯების ზრდის ფინანსურ სტიმულს განაპირობებს.

მშპ-ის მაღალი მაჩვენებელი

პრინსტონის უნივერსიტეტის პროფესორის უ. რეინჰარდტის აზრით, აშშ-ის განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით დანახარჯების სხვაობა ნაწილობრივ განპირობებულია აშშ-ის მშპ-ის მაღალ მაჩვენებელთან[2];[3]. ცხადია, ქვეყანა რომლის მშპ მაღალია, შესაბამისად მაღალია დანახარჯები.

პლურალისტული დაფინანსების სისტემა, მაღალი ადმინიტრაციული ხარჯები

ზოგი მკვლევარი თვლის რომ აშშ-ში ჯანდაცვის მაღალი დანახარჯები უმთავრესად აშშ-ის პლურალისტული დაფინანსების სისტემითაა განპირობებულია, სადაც მრავალი მოთამაშეა წარმოდგენილი. ასეთი სისტემა მოითხოვს მაღალ ადმინისტრაციულ ხარჯებს. აშშ-ში ადმინისტრაციული ხარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 19,3%-დან 24,1%-მდე შეადგენს. შედარებისათვის, კანადაში ადმინისტრაციული ხარჯები 8.4%-დან 11.1%-ს შეადგენს. ზოგი კვლევების მიხედვით, ჯანდაცვაზე დახარჯულ ყოველ დოლარზე 31 ცენტი ადმინისტრაციულ ხარჯებზე მოდის (Harvard Medical School and the Canadian Institute for Health Information). კონგრესის საბიუჯეტო

1 Paduda Joseph, „Insurance Industry Profit Margins," Managed Care Matters, December 9, 2004, citing data fromWeiss Ratings.

2 Reinhardt Uwe, Peter Hussey, and Gerard Anderson, „U.S. Health Care Spending in an International Context," Health Affairs 23, no. 3 (2004): 11–12.

3 OECD Health Data 2007. Organisation for Economic Co-operation and Development, „OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries" (Paris: OECD, 2007).

კომიტეტის მიერ 2008 წელს წარმოდგენილი ანგარიშის მიხედვით კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ გაწეული ადმინისტრაციული ხარჯები შეადგენს 12%-ს.

ამერიკის 1300-ზე მეტ სადაზღვევო კომპანიას განსხვავებული ანაზღაურების წესები და სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის ფორმები აქვს შემუშავებული, რაც მოითხოვს მართვის დახვეწილ, გართულებულ მეთოდებს. ასევე ყურადსაღებია რეკლამირება, ბაზრის ანალიზი, ბენეფიციარების მოზიდვა. ყოველივე აღნიშნული ზრდის დამატებითი პერსონალის საჭიროებას, რაც თავის მხრივ ადმინისტრაციული ხარჯების გაზრდას განაპირობებს. თუმცა, ადმინისტრაციული ხარჯები აგრეთვე დაკავშირებულია ისეთი სერვისების დანერგვასთან, როგორიცაა დაავადებათა მართვა ან ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები, რომლებმაც შესაძლოა შეამცირონ ნეგატიური სერვისები, კერძოდ, განმეორებით გაწეული, დაუსაბუთებელი გამოკვლევები და ა.შ.

პრემიების განთავისუფლება საშემოსავლო გადასახადებისაგან

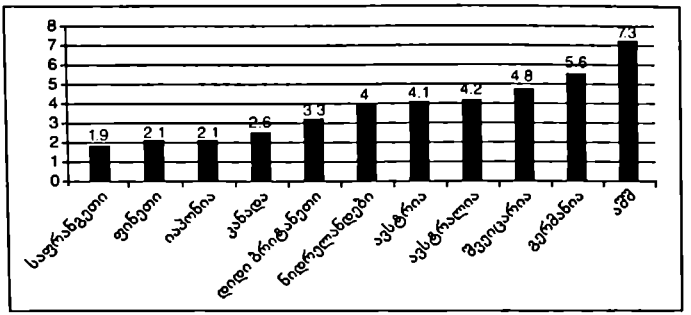
ზოგი მკვლევარის აზრით მაღალი ხარჯების მიზეზია დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევის პრემიების განთავისუფლება საშემოსავლო გადასახადებისაგან, რადგან იგი განაპირობებს უფრო ფართო სადაზღვევო მოცვას, სერვისებზე მოთხოვნის გაზრდას და შედეგად ხარჯების ზრდას.

ძვირადღირებული ტექნოლოგიების და ფარმაცევტული სიახლეების დანერგვა

აშშ ტექნოლოგიური ინოვაციების დანერგვის ლიდერია. ახალი მედიკამენტების, ქირურგიული პროცედურების და დიაგნოსტიკური მოწყობილობების განვითარებამ გაზარდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. ბენეფიციარებს სურთ ინოვაციური სერვისების მოხმარება. განვითარებული ქვეყნებთან შედარებით ამერიკელებისათვის უფრო ხელმისაწვდომია სამედიცინო ტექნოლოგიის უახლესი მიღწევები და მკურნალობის ეფექტური მეთოდები, შედარებით მცირეა მოცდის დრო.

განვითარებული ქვეყნებთან შედარებით ჯანდაცვაზე მაღალი დანახარჯები მედიცინაში ძვირადღირებული ტექნოლოგიების და ფარმაცევტული სიახლეების დანერგვითაა განპირობებული. მკვლევართა მტკიცებით, ინოვაციური სამედიცინო ტექნოლოგიები და ფარმაცევტული სიახლეები ჯანდაცვის ხარჯების წელიწადში 2,8%-

ნახატი 13: ჯანდაცვის ადმინისტრაციული და დაზღვევის დანახარჯები, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %, 2003 წ.



წყარო: The Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2006

ით ზრდას განაპირობებს.[1] ზოგი მკვლევარის მტკიცებით, ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების ზრდის ნახევარზე მეტი ტექნოლოგიური ინოვაციების ხარჯებთანაა დაკავშირებული.[2]

აღნიშნულს ადასტურებს მაგნეტური რეზონანსული კვლევის მედიცინაში მზარდი გამოყენების მაგალითი. 1990-იან წლებში მაგნეტური რეზონანსული კვლევის მოწყობილობა შედარებით მცირე რაოდენობით იყო გავრცელებული (100000 მოსახლეზე მხოლოდ ერთი მოწყობილობა); 1990-იანი წლების ბოლოს მოწყობილობათა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე 130%-ით გაიზარდა, შესაბამისად, მაგნეტური რეზონანსული კვლევის პროცედურების რაოდენობა პროპორციულად გაიზარდა, კერძოდ, 1993 წელს 100000 მოსახლეზე გამოკვლევათა რაოდენობა 2900-ს შეადგენდა; 6 წლის შემდეგ კვლევათა რაოდენობა 50%-ით გაიზარდა და 4600-ს მიაღწია.[3]

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ახალი სახის მედიკამენტების ნახევარზე მეტი აშშ-ის ფარმაცევტული საწარმოების მიერ არის გამოგონილი. ახალი მედიკამენტის გამოგონება 12-15 წლის გან-

1 Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006.

2 U.S. Congressional Budget Office, 2005. Increasing Small-Firm Health Insurance Coverage through Association Health Plans and HealthMarts," January 2000, pp. 16–17.

3 Centers for Medicare & Medicaid Services, 2004.

მავლობაში ხორციელდება და დაახლოებით 800 მილიონ დოლარი ღირს.[1]

პერსონალური შემოსავლების ზრდა

ამერიკელები მდიდარი ერია, რომელთა ერთ სულზე შემოსავალი ყველაზე მაღალია განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით და თავს უფლებას აძლევენ ჯანდაცვაზე დახარჯონ გაცილებით მეტი, ვიდრე სხვა ქვეყნები. ეკონომისტები მიიჩნევენ, რომ ჯანდაცვა „ჩვეულებრივი საქონელი" და სასურველი სერვისია, ხოლო დანახარჯები პოზიტიურ კორელაციაშია შემოსავლებთან.[2] შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება მოთხოვნა, ადამიანებს სურთ მეტი დახარჯონ საკუთარ ჯანმრთელობაზე, შესაბამისად იზრდება ხარჯები. ამერიკელები უფო მეტს ხარჯავენ ჯანდაცვაზე (17%) ვიდრე კვებაზე (9,7%), ავტომობილებზე (3.8%), ნაციონალურ უსაფრთხოებაზე (4.5%), ან შინამეურნეობაზე (10.8%).[3]

დემოგრაფიული დაბერება

დემოგრაფიული დაბერება მნიშვნელოვნად ზრდის ავადობის მაჩვენებელს, რაც თავის მხრივ, ზრდის სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნას და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯებს. ცხადია, მოხუცი ადამიანები სხვა ასაკის ადამიანებთან შედარებით უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას საჭიროებენ. ხანდაზმულ პირთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად მატულობს ქრონიკულ დაავადებათა რიცხვი, რაც თავის მხრივ, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მომსახურების სტრუქტურის ცვლილებებს განაპირობებს. იზრდება სარეაბილიტაციო სამედიცინო მომსახურების, ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარების საჭიროება, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

აშშ-ში 1965 წლიდან 2005 წლამდე ხანდაზმულთა წილი მოსახლეობის მთლიან რაოდენობაში 30%-ით გაიზარდა, ხოლო ჯანდაცვაზე დანახარჯები მოცემულ პერიოდში – 9.5%-დან 12.4%-მდე[4]. ჩატარებული კვლევები მოწმობენ, რომ მოსახლეობის 1%-ზე ჯანდაცვის

1 Tanner, Michael. A Fork in the Road Obama,McCain, and Health Care, Cato Institute, 2008.

2 Reinhardt Uwe, Peter Hussey, and Gerard Anderson, „U.S. Health Care Spending in an International Context," Health Affairs 23, no. 3 (2004): 11–12.

3 Gokhale Jagadeesh, „Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes," Cato Institute Policy Analysis no. 597, July 19, 2007.

4 U.S. Congressional Budget Office, „Detailed Projections for Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program," March 6, 2007, p. 9.

მთლიანი დანახარჯების 27% მოდის, ხოლო მოსახლეობის 5%-ზე ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების ნახევარზე მეტს შეადგენს[1];[2]. ამ მოსახლეობას ძირითადად 65 წელზე მეტი (განსაკუთრებით 85 წელზე მეტი) ასაკის პირები შეადგენენ.[3]

ცხოვრების არაჯანსალი წესი, სიმსუქნე

ჯანდაცვის ხარჯებზე გარკვეულ გავლენას ახდენს ცხოვრების არაჯანსალი წესი, კერძოდ თამბაქოს მომხმარებელთა რაოდენობა, სიმსუქნე. სიმსუქნე განაპირობებს ჯანმრთელობის ისეთ პრობლემებს, როგორიცაა დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ასთმა, რაც თავის მხრივ, ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს. 2008 წლის მონაცემებით განვითარებულ ქვეყნებში სიმსუქნის მაჩვენებელი 21%-ს შეადგენდა, მაშინ როდესაც აშშ-ში იგი – 33.8%-ს შეადგენდა (კანადა – 24.2%).[4]

დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით, 1998 წელს ჯანდაცვის ხარჯების დაახლოებით 9% ანუ 92.6 მილიარდი დოლარი დაკავშირებული იყო ჭარბწონიანობასთან. ამ ხარჯების ნახევარზე მეტი გადახდილ იქნა სახელმწიფოს მიერ მედიქეასა და მედიქეიდის მეშვეობით. 2008 წელს სიმსუქნესთან დაკავშირებული ხარჯები გაორმაგდა და 147 მილიარდ დოლარს მიაღწია.

სადაზღვევო პრემიების ზრდა

აშშ-ში ყოველწლიურად იზრდება სადაზღვევო პრემიები. 2003-2004 პრემიების განაკვეთებმა მოიმატა 11,2%-ით, რაც გაცილებით მეტია ინფლაციის ტემპზე (2,3%) და ხელფასების ზრდის ტემპზე (2,2%). 2000-2007 წლის პერიოდში დაზღვევისათვის გადასახდელი საოჯახო პრემია 78.3%-ით გაიზარდა, მაშინ როდესაც საშუ-

1 Berk Marc L. Monheit Alan C. „The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited", Health Affairs, Volume 20, Number 2, March/April 2001. Retrieved February 27, 2008.

2 Hartman Micah, Aaron Catlin, David Lassman, Jonathan Cylus and Stephen Heffler, „U.S. Health Spending By Age, Selected Years Through 2004", Health Affairs web exclusive, November 6, 2007. Retrieved February 27, 2008.

3 U.S. Congressional Budget Office, „Detailed Projections for Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program," March 6, 2007, p. 9.

4 Bailey Kim, Parisi Laura, *Too Great A Burden: Americans Face Rising Health Care Costs* (Washington: Families USA, April, 2009).

ალო შემოსავლის მქონე რიგითი ამერიკელის ხელფასი 14.5%-ით გაიზარდა.[1]

ამგვარად, სადაზღვევო პრემიების ზრდა წინ უსწრებს ინფლაციას და დასაქმებულების ხელფასის ზრდას, რის გამოც წლიდან წლამდე მცირდება მაღალი სადაზღვევო პრემიების გადახდის შესაძლებლობა, შესაბამისად იზრდება დაუზღვეველთა რაოდენობა.

სადაზღვევო პრემიების ზრდის გამო, დამსაქმებლები, განსაკუთრებით მცირე ბიზნესის, იძულებული ხდებიან შეწყვიტონ დაქირავებულთა დაზღვევა. სხვა დამქირავებლები ცდილობენ სადაზღვევო პრემიის დიდი ნაწილის გადახდა დაქირავებულებს დააკისრონ. ზოგი დამქირავებელი კი დიდი ხარჯების თავიდან აცილების მიზნით, ცდილობს მცირესარგებლიანი სადაზღვევო პოლისი იყიდოს, რომლითაც შედარებით ნაკლები სერვისები იფარება, მაგრამ მაღალია თანაგადახდები და თანადაზღვევა.[2] ასეთ მდგომარეობაში, დაქირავებულებიც მცირესარგებლიან სადაზღვევო პოლისს ამჯობინებენ, ან საერთოდ უარს აცხადებენ დაზღვევაზე.

დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევის გარეშე დარჩენილი ზოგი დაქირავებული, ცდილობს ინდივიდუალურად დაეზღვიოს. თუმცა, კვლევები ადასტურებს, რომ 10 ადამიანიდან 9 ადამიანმა ვერ შეძლო მისი ყიდვა, რადგან ვერ მოძებნეს მათთვის ხელსაყრელი სადაზღვევო პოლისი[3];[4].

აქვე აღსანიშნავია, რომ უკანასკნელი 20-30 წლის პერიოდში ჯანდაცვაზე დანახარჯები დაახლოებით 2.8 ჯერ უსწრებს ქვეყნის

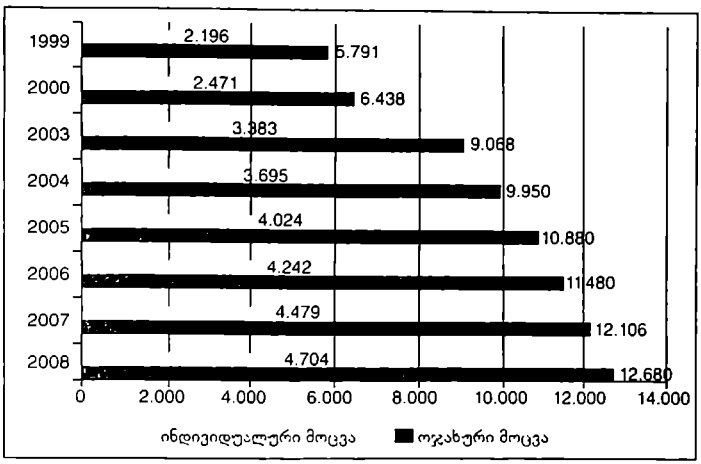
1 Schoen Cathy, Michelle M. Doty, Sara R. Collins, and Alyssa L. Holmgren, „Insured but Not Protected: How Many Adults Are Underinsured?" Health Affairs Web Exclusive (June 14, 2005): W5-289-W5-302; James Robinson, „The Commercial Health Insurance Industry in an Era of Eroding Employer Coverage," Health Affairs 25, no. 6 (November/December 2006): 1,475-1,486.

2 Schoen Cathy, Michelle M. Doty, Sara R. Collins, and Alyssa L. Holmgren, „Insured but Not Protected: How Many Adults Are Underinsured?" Health Affairs Web Exclusive (June 14, 2005): W5-289-W5-302; James Robinson, „The Commercial Health Insurance Industry in an Era of Eroding Employer Coverage," Health Affairs 25, no. 6 (November/December 2006): 1,475-1,486.

3 იქვე.

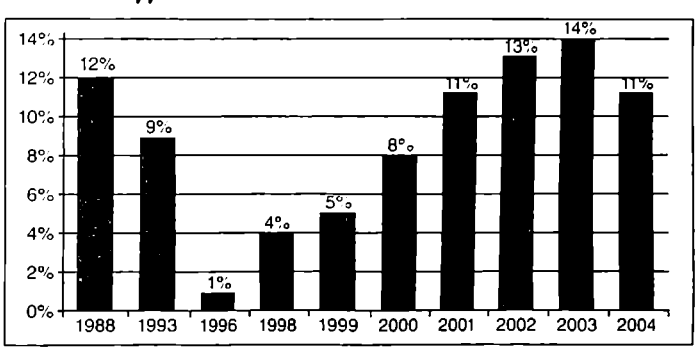
4 Kaiser Family Foundation, Snapshots: Health Care Costs—How Changes in Medical Technology Affect Health Care Costs, op. cit. See also: Carlos Angrisano, Diana Farrell, Bob Kocher, Martha Laboissiere, and Sara Parker, Accounting for the Cost of HealthCare in the United States (Washington: McKinsey Global Institute, January 2007); Dana Goldman and Elizabeth McGlynn, U.S.Health Care Facts about Cost, Access, and Quality (Santa Monica: RAND Corporation, 2005).

ნახატი 14: ოჯახური და ინდივიდუალური საშუალო წლიური პრემია S, 1999-2008 წწ.



წყარო: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2008.

ნახაზი 15: დამსაქმებლის გადახდილი პრემიების %-ლი ზრდა, აშშ 1988-2004 წწ.



ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებელს.[1] აშშ-ის მთლიანი შიდა პროდუქ-

1 Fuchs Victor, Three „Inconvenient Truths" About Health Care, The New England Journal of Medicine, October 23, 2008.

ტი 1960 წელს შეადგენდა 526 მილიარდ დოლარს, 2005 წლისათვის იგი 12376,1 მილიარდ დოლარამდე, ანუ 23.5%-ით გაიზარდა. შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები 27,6 მილიარდი დოლარიდან 1881,1 მილიარდ დოლარამდე, ანუ 68.2%-ით გაიზარდა. ამრიგად, ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდა სამჯერ აღემატება ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებელს. შედეგად, ჯანდაცვა სულ უფრო ძვირი ხდება. თუ დანახარჯების ეს ტემპი კიდევ 30 წელი გაგრძელდა, მაშინ ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენს მშპ-ის 30% და სახელმწიფოს მთლიან ხარჯებს გაუტოლდება.

ცხრილი 6: აშშ-ის მშპ და მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე, მილიარდი დოლარი, 1960-2004 წწ.

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2007
მშპ	526	1,039	2,790	5,803	7,398	9,817	10,470	10,971	11,734	12,376	13,808
მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე	27.6	75.1	254.0	713.3	1,020.4	1,358.5	1,607.9	1,740.6	1,877.6	1,980.6	2,241.2

წყარო: Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006

დანახარჯების სტრუქტურა

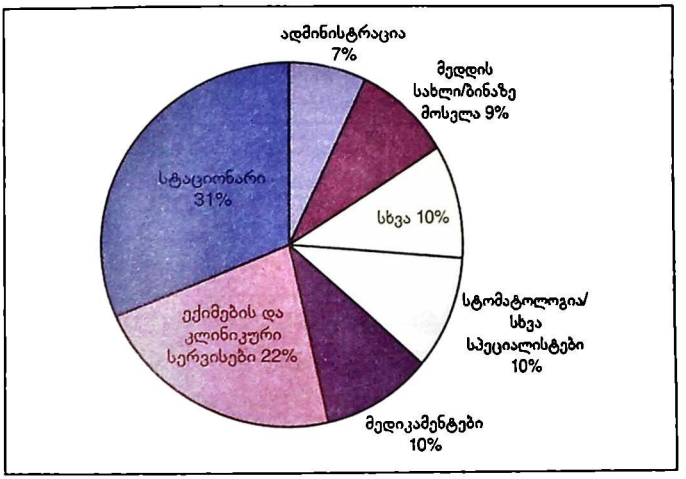
ჯანდაცვის ხარჯებიდან ნახევარზე მეტი სტაციონარულ მკურნალობაზე და ექიმთა სერვისებზე იხარჯება. ჯანდაცვაზე დახარჯული თითოეული დოლარიდან 31% სტაციონარულ მკურნალობაზე იხარჯება, 21% ექიმთა სერვისებზე, 10% მედიკამენტებზე, 8% მედდის სახლებზე/ბინაზე სერვისებზე, 7% ადმინისტრაციულ ხარჯებზე, ხოლო 23% სხვა კატეგორიებზე (დიაგნოსტიკური გამოკვლევები...).

სახელმწიფო დანახარჯები

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა შერეული ხასიათისაა, სადაც წარმოდგენილია როგორც კერძო, ასევე სახელმწიფო სისტემა. ჯანდაცვის ხარჯებში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სახელმწიფო დანახარჯებს. თითო სულზე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ერთერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოში – 2834 $ (2004 წ.). სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-ის 6.6%-ს შეადგენს, რაც ასევე ერთერთი მაღალი მაჩვენებელია განვითარებულ ქვეყნებს შორის.[1] სახელმწიფო დანახარჯები მთლიანი ჯანდაცვის ხარჯების 45% შეადგენს,

1 Two myths about the U.S. health care system, MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE, 2005.

ნახატი 16: ხარჯების განაწილება ჯანდაცვის სერვისების მიხედვით, მთლიანი დანახარჯი, 1.6 ტრილიონი დოლარი. 2002 წ.



წყარო: California HealthCare Foundation, 2004a.

რაც განვითარებული ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელზე ნაკლებია (72.6%); იგი განპირობებულია აშშ-ში ჯანდაცვაზე მაღალი კერძო დანახარჯებით (მშპ-ის 8.1%); შედარებისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები – მშპ-ის 2.4%.[1]

სახელმწიფო დანახარჯების ზრდასთან ერთად, სახელმწიფო პროგრამების, განსაკუთრებით მედიქეა და მედიქეიდის დავალიანება მძიმე ტვირთად დააწვება მომავალ თაობებს. მედიქეას ვალი 50 ტრილიონ დოლარს შეადგენს.[2] ასევე იზრდება სახელმწიფო დანახარჯები მედიქეიდის პროგრამაზე.[3]

მედიქეას და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამების შექმნის შემდეგ სახელმწიფო დანახარჯები მკვეთრად გაიზარდა 24.8%-დან (1960 წ.) 46.5%-მდე (2008 წ.). ამასთან, კერძო დანახარჯები წლიდან წლამდე მცირდება, 75.2%-დან (1960 წ.) 53.5%-მდე (2008). აქვე

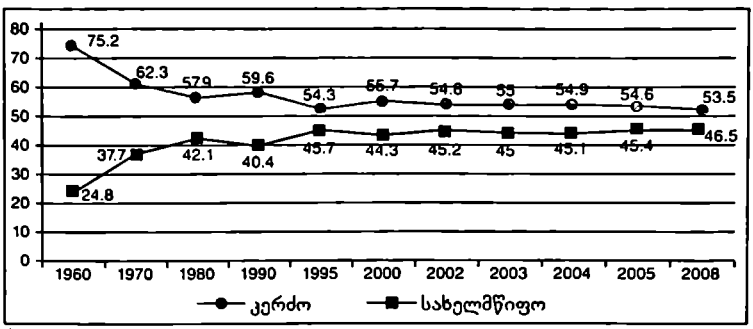
1 Two myths about the U.S. health care system, MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE, 2005.

2 Tanner Michael, The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World, Policy Analysis, March 18, 2008.

3 Gokhale Jagadeesh, „Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes," Cato Institute Policy Analysis no. 597, July 19, 2007.

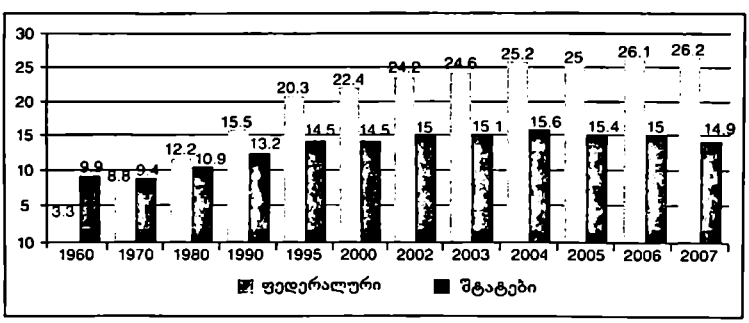
აღსანიშნავია, რომ შტატების დანახარჯები ჯანდაცვაზე თითქმის არ იცვლება და შეადგენს დაახლოებით 12%-ს.

ნახატი 17: კერძო და სახელმწიფო დანახარჯების წილის დინამიკა (%), აშშ. 1960-2008 წწ.



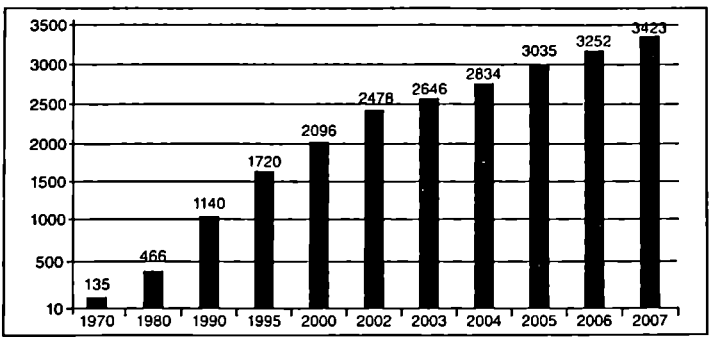
წყარო: Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006

ნახატი 18: ფედერალური და შტატების დანახარჯები ჯანდაცვაზე, მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების %, 1960-2004 წწ.



წყარო: Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006

ნახატი 19: თითო სულზე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, აშშ, 1970-2004



წყარო: Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006

ლიტერატურა:

- America's Health Insurance Plans, http: //www.ahip.org/content/default.aspx?bc=31|42.
- Anderson Gerard F, Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey and Varduhi Petrosyan, „It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries", Health Affairs, Volume 22, Number 3, May/June 2003. Retrieved February 27, 2008.
- Bailey Kim, Parisi Laura, Too Great A Burden: Americans Face Rising Health Care Costs (Washington: Families USA, April, 2009).
- Berk Marc L. Monheit Alan C. „The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited", Health Affairs, Volume 20, Number 2, March/April 2001. Retrieved February 27, 2008.
- Bloche MG. Consumer-directed health care and the disadvantaged. Health AFF. 2007; 26:1315.
- Chernew M et al. Value-based insurance design. Health Affairs Web Exclusive. January 30, 2007:w195.
- BlueCross BlueShield Association, „The Uninsured in America," January 2005.
- Blue Cross Blue Shield Association, 2003. „The Uninsured in America," (Chicago, Illinois: Blue Cross Blue Shield Association, February 27, 2003), http://www.coverageforall. org/pdf/BC-BS_Uninsured-America.pdf; John C. Goodman and 154 / Endnotes Devon M. Herrick, „The Case against John Kerry's Health Plan," (Dallas, Texas: National Center for Policy Analysis, September, 2004), http:// www.ncpa.org/pub/st/st269/st269.pdf.

- Bunce Victoria Craig, Wieske, J. P. „Health Insurance Mandates in the States 2008," Council for Affordable Health Insurance, 2008.
- Cannon Michael F., Sinking SCHIP A First Step toward Stopping the Growth of Government Health Programs, Cato Institute, 2007
- Centers for Medicare & Medicaid Services, 2004.
- Claxton Gary, et al., Employer Health Benefits 2008 Annual Survey (Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, 2008).
- Congressional Budget Office, Accounting for Sources of Projected Growth in Federal Spending on Medicare and Medicaid, Issue Brief (May 28, 2008).
- Congressional Budget Office, 2008. Key Issues in Analyzing Major Health Insurance Proposals, The Congress of the United States .
- Docteur Elizabeth. The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform, OECD Working Papers, No. 350, 27 February 2003, p. 7
- Federal Trade Commission, 2004. Improving Health Care: A Dose of Competition, Department of Justice, Federal Trade Commission, 2004.
- Fuchs Victor, Three „Inconvenient Truths" About Health Care, The New England Journal of Medicine, October 23, 2008.
- Getzen Thomas E. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
- Goldman Danap, Mcglynn Elizabetha. U.S. Health Care Facts About Cost, Access, and Quality, www.rand.org.
- Gokhale Jagadeesh, „Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes," Cato Institute Policy Analysis no. 597, July 19, 2007.
- Craig Steven G. Sailors, Joel W. „Interstate Trade Barriers and the Constitution," Cato Journal 6, no. 3 (Winter 1987): 821.
- Hartman Micah, Aaron Catlin, David Lassman, Jonathan Cylus and Stephen Heffler, „U.S. Health Spending By Age, Selected Years Through 2004", Health Affairs web exclusive, November 6, 2007. Retrieved February 27, 2008.
- Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006.
- Herrick Devon, „Crisis of the Uninsured: 2007," National Center for Policy Analysis Brief Analysis no. 595, September 28, 2007.
- Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (Kaiser/HRET), Employer Health Benefits: 2008 Annual Survey (Washington, D.C.: Kaiser/HRET, September 2008).
- Johnson-Lans Shirley, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2000, 2002, 2003a, and 2003b.
- Kozhaya Norma, Two myths about the U.S. health care system, MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE, 2005.
- Keehan Sean, Sisko Andrea, Christopher Truffer, Sheila Smith, Cathy Cowan, John Poisal, M. Kent Clemens, and the National Health Expenditure Accounts Projections Team, „Health Spending Projections Through 2017: The Baby-Boom

Generation Is Coming To Medicare", Health Affairs Web Exclusive, February 26, 2008. Retrieved February 27, 2008.

- Kaiser Family Foundation, 2006. Eligibility threshold data as of July 2006. Kaiser Family Foundation, „Income Eligibility Levels for Children's Separate SCHIP Programs by Annual Incomes and as a Percent of Federal Poverty Level, 2006," http://www.statehealthfacts .org/cgi-bin/healthfacts.cgi?previewid=292 &action=compare&category=Medicaid+%26+SC HIP&subcategory=Child ren%27s+Medicaid+and +SCHIP+Eligibility&topic=Income+Eligibility+% 2d%2dSeparate+SCHIP+Program.
- Kaiser Family Foundation, Snapshots: Health Care Costs—How Changes in Medical Technology Affect Health Care Costs, op. cit. See also: Carlos Angrisano, Diana Farrell, Bob Kocher, Martha Laboissiere, and Sara Parker, Accounting for the Cost of HealthCare in the United States (Washington: McKinsey Global Institute, January 2007); Dana Goldman and Elizabeth McGlynn, U.S.Health Care Facts about Cost, Access, and Quality (Santa Monica: RAND Corporation, 2005).
- Kenney Genevieve, Cook Allison, „Coverage Patterns among SCHIP-Eligible Children and Their Parents," Urban Institute Health Policy Online no. 15, February 2007, p. 12.
- Klein Ezra, „Health Care Reform for Beginners: The Many Flavors of the Public Option," Washington Post, June 8, 2009.
- Lee Igel. The History of Health Care as a Campaign Issue, the Physician Executive. may-june, 2008.
- Medicare at a Glance, The Miami Herald, August 3, 2008, http:// www. miamiherald.com/news/more-info/story/627481.html.
- Navas-Walt Carmen De, Bernadette D. Proctor, Jessica SmithIncome, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006, U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. CENSUS BUREAU, 2007.
- National Health Expenditure Data: NHE Fact Sheet, Centers for Medicare and Medicaid Services, referenced February 26, 2008.
- OECD Health Data 2007. Organisation for Economic Co-operation and Development, „OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries" (Paris: OECD, 2007).
- OECD Health Data. 2010.
- Paduda Joseph, „Insurance Industry Profit Margins," Managed Care Matters, December 9, 2004, citing data fromWeiss Ratings.
- Pauly Mark V. and Bradley Herring, „Risk Pooling and Regulation: Policy and Reality in Today's Individual Health Insurance Market," Health Affairs 26, no. 3 (May/June 2007): 770–79, http://content.healthaffairs.org/cgi/content/ abstract/26/3/770.
- Pear Robert, „A Battle over Expansion of Children's Insurance," New York Times, July 9, 2007, http://www.nytimes.com/2007/07/09/wa shington/09child. html.
- Pipes Sally C.. The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide, Pacific Research Institute. 2008.

- Prentice Thomson, Health, history and hard choices:Funding dilemmas in a fast changing world , WHO, 2006.
- Reaching Eligible but Uninsured Children in Medicaid and SCHIP, (Washington DC: Georgetown University Health Policy Institute, Center for Children and Families, March, 2008), http://ccf.georgetown. edu/index/cms-filesystem-action ?file=strategy+center%2Felig ibleuninsured%2Feligibleuninsuredccf.pdf.
- Riddle Clive, President MCOL The Future of Managed Care An Outline, MCOLE – Seminars, 2000.
- Reinhardt Uwe, Peter Hussey, and Gerard Anderson, „U.S. Health Care Spending in an International Context," Health Affairs 23, no. 3 (2004): 11–12.
- Selden Thomas M. Merrile Sing, „The Distribution Of Public Spending For Health Care In The United States, 2002," Health Affairs 27, no. 5 (2008): 349-359 (published online 29 July 2008).
- Short Pamela Farley, Deborah R. Graefe, Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured, 22 HEALTH AFFAIRS 244, 247-48 (Nov./Dec. 2003); CBO, supra note 175, at viii fig.S2, 9 tbl.3.
- Schoen Cathy, Michelle M. Doty, Sara R. Collins, and Alyssa L. Holmgren, „Insured but Not Protected: How Many Adults Are Underinsured?" Health Affairs Web Exclusive (June 14, 2005): W5-289-W5-302; James Robinson, „The Commercial Health Insurance Industry in an Era of Eroding Employer Coverage," Health Affairs 25, no. 6 (November/December 2006): 1,475-1,486.
- Sloan Frank A. Conover Christopher J. „Effects of State Reforms on Health Insurance Coverage of Adults," Inquiry 35, no. 3 (Fall 1998): 280–93. See also Christopher J. Conover, „Health Care Regulation: A $169 Billion Hidden Tax," CatoInstitute Policy Analysis no. 527, October 4, 2004, http://www.cato.org/ pubs/pas/pa527.pdf, p. 21.
- Tanner, Michael. A Fork in the Road Obama,McCain, and Health Care, Cato Institute, 2008.
- Tanner Michael, The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World, Policy Analysis, March 18, 2008.
- Thomson Prentice, Health, history and hard choices:Funding dilemmas in a fast changing world , WHO, 2006.
- Thorpe KE. Medical savings accounts: Design and policy issues. Health Aff. 1995; 14 (3): 254.
- Two myths about the U.S. health care system, MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE, 2005.
- World Health Organization, The World Health Report 2000, (Geneva: WHO, 2000).
- WHO, 2008. „Core Health Indicators; The latest data from multiple WHO sources," World Health Organization, 2008.
- World Factbook, 2008. Rank Order: Infant mortality rate. Washington DC: Central Intelligence Agency, 2008), https:// www.cia.gov/library/publications/ the-world-factbook/rankorder/ 2091rank.html .
- Urban Institute, 2001. Medicaid-Eligible Adults Who Are Not Enrolled: Who Are They and Do They Get the Care They Need? Urban Institute, Series A, No. A-48, October 2001, http://www.urban.org/publications/ 310378.html.

- U.S. Census Bureau, 2008. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007." U.S. Census Bureau. Issued August 2008.
- U.S. Bureau of the Census, „Historical Poverty Tables." Current Population Survey. Washington, DC, 2010.
- U.S. Census Bureau, „Poverty Thresholds 2006," February 8, 2007, http://www.census.gov/ hhes/www/poverty/threshld/thresh06.html.
- U.S. Congressional Budget Office, 2005. Increasing Small-Firm Health Insurance Coverage through Association Health Plans and HealthMarts," January 2000, pp. 16–17, http://www.cbo.gov/ftp docs/18xx/doc1815/healthins.pdf. See also William J. Congdon, Amanda Kowalski, and Mark H. Showalter, „State Health Insurance Regulations and the Price of High-Deductible Policies," working paper, January 15, 2005.
- U.S. Congressional Budget Office, „Detailed Projections for Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program," March 6, 2007, p. 9.
- "2008 Annual Report" (pdf). PHRMA. Retrieved 2009-06-20.

XVI თავი

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა

დიდი ფრანგი მწერლის ონორე დე ბალზაკის სიტყვებით: „ქვეყნად არაფერია სრულყოფილი, გარდა უბედურებისა." იდეალური და სრულყოფილი არც არაფერი არსებობს. სრულყოფილება განუწყვეტელი და გამუდმებული მისწრაფებაა სრულყოფისაკენ, ანუ პროცესია და არასოდეს როგორც არსებული, უკვე მიღწეული. როგორი შეიძლება იყოს ჯანდაცვის სრულყოფილი, საუკეთესო სისტემა? ჯანდაცვის ასეთი სისტემა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას, როდესაც ადამიანს აქვს ნებისმიერი სახეების სამედიცინო მომსახურების აბსოლუტურად თავისუფალი არჩევანი.

შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის გარდა, საუკეთესო სისტემის დროს, პაციენტი დაცული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების როგორც ფინანსური, ასევე ფსიქოლოგიური ტვირთისაგან, ანუ პაციენტი იზოლირებულია ხარჯებისაგან. იგი მიიღწევა ისეთ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს მთლიანად იხდის სადაზღვევო კომპანია და/ან სახელმწიფო.[1]

აღმოჩნდა, რომ ჰიპოთეტური საუკეთესო სისტემის ორივე პრინციპი: შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვის ხარჯებისაგან პაციენტის სრული იზოლირება ერთმანეთთან შეუთავსებელია. თუ პაციენტს აქვს სამედიცინო მომსახურებაზე შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა და ამასთან იგი იზოლირებულია ჯანდაცვის ხარჯებისაგან, მაშინ აუცილებლად დადგება სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ლიმიტირების საკითხი (მაგ., სახელმწიფო განსაზღვრავს ჯანდაცვის ბიუჯეტს, პრიორიტეტებს). აქედან გამომდინარე, ზოგი მომხმარებელი ვერ მიიღებს მისთვის სასურველ სამედიცინო მომსახურებას და შესაბამისად, სისტემა არ იქნება ყველასათვის ერთნაირად ხელმისაწვდომი. ფაქტობრივად, ორივე პრინციპი დარღვეულია, რაც ნიშნავს, რომ სრულყოფილი ჯანდაცვის სისტემა არ არსებობს.

მთელ მსოფლიოში შეინიშნება ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა. აშშ-ში მედიქეას სახელმწიფო პროგრამით ხარჯები მთლიანი შიგა პროდუქტის 3%-ს აღწევს, რამაც 2050 წელს შეასაძლოა 9%-ს

1 Kling A. Crisis of abundance. Rethinking how we pay for health care. Cato Institute. Washington. 2008.

მიაღწიოს.[1] მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის უმთავრესი მიზეზია პაციენტის იზოლირება სამედიცინო მომსახურების ხარჯებისაგან[2]. აშშ-ში ჯანდაცვის ხარჯების დაახლოებით 85%-ს იხდის მესამე მხარე – სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია.

ეკონომიკის სხვადასხვა დარგში საქონლის წარმოებას, დაფინანსებას, და განაწილებას თავად კერძო სექტორი ახორციელებს, ცხადია, სახელმწიფოს მცირე მარეგულირებელი როლით. ამისაგან განსხვავებით, ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებასა და მიწოდებაში სახელმწიფო უმთავრესი მოთამაშე გახდა. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი 75%-მდე გაიზარდა, ხოლო აშშ-ში იგი 50%-ს აღწევს. გარდა ამისა, აშშ-ის სადაზღვევო სექტორში სახელმწიფოს შეღავათიანი გადასახადები აქვს დაწესებული, რითაც მის არაპირდაპირ სუბსიდირებას ახდენს. აღნიშნულთან დაკავშირებით, მილთონ ფრიდმანი ხაზს უსვამდა: „რეფორმების უმეტესობა რაც XX საუკუნის მეორე ნახევარში განხორციელდა, არასწორი გზით მიდის... ექიმების, საავადმყოფოების მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებაზე იხდის იხდის არა პაციენტები, არამედ მესამე მხარე – სადაზღვევო კომპანია ან სახელმწიფო."[3]

ჩვეულებრივ, როდესაც ბაზარში რაიმე საქონელს ვყიდულობთ, მესამე მხარე არ იხდის ჩვენს მაგივრად, არამედ პირდაპირ გამყიდველს ვუხდით თანხას. ჯანდაცვის ბაზარზე, როდესაც პაციენტი დაზღვეულია და შემთხვევის დადგომისას არაფერს იხდის, ანუ ხარჯებისაგან იზოლირებულია, იგი არ არის დაინტერესებული ეფექტიანად, მომჭირნედ გასწიოს მკურნალობის ხარჯები. მას სტიმული აქვს ჭარბად მოიხმაროს ჯანდაცვის სერვისები. თავის მხრივ, ექიმისთვისაც მისაღებია, რომ პაციენტი მასთან მიმართვისას არაფერს იხდის, ხოლო სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეულ ხარჯებს, მის მაგივრად, მესამე მხარე (სახელმწიფო და/ან სადაზღვევო კომპანია) დააფინანსებს. შედეგად, ექიმის მიერ დანიშნული სერვისები შესაძლოა აბსოლუტურად არააუცილებელი და არაეფექტიანი აღმოჩნდეს.

ჯანდაცვის ხარჯებისაგან პაციენტების იზოლირებასთან დაკავშირებული უარყოფითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სექტორში თავისუფალი ბაზრის პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს პაციენტსა და ექიმს შორის შუამავლის, მესამე გადახმდელი მხარის როლის შემცირებას

1 Cannon M. F., Tanner M. D. Healthy Competition: What's Holding Back Health Care and How to Free It. Cato Institute. 2005.

2 Kling A. Crisis of abundance. Rethinking how we pay for health care. Cato Institute. Washington. 2008. გვ. 48.

3 Friedman M. How to Cure Health Care. The Public Interest. 2001.

და საკუთარ ჯანმრთელობაზე პიროვნების პასუხისმგებლობის როლის ამაღლებას. სწორედ ამ პრინციპების განვითარებას უწყობს ხელს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების იდეა ჩაისახა აშშ-ში 1970-იან წლებში. პრეზიდენტ ნიქსონის ადმინისტრაციის პერიოდში, 1974 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ეკონომისტმა ჯესი ჰიქსონმა შეიმუშავა ჯანდაცვის ბანკების იდეა. იდეის მიხედვით, დამსაქმებელს ჯანდაცვის თანხები უნდა შეეტანა დაქირავებულთა ინდივიდუალურ შემნახველ ანაბრებზე მათი სამედიცინო საჭიროებისათვის.

ჯესი ჰიქსონის მოსაზრება სამედიცინო შემნახველი ანაბრების შესახებ გაიზიარა ცნობილმა ეკონომისტმა, ნობელის პრემიის ლაურეატმა მილთონ ფრიდმანმა. 1984 წელს სინგაპურში მიიღეს კანონი სამედიცინო შემნახველი ანაბრების შესახებ. აშშ-ში 2003 წელს პრეზიდენტმა ჯორჯ ბუშმა ხელი მოაწერა კანონს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის განვითარების შესახებ.

16.1. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის პრინციპები

სამედიცინო შემნახველი ანაბრები განიხილება როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მეთოდი. იგი წარმოადგენს ინდივიდუალურ შემნახველ ანაბრებს, რომლის მთავარი უპირატესობებია:

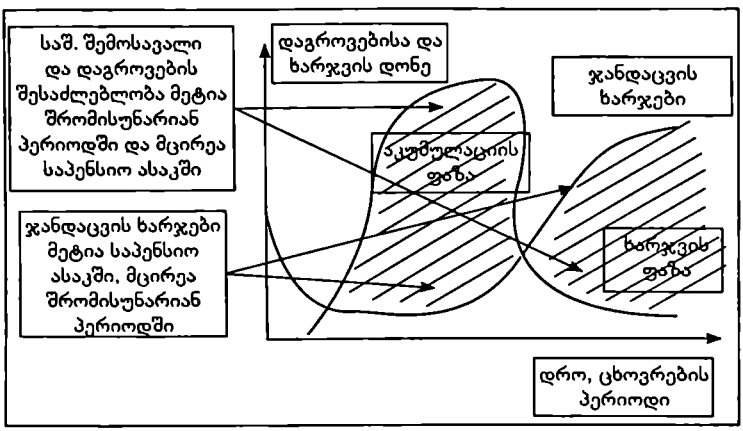
პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება;
მომავალში მოსალოდნელი ჯანდაცვის მაღალი ხარჯებისათვის თანხების დაგროვების ხელშეწყობა (პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილება);
პაციენტების მხრიდან ჯანდაცვის ხარჯებზე კონტროლის სტიმული;
ჯანდაცვის სისტემაში დამატებითი სახსრების მობილიზების სტიმული;
ორიენტაცია პრევენციულ ჯანდაცვაზე (ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა).

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების უმთავრესი უპირატესობაა პაციენტის პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება. იგი ეფუძნება პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილების პრინციპს (Personal Life-Cycle Time Pooling), რაც გულისხმობს აქტი-

ური ცხოვრების პერიოდში თანხების დაგროვებას მომავალში მოსალოდნელი ჯანდაცვის მაღალი ხარჯებისათვის (იხ. ნახ. 1).

პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილება, თანხების დაგროვება, ინდივიდუალური დაგროვების მოცულობა და ჯანმრთელობის ხარჯები

ნახატი 1: სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა



სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემისაგან განსხვავებით, დაზღვევის სისტემა ეფუძნება სოლიდარობის პრინციპს, სადაც დაზღვეულები თავიანთ რისკს გადასცემენ საერთო ფონდს, რომლის მეშვეობით ხორციელდება რისკის გადანაწილება ფონდში გაერთიანებულ დაზღვეულებს შორის.

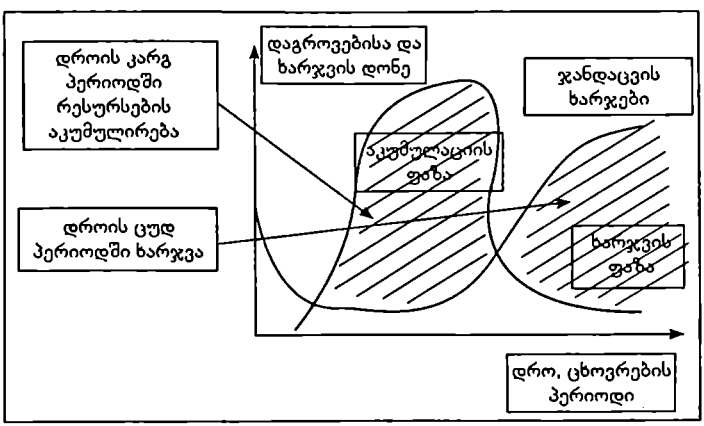
ადამიანის საშუალო შემოსავალი და თანხების დაგროვების შესაძლებლობა მაღალია ეკონომიკურად აქტიურ, ანუ შრომისუნარიან პერიოდში, ვიდრე საპენსიო ასაკში. მეორე მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯები დაბალია ახალგაზრდა ასაკში და ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ეკონომიკურად აქტიურ პერიოდში ადამიანი ინდივიდუალურად აწარმოებს თანხების დაგროვებას, რომელიც შეუძლია გამოიყენოს ცხოვრების შემდგომ პერიოდებში ჯანმრთელობის მოსალოდნელი ხარჯების დასაფარავად.[1]

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა, ანუ თანხების დაგროვება მომავალში მოსალოდნელი ჯანმრთელობის ხარჯებისათ-

1 Hanvoravongchai P. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience. Dsiscussion Paper, N 3 , World Health Organization. Geneva. 2002.

ვის, ამცირებს დაზღვევის სისტემისათვის დამახასიათებელ რისკის გადანაწილების თაობათაშორის ტვირთს.[1] ინდივიდუალური შემნახველი ანაბრები ადამიანს საშუალებას აძლევს რესურსები დააგროვოს დროის კარგ პერიოდში, რაც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს დროის შემდგომ, შედარებით არასასურველ პერიოდში (მაგ. სიბერე, ეკონომიკური კრიზისი, უმუშევრობა).[2] (იხ. ნახ. 2).

ნახატი 2: პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილება, თანხების დაგროვება, ინდივიდუალური დაგროვების მოცულობა და ჯანმრთელობის ხარჯები.



სამედიცინო შემნახველი ანაბრების უმთავრესი მიზანია პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება. იგი ეფუძნება იმ მოსაზრებას, რომ ადამიანთა უმრავლესობა პასუხისმგებელი უნდა იყოს ჯანდაცვის საკუთარ დანახარჯებზე. ამისგან განსხვავებით, დაზღვევისათვის დამახასიათებელია კოლექტიური პასუხისმგებლობა. მდგომარეობას ართულებს ის გარემოება, რომ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას დაზღვეული არაფერს იხდის, იგი იზოლირებულია ხარჯებისაგან, რაც ჯანდაცვის სერვისების ზედმეტად მოხმარების სტიმულებს განაპირობებს. დაზღვევისაგან განსხვავებით, სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დროს მოქმედებს ეკონომიკური პრინციპი – ჯანდაცვის სერვისების მოთხოვნაზე გავლე-

1 Hanvoravongchai P. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience. Dsiscussion Paper, N 3 , World Health Organization. Geneva. 2002.

2 იქვე.

ნას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ფასი, შესაბამისად მცირდება მისი ზედმეტად მოხმარება, არააუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ჩატარების სტიმული. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დროს პაციენტი დაინტერესებულია გასწიოს ჯანდაცვის ხარჯებზე კონტროლი, რადგან რაც უფრო ნაკლებ თანხას დახარჯავს, მით მეტი დაუგროვდება ანგარიშზე და მით მეტად იქნება დაცული მომავალში ჯანდაცვის მოსალოდნელი მაღალი ხარჯებისაგან.

ცხრილი 1: სამედიცინო შემნახველი ანაბრების და დაზღვევის სისტემის შედარება

სამედიცინო შემნახველი ანაბრები	დაზღვევის სისტემა
ეთიკური საშიშროების პრევენცია; ჯანდაცვის ხარჯებზე ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის ხელშეწყობა; სახსრების დაგროვებისკენ მოტივაცია; რააუცილებელი სერვისების თავიდან აცილება; დაგროვილი თანხის გამოყენება მომავალში ჯანდაცვის ხარჯებისათვის	ექიმებს და პაციენტებს არ აქვთ ხარჯთ-ეფექტური მკურნალობის სტიმული. დაზღვეულები დაინტერესებული არიან ჩაიტარონ არააუცილებელი სერვისები, რადგან დაზღვევა ბენეფიციარებს უზრუნველყოფს შემთხვევის დადგომისას უფასო მომსახურებას ან ძალიან დაბალ თანაგადახდებს.
შემნახველი ანაბრები მისდევს ბენეფიციარებს	სადაზღვეო პრემია არ მისდევს ინდივიდუალურ პირებს, დაგროვებით არ იზრდება დროთა განმავლობაში, და არ ფარავს ყველა სერვისებს
ხარჯების შემცირება	ხარჯების ზრდა

პერსონალური პასუხისმგებლობა ითვალისწინებს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების მეშვეობით. რაც უფრო მეტად მისდევს ადამიანი ცხოვრების ჯანსაღ წესს, მით ნაკლებად დასჭირდება სამედიცინო მომსახურება და შესაბამისად, მით მეტს დააგროვებს ანგარიშზე. სინგაპურში პრევენციული ჯანდაცვის ღონისძიებებს ფართო ხელშეწყობა აქვს სახელმწიფოს მხრიდან. ფართოდ ხორციელდება ეროვნული პროგრამების სუბსიდირება (ეროვნული იმუნიზაციის პროგრამა, მკერდის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, აგრეთვე ინტეგრირებული

სკრინინგის პროგრამა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამები).[1]

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების დადებითი მხარეა პორტატიულობა. ფიზიკურ პირებს, რომლებიც ფლობენ ჯანდაცვის შემნახველ ანგარიშებს, სხვა სამუშაო ადგილზე გადასვლისას შეუძლიათ გადაიტანონ თავიანთ ანგარიშზე არსებული ბალანსი.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრები ჯანდაცვის სხვა სერვისებზე, კერძოდ ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების სახეობებზე დამატებითი სახსრების მობილიზების სტიმულს იძლევა. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების მეშვეობით ხორციელდება შედარებით დაბალხარჯიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. რაც უფრო ნაკლებად მოიხმარს პაციენტი ასეთ სერვისებს, მით უფრო მეტი გროვდება თანხა შემდგომ პერიოდში შედარებით ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების ადმინისტრირება შეიძლება ბანკის, სადაზღვევო კომპანიის ან სხვა არასაბანკო ორგანიზაციის მიერ. უფრო ხშირად, ის განთავსდება საბანკო დაწესებულებებში. შედეგად იზრდება ფინანსური ინსტიტუტების სარგებლები, რაც თავის მხრივ, ქვეყნის საბანკო სისტემის მდგრადობას ზრდის. სამედიცინო შემნახველი ანაბრებზე საპროცენტო განაკვეთები, დივიდენდები ან კაპიტალის ზრდა არ ექვემდებარება გადასახადებს. ფიზიკური პირის შემოსავლებს ემატება გადასახადისაგან თავისუფალი დეპოზიტები. აშშ-ის შიგა შემოსავლების სამსახური (Internal Revenue Service) სამედიცინო შემნახველი ანაბრების გახსნაზე აგენს მაქსიმალურ ლიმიტს: 3050 $ ერთი პირზე, 6150 $ ოჯახის მოცვაზე. სინგაპურში სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა (მედისეივი), აშშ-ისგან განსხვავებით, წარმოადგენს სავალდებულო სისტემას.

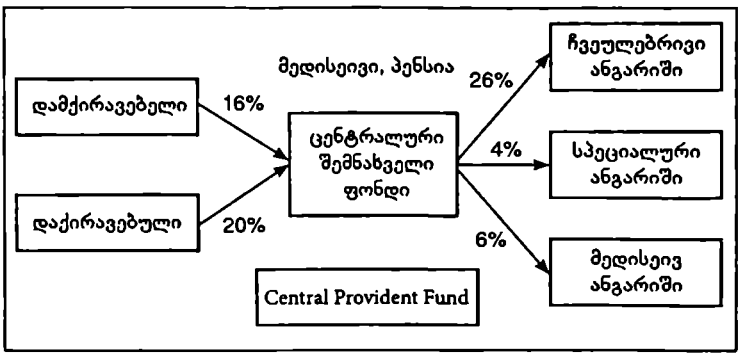
16.2. სინგაპურის მედისეივის პროგრამა

მედისეივი, რომელიც სინგაპურში შემოღებულ იქნა 1984 წელს, წარმოადგენს სავალდებულო სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სქემას. მედისეივი სავალდებულო საპენსიო სქემის (Central Provident Fund – CPF) ერთ-ერთი ნაწილია, სადაც შენატანი შეადგენს ხელფასის 36%-ს (16% დამსაქმებლის წილი და 20% – დაქირავებულის წილი). შენატანების გადახდა ხორციელდება ინდივიდუალურ ანგარიშებზე, საპენსიო და სამედიცინო ხარჯების უზრუნველსაყოფად. შენატანები თავს იყრის ცენტრალურ შემნახველ ფონდში, საიდანაც

1 Khaw B. W. All can afford healthcare. Ministry of Health Singapore. 2010.

ჩვეულებრივ ანგარიშზე გადაირიცხება 26%, სპეციალურ ანგარიშზე 4%, ხოლო ჯანდაცვის ხარჯებისათვის მედისეივის ანგარიშზე გადაირიცხება 6%.

ნახატი 3: ცენტრალურ შემნახველ ფონდში შენატანები



ქვემოთ მოცემული ცხრილი 2 ასახავს ცენტრალურ შემნახველ ფონდში შენატანების განაწილებას ასაკის მიხედვით. დამქირავებელთა და დაქირავებულთა შენატანები განსხვავებულია ასაკის მიხედვით. 55 წლამდე 36%-ს შეადგენს, შემდგომ წლებში მცირდება 8.5%-მდე. 55 წლამდე დამქირავებელთა შენატანები შეადგენს 16%-ს, ხოლო დაქირავებულთა შენატანები შეადგენს ხელფასის 20%-ს. 55 წლის ზევით შენატანების ზომა სხვადასხვაა და იცვლება ასაკის მატებასთან ერთად. 55-60 წლამდე დამქირავებელთა და დაქირავებულთა შენატანები შეადგენს შესაბამისად 6 და 12.5%-ს, 60-65 წლის ასაკში – 3.5 და 7.5%-ს, ხოლო 65 წელზე ზევით ასაკში – 3.5 და 5%-ს. ამასთან, საპენსიო ნაწილის შენატანების გადახდა წყდება 65 წლის ზევით. მედისეივის ანგარიშზე შენატანები ასევე დამოკიდებულია ასაკზე და იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად, კერძოდ, 35 წლამდე შენატანი შეადგენს ხელფასის 6%-ს, 35-45 წლის ასაკში – 7%-ს, 45-65 წლის ასაკში – 8%-ს. 60 წელს ზევით – 8,5%-ს.[1]

მედისეივის ანგარიშზე თანხის მაქსიმალურ რაოდენობას განსაზღვრავს მედისეივის შენატანების ზღვარის (Medisave Contribution Ceiling – MCC) ორგანიზაცია. 2009 წლის მონაცემებით, იგი შეადგენდა $37,000-ს. ნებისმიერი შენატანი, რომელიც აღემატება დადგენილ ზღვარს, გადატანილ იქნება 55 წლამდე ასაკის პირთა სპეციალურ ანგარიშზე, ხოლო 55 წელს ზევით პირებისათვის კი გადაიტანება საპენსიო ანგარიშზე. როდესაც 55 წლის ზევით პირს სურს გავი-

1 Ministry of Health Singapore, 2013.

ცხრილი 2: ცენტრალურ შემნახველ ფონდში შენატანების განაწილება

დაქირავებულის ასაკი (წლები)	დამქირავებლის შენატანები (ხელფასის %)	დაქირავებულის შენატანები (ხელფასის %)	შენატანები სულ (ხელფასის %)	ჩვეულებრივი ანგარიში (%)	სპეციალური ანგარიში (%)	მედისეივის ანგარიში (%)
35 და ნაკლები	16	20	36	26	4	6
35-45	16	20	36	23	6	7
45-55	16	20	36	22	6	8
55-60	6	12.5	18.5	10.5	0	8
60-65	3.5	7.5	11	2.5	0	8.5
65-ზე მეტი	3.5	5	8.5	0	0	8.5

დეს მედისეივის სქემიდან, მას ანგარიშზე უნდა ჰქონდეს მინიმუმ $32,000 (2009), ხოლო აღნიშნული თანხის ზევით არსებობის შემთხვევაში შეუძლია გაიტანოს მხოლოდ ამ მინიმალურზე მეტი თანხა.

მედისეივი სავალდებულო სისტემაა. შენატანების გადახდა სავალდებულოა როგორც დასაქმებულებისათვის, ასევე იმ თვითდასაქმეულისათვის, რომლის წლიური შემოსავალი აღემატება $6,000-ს. ფაქტობრივად, მედისეივით სინგაპურის მოსახლეობის დაახლოებით 85%-ია მოცული. 2008 წლის დეკემბრის მონაცემებით, სინგაპურელს მედისეივის ანგარიშზე გააჩნდა დაახლოებით 10,000 აშშ დოლარი.[1]

მედისეივით ფინანსდება ბენეფიციარის (აგრეთვე ოჯახის წევრთა) ჰოსპიტალური და ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეობები (ქირურგიული პროცედურები, იმუნიზაცია, სკრინინგი, ოჯახის დაგეგმარების სერვისები, ფსიქიატრიული მომსახურება).

16.3. კატასტროფული სამედიცინო ხარჯები

ინდივიდუალური ანაბრებით დაგროვილი თანხა არ არის საკმარისი კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისგან დასაცავად (HIV/AIDS, ქრონიკული დაავადებები, თირკმლის უკმარისობა...). კატასტროფულ ხარჯებთან გამკლავება მხოლოდ სხვა ადამიანებთან

1 Ministry of Health Singapore, 2013.

ერთად სოლიდარობის, ანუ დაზღვევის უმთავრესი პრინციპის გაზიარებითაა შესაძლებელი. სოლიდარობა გულისხმობს ერთი ადამიანის შესაძლო რისკის განაწილებას სხვა დანარჩენებზე, ანუ რისკები გადანაწილდება ყველა დაზღვეულზე და მათგან ანაზღაურებას მიიღებს მხოლოდ ის, ვისაც მიადგა ზარალი. დაზღვევის დროს ადამიანები თავიანთ რისკს გადასცემენ საერთო ფონდს. რაც უფრო მეტი ადამიანი უზიარებს ერთმანეთს რისკს, მით მეტია სარგებელი, და რაც მთავარია, მით ნაკლებია სადაზღვევო პრემია, და შესაბამისად ნაკლებია სამედიცინო მომსახურების ხარჯი.

ეკონომიკური თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის დაზღვევა თავისი არსით განსხვავდება იმისაგან, რასაც ჩვენ დღეს ჯანმრთელობის დაზღვევას ვუწოდებთ. დაზღვევის არსიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის რისკი უნდა იყოს შემთხვევითი, მოულოდნელი. პროგნოზირებადი რისკი არ არის დაზღვევადი რისკი (მაგალითად, ფიზიოლოგიური მშობიარობა, გეგმური ოპერაციები, ექიმთან გეგმური კონსულტაციები...), დაზღვევადია მხოლოდ არაპროგნოზირებადი რისკები (მაგ. პათოლოგიური მშობიარობა). ჯანმრთელობის დაზღვევამ უნდა მოიცვას უმთავრესად ისეთი დაავადებები, რაც კატასტროფულ ხარჯებს განაპირობებს (ქრონიკული დაავადებები). არაპროგნოზირებადი, მაგრამ მცირეხარჯიანი რისკი არ არის დაზღვევადი (მაგალითად, მწვავე ბრონქიტი).

კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისათვის აშშ-ში მოქმედებს მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა (High Deductible Health Plan – HDHP), ხოლო სინგაპურში – მედიშილდის (Medishield) სქემა. უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემით სარგებლობისათვის აუცილებელია კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დაზღვევის სქემაში გაწევრიანება.

16.4. მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა

აშშ-ში მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა (High Deductible Health Plan – HDHP) შემოღებულ იქნა 2003 წელს. სადაზღვევო კომპანიებს, სქემის განხორციელების შეთხვევაში, მიეცათ გრკვეული საგადასახადო შეღავათები. სქემაში გასაწევრიანებლად დაწესებულია მინიმალური ფრანშიზა 1000 $ ერთი პირისათვის და 2000 $ – ოჯახისათვის. 2008 წლის მონაცემებით, ამ სქემით მოცულია 65 წლამდე ასაკის პირთა 8% (7 მლნ. პირი).

ფრანშიზა არის ზარალის ნაწილი, რომელიც აკლდება სადაზღვევო ანაზღაურებას და იფარება დაზღვეულის მიერ, ანუ მას არ ფარავს სადაზღვევო ორგანიზაცია. რაც უფრო მაღალია ფრანშიზა,

მით მეტი სტიმული აქვთ პაციენტებს უფრო შეგნებულად მიუდგნენ ხარჯებს სამედიცინო მომსახურების მისაღებად გადაწყვეტილების მიღებისას. აღნიშნული ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ჭარბად მოხმარებას, რაც, მთლიანობაში, თანხების ეკონომიის (დაგროვების) საშუალებას იძლევა. ამასთან, რაც უფრო მაღალია ფრანშიზა, მით დაბალია სადაზღვევო პრემია და შესაბამისად უფრო მიმზიდველია მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის.

16.5. მედიშილდი

1990 წელს სინგაპურში დაინერგა მედიშილდი (Medishield), რომელიც მაღალხარჯიანი დაავადებების ნაციონალური სადაზღვევო სქემაა (მაღალი ფრანშიზის კატასტროფების დაზღვევის სქემა). იგი მოიცავს 70 წლამდე პირთა იმ ქრონიკული დაავადებების მნიშვნელოვან კომპონენტს, რაც არ არის დაფარული მედისეივით. მსგავსად აშშ-ისა, სადაც სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემით ყველა მოსარგებლე გაერთიანებულია კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დაზღვევის სქემაში, სინგაპურშიც მედისეივის ყოველი წევრს შეუძლია აირჩიოს მედიშილდის სქემა (მედიშილდით მოცულია სინგაპურის მოსახლეობის 88%). მედიშილდისათვის პრემიების გაიცემა ინდივიდუალურ პირთა მედისეივის ანგარიშიდან. თუ აშშ-ში ამ სქემით გამოიყენება მაღალი ფრანშიზა, სინგაპურში შემოღებულია მაღალი თანაგადახდების მექანიზმები. თანაგადახდა ამცირებს პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების ზედმეტ მოხმარებას. ბოლო წლებში სახელმწიფომ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს ნება დართო მედიშილდის მსგავსი სქემების განხორციელებაზე, რის გამოც მოსახლეობას აქვს არჩევანი მედიშილდსა და კერძო სადაზღვევო კომპანიას შორის.

16.6. დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ დაბალშემოსავლიან მოსახლეობას არ აქვს სამედიცინო შემნახველ ანაბრებზე თანხის დაგროვების შესაძლებლობა. ამ პრობლემის აღმოსაფხვრელად 1993 წლიდან სინგაპურში არსებობს მედიფონდის სქემა. იგი სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებული საქველმოქმედო ფონდია, რომელიც განკუთვნილია იმ პირთა სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად, რომლებიც

მონაწილეობენ მედისეივის ან მედიშილდის სქემებში, მაგრამ ჯანდაცვის ხარჯებთან დაკავშირებით აქვთ ფინანსური სირთულეები (მოსახლეობის დაახლოებით 10% სარგებლობს). მედიფონდით სარგებლობის კრიტერიუმია საჭიროება, რომელიც ეფუძნება პაციენტის ფინანსურ მდგომარეობას სამედიცინო მომსახურებაზე განაცხადის დროს.

გარდა ამისა, სახელმწიფო ახორციელებს მიზნობრივ სუბსიდიებს მათთვის, ვინც ყველაზე მეტად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას. სახელმწიფო საავადმყოფოებში არის სხვადასხვა კლასის პალატები, რომლებიც სახელმწიფოს მხრიდან განსხვავებულად ფინანსდება. სახელმწიფო საავადმყოფოების 80%-ს სახელმწიფო აფინანსებს (B2 და C კლასის პალატები), დანარჩენი 20% მცირედ სუბსიდირდება (B1 კლასის პალატები), ხოლო A კლასის საწოლები საერთოდ არ ფინანსდება. პაციენტებს უფლება აქვთ აირჩიონ პალატები თავიანთი ფინანსური შესაძლებლობების მიხედვით.

A კლასის პალატები ერთადგილიანი და ყველაზე კეთილმოწყობილია, რომელთაც გააჩნიათ თავისი სააბაზანო, კონდიციონერი, ტელევიზორი, ინტერნეტით უზრუნველყოფა. A კლასის პალატების საწოლები საერთოდ არ სუბსიდირდება სახელმწიფოს მიერ. B1 კლასის პალატები ოთხადგილიანია და სახელმწიფოსგან სუბსიდირდება 20%-ით. B2 კლასის პალატები 6 ადგილიანია, სახელმწიფო ახდენს 60%-ზე მეტი თანხით სუბსიდირებას. C კლასის პალატები 8 და მეტადგილიანია და სახელმწიფო აფინანსებს 80%-ზე მეტი თანხით (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3: პალატების სახეები და შესაბამისი სუბსიდირება

პალატა	ოთახების რაოდენობა	სუბსიდირება
A	1	0%
B1	4	20%
B+	5	50%
B2	6	60%-ზე მეტი
C	8	80%-ზე მეტი

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებულ პალატებს მიმართავენ არამარტო დაბალშემოსავლიანი სინგაპურელები, არამედ ხშირად მაღალშემოსავლიანი პირებიც. 2005 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გავრცელებული ინფორმაციის მიხედვით, მაღალშემოსავლიან სინგაპურელთა 22.1%-მა აირჩია B2 ან C კლასის პალატებში სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება. 2009 წლის 1 იანვრიდან სინგაპურში ამოქმედდა სპეციალური

პროგრამა, რომელიც დაბალშემოსავლიან პაციენტებს სახელმწიფო საავადმყოფოებში სტაციონარული მომსახურების მისაღებად სუბსიდიებით სარგებლობის მეტ საშუალებას აძლევს, ვიდრე მაღალშემოსავლიანებს. სუბსიდიები დამოკიდებულია პირად შემოსავალსა და საცხოვრებელის ტიპზე. ასევე, სინგაპურში შემუშავებულ იქნა „ბევრი დამხმარე ხელი“-ს კონცეფცია, რომელიც გულისხმობს საზოგადოების თვითორგანიზებას უმწეო ადამიანების მხარდასაჭერად, მათ მონაწილეობას როგორც სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში, ასევე საქველმოქმედო შემოწირულობების გაცემაში. „ბევრი დამხმარე ხელი“-ს პროგრამას ძირითადად არამომგებიანი ორგანიზაციები ახორციელებენ, რომლებსაც სახელმწიფო გარკვეულ დახმარებას უწევს. „ბევრი დამხმარე ხელები“-ს კონცეფციის გასაგებად შეიძლება მოვიყვანოთ აღმოსავლური ანდაზა: „მიეცი ადამიანს თევზი და მას ერთი დღე ექნება საკვები, ასწავლე მას თევზის ჭერა და მას მთელი სიცოცხლე ექნება საკვები.“ იგი ეფუძნება იმ იდეას, რომ სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს ადამიანს, ასწავლოს მას დამოუკიდებლად „თევზის ჭერა,“ და ამით განავითაროს მასში დამოუკიდებლად თავის გამოკვების უნარი, ვიდრე დაეხმაროს მასთან სათხოვნელად მისულს. ასეთი მიდგომა ავითარებს და აძლიერებს თავად საზოგადოებას.

ამგვარად, სინგაპურის ჯანდაცვა წარმოდგენილია „3 მ“ სისტემით:

მედისეივი (შეიქმნა 1984 წ.) – სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სავალდებულო სქემა დასაქმებული მოსახლეობისათვის;
მედიშილდი (1990) – მაღალხარჯიანი სამედიცინო მომახურების სადაზღვევო სქემა;
მედიფონდი (1993) – ჯანდაცვის საქველმოქმედო ფონდი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ და დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის.

გარდა ამისა, 2002 წელს სინგაპურში შემოიღეს „ელდერშილდი“-ს (Eldershield) პროგრამა ასაკოვან პირთა სხვადასხვა სახეობის დაავადებების დასაფინანსებლად. იგი ზემოაღნიშნული სამი სქემის დამატებაა. ელდერშილდი კერძო სადაზღვევო სქემაა, რომლის მიზანია მძიმე ინვალიდობის შემთხვევაში (განსაკუთრებით ასაკოვან პერიოდში) სამედიცინო ხარჯების დაფინანსება.

მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი დაზღვეულია „ინტეგრირებული შილდის სქემით.“ იგი ასევე კერძო დაზღვევაა. მასში დასაზღვევად აუცილებელია მედიშილდის სქემაში გაერთიანება.

სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ელემენტებია:

უნივერსალური მოცვა;

შერეული, სახელმწიფო-კერძო კონკურენტული ბაზარი;
შერეული დაფინანსების მეთოდები (გადასახადები, სამედიცინო შემნახველი ანაბრები, დაზღვევა);
კერძო და სახელმწიფო სისტემებს შორის არჩევანის შესაძლებლობა;
პერსონალური და სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ოპტიმალური დაბალანსება;
პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლების ხელშეწყობა (თანაგადახდების მექანიზმების დანერგვა);
მომავალში მოსალოდნელი ხარჯების მიმართ მდგრადობა (სამედიცინო შემნახველი ანაბრები);
კატასტროფულ ხარჯებზე რისკის პულინგი და სოციალური დაცვა (დაზღვევის სისტემა);
მიზნობრივი სუბსიდირება და თანაბარი განაწილება უმწეო და ღარიბთათვის (გადასახადი);
სახელმწიფო მონაწილეობს სტანდარტების და ფასების დადგენაში;
საავადმყოფოს საწოლების, ექიმების და მაღალი ხარჯის სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენების რეგულირება.

16.7. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემა

სინგაპურში სამედიცინო მომსახურების მიწოდების შერეული სისტემაა. სახელმწიფო აფინანსებს გადაუდებელი სახელმწიფო საავადმყოფოების პალატებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების 80%-ს.[1]

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების კერძო მიმწოდებლები შეადგენენ 80%-ს. მედდის სახლებსა და მოვლის ცენტრებში მომსახურეობას ეწევიან კერძო საქველმოქმედო ორგანიზაციები, რომელთა უმრავლესობა ფინანსდება საზოგადოებრივი სახსრებით.

სინგაპურში პირველადი ჯანდაცვა ხორციელდება ამბულატორია-პოლიკლინიკებისა და კერძო სამედიცინო პრაქტიკის კლინიკების მეშვეობით. პირველადი ჯანდაცვა წარმოდგენილია 18 სახელმწიფო პოლიკლინიკის (20%) და 2,400 კერძო სამედიცინო კლინიკის სახით (80%).[2] (იხ. ცხრილი 4).

1 Ministry of Health Singapore, 2013.
2 იქვე.

ცხრილი 4: პირველადი ჯანდაცვის და ჰოსპიტალური მომსახურების სისტემა, სინგაპური, 2012 წ.

	პირველადი ჯანდაცვა	ჰოსპიტალური მმსახურება	საწოლების პროცენტული განაწილება
სახელმწიფო სისტემა	20% (18)	15	85%
კერძო სისტემა	80% (2400)	10	15%

65 წლისა და ზემოთ ასაკის მოქალაქეებისათვის, აგრეთვე 18 წლამდე ბავშვებისათვის პოლიკლინიკებში ამბულატორიულ კონსულტაციებზე დაწესებულია 75%-იანი შეღავათი, სხვა მოქალაქეებისათვის – 50%-იანი შეღავათი.

ჰოსპიტალური სერვისების განსახორციელებლად, 2012 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 25 საავადმყოფო. საწოლთა რაოდენობა შეადგენდა 10756-ს (2 საწოლი მოსახლეობის 1000 სულზე).[1] საწოლთა 85% თავმოყრილია 15 სახელმწიფო საავადმყოფოსა და სპეციალიზებულ ცენტრში (საწოლთა რაოდენობა შეადგენს 185-დან 2010-მდე) და 10 კერძო საავადმყოფოებში (საწოლთა რაოდენობა შეადგენს 20-დან 345-მდე).[2] სახელმწიფოს დომინანტური როლი უკავია ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში. 15 სახელმწიფო საავადმყოფოდან 6 ზოგადი პროფილისაა, 1 ქალთა და ბავშვთა საავადმყოფოა, 1 – ფსიქიატრიული და 6 – ნაციონალური ცენტრი (ონკოლოგიური, კარდიოლოგიური, ოფთალმოლოგიური, დერმატოლოგიური, ნევროლოგიური და სტომატოლოგიური) და მრავალპროფილიანი სამედიცინო ცენტრი.[3]

სახელმწიფო საავადმყოფოებში პაციენტებს შეუძლიათ აირჩიონ პალატები. სახელმწიფო საავადმყოფოების 81% სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირდება (B2 და C კლასის პალატები), 19% ნაწილობრივ სუბსიდირდება (B1 კლასის პალატები), ხოლო A კლასის პალატების საწოლები საერთოდ არ ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ. 2012 წლის მონაცემებით, გადაუდებელი დახმარების სახელმწიფო საავადმყოფოებში საწოლზე დაყოვნების საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 5,8 დღეს, ხოლო დატვირთვის საშუალო მაჩვენებელი 85%-ს.[4]

ბოლო წლებში მთავრობამ მოახდინა სახელმწიფო საავადმყოფოების რესტრუქტურიზაცია, რის შედეგად მათ მიიღეს მართვის

1 Ministry of Health Singapore, 2013.
2 იქვე.
3 იქვე.
4 იქვე.

ავტონომია. რესტრუქტურიზებული საავადმყოფოები კერძო საავადმყოფოებისგან იმით განსხვავდება, რომ ისინი სახელმწიფოსგან ღებულობენ ყოველწლიურ სუბსიდიას და ფუნქციონირებენ როგორც სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი არაკომერციული (არამომგებიანი) ორგანიზაციები.[1]

16.8. სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მაჩვენებლები

სინგაპურის მთელი მოსახლეობა მოცულია უნივერსალური ჯანდაცვით. დაფინანსების შერეული სისტემა საბაზრო მექანიზმების დანერგვასა და კონკურენციის ხელშეწყობის საშუალებას იძლევა. ჯანდაცვის ხარჯები მშპ-ის 4%-ს შეადგენს, რაც განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელზე გაცილებით დაბალია.[2] ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს მთლიანი სახელმწიფო ხარჯების 7.2%-ს.[3] (იხ. ცხრილი 5).

ცხრილი 5: სინგაპურის ჯანდაცვის დაფინანსება

	1995	2000	2005	2010
ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯები (GDP %)	3.0	2.4	3.4	4.0
სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების %)	50.5	51.4	30.4	36.3
კერძო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების %)	49.5	48.6	69.6	63.7
სახელმწიფო დანახარჯები (ჯანდაცვაზე მთლიანი სახელმწიფო ხარჯების %)	9.4	6.2	7	8
კერძო დაზღვევა (ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების %)	0	0	11	12.6

მიუხედავად იმისა, რომ სინგაპურის ჯანდაცვის ხარჯები განვითარებული ქვეყნების ხარჯებზე გაცილებით ნაკლებია, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები (სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, ბავშვთა სიკვდილიანობა, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასე-

1 Ministry of Health Singapore, 2013.
2 იქვე.
3 იქვე.

ბით, ერთ-ერთი საუკეთესოა მსოფლიოში. ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1,000 ცოცხალშობილზე შეადგენს 3-ს, რაც დაბალია დიდი ბრიტანეთის (5.9) და აშშ-ში (7.6) მაჩვენებელზე (14). სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემით კმაყოფილია სინგაპურელთა 85%. საშუალო მოცდის დრო ქირურგიულ სერვისებზე შეადგენს 2 კვირას, ხოლო დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა საავადმყოფოში – 5 დღეს. 2006 წელს 400000 საზღვარგარეთელი ღებულობდა სამედიცინო მომსახურებას სინგაპურში.

სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასა და დაფინანსებაში სახელმწიფოს ჩარევების და საბაზრო მექანიზმების გამოყენების კომბინაციას. სინგაპურის მიდგომა, ყველაზე თვალნათლივ, ფორმულირებულია „ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის" ხუთ პრინციპში, რომელიც 1993 წლის ოქტომბერში გამოქვეყნდა სინგაპურის მთავრობის ანგარიშში. ეს პრინციპებია:

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, პრევენციულ ჯანდაცვაზე ორიენტაცია;

თითოეული მოქალაქის ჯანმრთელობის პერსონალური პასუხისმგებლობის ხელშეწყობა. სახელმწიფოს საერთო კეთილდღეობაზე და სამედიცინო დაზღვევაზე ზედმეტად დამოკიდებულების თავიდან აცილება;

ყველა სინგაპურელისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;

სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის ამაღლება კონკურენციისა და საბაზრო პრინციპების ფართო გამოყენებით;

სახელმწიფო ჩარევების განხორციელება იმ შემთხვევაში როდესაც ბაზრის მეშვეობით ვერ ხერხდება ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება.

აშშ-ისაგან განსხვავებით, სადაც პრაგმატიზმი ხშირად ნიშნავს საზოგადოებრივი აზრის გათვალისწინებას და პოლიტიკურ კომპრომისებს, სინგაპურის პრაგმატიზმით პოლიტიკაში მისაღები გადაწყვეტილებები ეფუძნება რეალურ შედეგებს და არა მათ პოპულარობას. პრაქტიკულად, პრაგმატიზმი არის უტილიტარიზმის სინონიმი.[1] შესაბამისად, სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა ერთ-ერთი ყველაზე ხარჯთ-ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემაა მსოფლიოში.

სინგაპურის მთავრობას არ აქვს არაპოპულარული გადაწყვეტილებების მიღების შიში. ხარჯების ეფექტიანობის და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირების მიზნით, ძვირადღირებული მკურნალობის მეთოდებზე ხელმისაწვდომობა ხშირად შეზღუდულია. 1993 წელს მთავრობის მიერ გამოქვეყნებულ მოხსენებაში აღნიშნულია, რომ

1 Lee UW. U.S. Prof Muses on Singapore Pragmatism. The Business Times. 2008.

„ჯანდაცვაზე განხორციელებულმა დანახარჯებმა უნდა მოგვცეს მაქსიმალურად საუკეთესო შედეგი, რისთვისაც საჭიროა ხარჯთ-ეფექტიან მკურნალობაზე მეტი რესურსების გამოყოფა."[1]

მედიკამენტების დაფარვაზე გადაწყვეტილება მიიღება „მედიკამენტების სტანდარტული სიის" საფუძველზე, რომელიც წარმოადგენს „კლინიკურად შესაბამისი და ხარჯთ-ეფექტიანი მედიკამენტების სიას და განიხილება, როგორც ძირითადი სამკურნალო საშუალებები, რაც აუცილებელია მოსახლეობის უმრავლესობაში გავრცელებული დაავადებათა მართვისათვის."[2] მსგავსი მიდგომა გამოიყენება ქირურგიული პროცედურებისათვის. მაგალითად, აორტის სარქველის პერკუტანული (კანიდან შეღწევით განხორციელებული) ჩანაცვლება, რომელიც პირველად საფრანგეთში იქნა განხორციელებული 2002 წელს, არის უსაფრთხო პროცედურა, ვიდრე გულის ოპერაციამდე აორტის სარქველის ღია ჩანაცვლება. სინგაპურში, აორტის სარქველის პერკუტანული ჩანაცვლებას სთავაზობენ მაღალი ქირურგიული რისკის მქონე პაციენტებს, რომლებზეც ვერ ტარდება აორტის სარქველის ჩვეულებრივი ჩანაცვლება.[3] მიუხედავად ამისა, აღნიშნული ოპერაციის ხარჯებს სახელმწიფო არ აფინანსებს. მისი წყარო საქველმოქმედო შემოწირულებებია.[4] გულის ეროვნული ცენტრი აქტიურად მონაწილეობს ასეთი პაციენტებისათვის თანხების შესაგროვებლად სპეციალური ფონდის მეშვეობით.

სინგაპურის ჯანდაცვის სამინისტროს 2010 წლის ანგარიშის მიხედვით, „მდგრადი ჯანდაცვის სისტემის გასაღებია ჯანდაცვის დეპოლიტიზება, ბაზრის ჩავარდნების მინიმუმამდე დაყვანა, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება ეკონომიკის სხვა დარგების მსგავსად."[5] სახელმწიფო ჯანდაცვის სექტორს არეგულირებს მხოლოდ „საჭიროების შემთხვევაში, როდესაც ბაზარს არ შეუძლია ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება."[6] შეიძლება ითქვას, რომ სახელმწიფო ჩარევების მიზანია არა ბაზრის როლის შემცირება, არამედ მისი სწორი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

1 Ministry of Health Singapore. White Paper on Affordable Healthcare, 1993.

2 Li SC. Health Care System and Public Sector Drug Formulary in Singapore". ISPOR Connections. 2010.

3 Chao VTT., Chua Y L., Chiam P T L., Lee C Y., See Tho V Y., Tan S Y., Sin Y K., Hwang N C., Lim S T., Koh T H. Percutaneous Transcatheter Aortic Valve Replacement: First Transapical Implant in Asia, Singapore Medical Journal, 51(1) 01/2010; 51(1): 69-72.

4 Lim J,. Clive T. Strategic Orientations in Singapore Healthcare. CGL (Centre for Governance and Leadership). Ethos Issue 9, Jun. 2011.

5 Ministry of Health Singapore, 2010.

6 Singapore Government, White Paper on Affordable Healthcare. 1993.

2004 წელს, ჯანდაცვის სამინისტრომ დაიწყო საავადმყოფოთა ანგარიშგების გამოქვეყნება, სადაც ნაჩვენებია საავადმყოფოთა ხარჯებს შორის განსხვავებები. აღნიშნულმა ხელი შეუწყო კონკურენტული ფასების მოტივაციას. პაციენტის მიერ ინფორმირებული არჩევანის ხელშეწყობის მიზნით ჯანდაცვის სამინისტრო პერიოდულად აქვეყნებს პაციენტის კმაყოფილების კვლევებს, მკურნალობის ხარისხის შესახებ ინფორმაციას. ეროვნული ელექტრონული ჯანდაცვის ჩანაწერები ასევე შეიძლება ჩაითვალოს არა მხოლოდ როგორც პაციენტთა უსაფრთხოების ინსტრუმენტი, არამედ სამედიცინო ბაზრის განვითარების ხელშემწყობი ღონისძიება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში აღიარებულია ერთ-ერთ ყველაზე წარმატებულ სისტემად, როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ეფექტურობით, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლებით. 2000 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯანდაცვის სისტემის მაჩვენებლებით 191 ქვეყნებს შორის სინგაპურს მეექვსე ადგილი მიანიჭა, ხოლო 2003 წელს, პოლიტიკური და ეკონომიკური რისკის საკონსულტაციო ჯგუფმა [Political and Economic Risk Consultancy – PERC] ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოს ყველაზე საუკეთესო სამეულში შეიყვანა.

არ არსებობს ეფექტური ჯანდაცვა სახელმწიფო და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობების კომბინაციის გარეშე. ამის საუკეთესო მაგალითია სინგაპურის ჯანდაცვა. საქართველომ უდავოდ უნდა გაიზიაროს ის გამოცდილება, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკით დაგროვდა. რამდენად მისაღებია სინგაპურის სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა საქართველოსთვის? – თუ გავითვალისწინებთ სინგაპურის პოზიტიურ შედეგს, პასუხი, ალბათ, დადებითი იქნება.

ლიტერატურა:

- Cannon M. F., Tanner M. D. Healthy Competition: What's Holding Back Health Care and How to Free It. Cato Institute. 2005.
- Chao VTT., Chua Y L., Chiam P T L., Lee C Y., See Tho V Y., Tan S Y., Sin Y K., Hwang N C., Lim S T., Koh T H. Percutaneous Transcatheter Aortic Valve Replacement: First Transapical Implant in Asia, Singapore Medical Journal, 51(1) 01/2010; 51(1): 69-72.
- Friedman M. How to Cure Health Care. The Public Interest. 2001.
- Hanvoravongchai P. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience. Dsiscussion Paper, N 3 , World Health Organization. Geneva. 2002.
- Kling A. Crisis of abundance. Rethinking how we pay for health care. Cato Institute. Washington. 2008.

- Khaw B. W. All can afford healthcare. Ministry of Health Singapore. 2010.
- Lee UW. U.S. Prof Muses on Singapore Pragmatism. The Business Times. 2008.
- Li SC. Health Care System and Public Sector Drug Formulary in Singapore". ISPOR Connections. 2010.
- Lim J,. Clive T. Strategic Orientations in Singapore Healthcare. CGL (Centre for Governance and Leadership). Ethos Issue 9, Jun. 2011.
- 1Ministry of Health Singapore. White Paper on Affordable Healthcare, 1993.
- 1Ministry of Health Singapore, 2010.
- Ministry of Health Singapore, 2013.
- 1Singapore Government, White Paper on Affordable Healthcare. 1993.
- World Health Organization, Global Health Expenditure Database, 2012.