



საქართველოს უნივერსიტეტი  
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა  
სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

*ხელნაწერის უფლებით*

ქეთევან გოგინაშვილი

საქართველოში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელები და  
ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შეფასება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად  
წარმოდგენილი ნაშრომის

სადისერტაციო მაცნე

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

თბილისი

2021

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის  
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლაში.

სადისერტაციო საბჭოს შემადგენლობა:

თავმჯდომარე: ვასილ ტყეშელაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ამირან გამყრელიძე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი

შიდა ექსპერტი: ოთარ ვასაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

შიდა ექსპერტი: ნინო დავითაია, ეკონომიკის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული  
პროფესორი

გარე ექსპერტი: პაატა იმნაძე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი: მარინე ბაიდაური, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული  
პროფესორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2021 წლის „\_“ \_\_\_\_\_, \_\_\_ საათზე ონლაინ ან

მისამართზე: თბილისი, კოსტავას 77ა, #519 აუდიტორია.

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში

სადისერტაციო მაცნე დაიგზავნა 2021 წლის \_ ივლისს

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი:

სადოქტორო საფეხურისა და საკვალიფიკაციო ნაშრომების მენეჯერი:  
ნათია მანჯიკაშვილი

შინაარსი

შესავალი..... 4

    თემის აქტუალობა..... 4

    კვლევის ძირითადი მიზანი და ამოცანები ..... 6

    ნაშრომის სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება ..... 8

    დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები..... 10

    ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა..... 12

    ნაშრომის აპრობაცია..... 12

    პუბლიკაციები ..... 12

კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები ..... 13

კვლევის ძირითადი შედეგების რეზიუმე..... 14

დასკვნები და რეკომენდაციები..... 24

დისერტაციის თემასთან დაკავშირებული პუბლიკაციების ნუსხა..... 26

## შესავალი

### თემის აქტუალობა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ყოფილ გენერალურ დირექტორს დოქტორ მარგარეტ ჩანს ეკუთვნის სიტყვები „ჯანმრთელობის საუკეთესო მდგომარეობა ცხოვრების ყველა ეტაპზე არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და არა ზოგიერთებისთვის არსებული პრივილეგია. კარგი ჯანმრთელობა არის ქვაკუთხედი და წყარო ქვეყნის ეკონომიკური და სოციალური სტაბილურობისთვის, რომლის მეშვეობითაც მცირდება სიღარიბე და იქმნება შენატანი და სარგებელი მდგრადი განვითარებისთვის.“ (Chan/ჩანი, 2015).

გამომდინარე აქედან, სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს და გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების გარანტიას.

აღნიშნული თავისთავში მოიცავს ჯანდაცვის პოლიტიკის სამ სპეციფიკურ მიზანს: სამართლიანობა ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობაში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ფინანსური დაცვა. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტია მაქსიმალურად უზრუნველყოს სამივე მიზნის განხორციელება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაქსიმალური შესაძლებლობის ხელშეწყობისთვის.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიზნით, ქვეყანაში განხორციელდა მრავალფეროვანი რეფორმები. ორი ათეული წლის მანძილზე, სხვადასხვა პერიოდში, მოხდა ჯანდაცვის სისტემის კლასიკური მოდელების სხვადასხვა ტიპის ტესტირება და, ამჟამად, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა რეფორმების ახალ ეტაპზეა. გატარებული რეფორმების მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა, რომელიც გულისხმობს მოსახლეობის ფინანსური რისკებისაგან დაცვას და მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების უზრუნველყოფას.

1991-1994 წლებში საბჭოთა კავშირის მემკვიდრეობის შედეგად, საქართველოში ინერციით მუშაობდა ჯანდაცვის საბჭოთა, ე.წ. სემაშკოს მოდელი. ქვეყანაში განვითარებულ ეკონომიკურ დაღმასვლას შედეგად მოჰყვა არარეგულირებული სამედიცინო ბაზარი, სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მინიმუმამდე შემცირება, ინფრასტრუქტურის რადიკალური ამორტიზაცია. ამ პერიოდში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარაჯი ერთ სულ მოსახლეზე 130-135 აშშ დოლარის ეკვივალენტიდან (1990 წელი) 45 ცენტამდე (1993-94) შემცირდა. შესაბამისად, იკლო სერვისების უტილიზაციამ და გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური კრიზისით გამოწვეულმა ჯანდაცვის სისტემის სრულმა პარალიზებამ დღის წესრიგში დააყენა ჯანდაცვის სისტემის ახალი მოდელის შექმნისა და, შესაბამისად, დაფინანსების სხვადასხვა წყაროს მოძიების საკითხი. 1995-1997 წლებში ამოქმედდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელიც მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სერვისებით მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას სოლიდარობის პრინციპით. 2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით (დასაბეგრი თანხის 31%, ამასთან, თითოეულ ფიზიკურ პირზე თვეში არანაკლებ 16 ლარისა). რეფორმების ამ პერიოდს უკავშირდება დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის შედეგად სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების ფუნქციების განცალკევება (გამყრელიძე და სხვანი, 2002).

2007 წლიდან საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ტალღა, რომლის ძირითადი პრიორიტეტი იყო კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება. არსებული სახელმწიფო რესურსების ეფექტიანად მართვისა და ადმინისტრირების მიზნით და, ამავე დროს, კერძო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ხელშესაწყობად, მოსახლეობის კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები (ჭანტურია & უგულავა, 2009).

2013 წლის თებერვლის ბოლოდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის მართვა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ, შეიცვალა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, რომელსაც შინარსითა და მართვის მექანიზმებით მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ „ვერტიკალური პროგრამებისა“ და იმართება ერთი შემსყიდველი სააგენტოს მიერ (რიჩარდსონი & ბერძული, 2017). 2017 წლის მაისიდან დაიწყო მომდევნო მნიშვნელოვანი ეტაპი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემდგომი რეფორმირებისთვის.

მიზანშეწონილად ჩაითვალა ბენეფიციარების დიფერენციაციის ახალი კრიტერიუმების შემუშავება (მოსარგებლებების შემოსავლების მიხედვით), რომლის ამოსავალი წერტილი უფრო მეტად საჭიროებაზე ორიენტირებული სერვისების მიწოდება და მიდგომის - „სოციალური სამართლიანობა“ - მეტად განვითარება გახდა. შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით განისაზღვრა ლიმიტი, რომლის ქვემოთ დამდგარი რისკების ფინანსური უზრუნველყოფა უკვე პაციენტის პრეროგატივაა.

საქართველოს ფისკალური შესაძლებლობის და მოკლევადიან პერიოდებში, ჯანდაცვის სექტორში ძირეული ცვლილებების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების შედეგების შეფასება ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობაში სამართლიანობის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და რესურსების ეფექტიანად გამოყენების კუთხით. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე პროცესების დადებითი და უარყოფითი მხარეების წარმოჩენა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფინანსური დაცულობაზე მათი ზეგავლენის შედეგები დაეხმარება ქვეყანის ხელისუფლებას საუკეთესო გადაწყვეტილებების მიღებასა და ცხოვრებაში გატარებაში.

### *კვლევის ძირითადი მიზანი და ამოცანები*

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ზემოქმედების შეფასება სერვისების ხელმისაწვდომობის დონეზე, მოსახლეობის ფინანსურ დაცულობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, შემოსავლების სხვადასხვა ჯგუფებისთვის ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და მათი გამომწვევი ჯანმრთელობის დეტერმინანტების ანალიზის მეშვეობით.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, კვლევის ჰიპოთეზა შემდეგნაირად ჩამოყალიბდა: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების სიმწიერე და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კომპლექსური სტრატეგიული ხედვის არარსებობა წარმოადგენს ქვეყანაში ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის და ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბების მნიშვნელოვან ბარიერს.

ნაშრომში გაანალიზდა რამდენიმე საკვლევი კითხვა:

1. ქვეყანაში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელებიდან ყველაზე მეტად რომელი განაპირობებდა ფინანსური ტვირთის თანაბარ გადანაწილებას, ფინანსური რისკებისაგან დაცვას და ასევე, არსებული რესურსების ეფექტიან გამოყენებას;
2. შემოსავლების მოხედვით მოსახლეობის რომელი ჯგუფი არის უფრო მეტად ფინანსურად დაცული ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მოდელის დროს;
3. ჯანდაცვის დეტერმინანტებიდან, რომელი უფრო მეტად განაპირობებს ჯანდაცვაზე კატასტროფულ დანახარჯებს და წარმოადგენს გაღარიბების რისკს;
4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებს, მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ განვითარებას შორის კავშირის დადგენა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სხვადასხვა ეტაპზე;
5. როგორია ჯანდაცვის ექსპერტების და მოსახლეობის ცნობადობა, კმაყოფილება და მოლოდინები ჯანდაცვის სისტემაში მუდმივად მიმდინარე რეფორმების შესახებ.

დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო გახდა შემდეგი ამოცანების გადაჭრა:

1. სხვადასხვა პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების მოდელების შეფასება ჯანმოს „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცის მეშვეობით (მაკინტურე & კაცინი, 2016);
2. ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის მეთოდოლოგიის გამოყენებით ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასება (ჯანმო/WHO, 2000);
3. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2000 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენებაში მოწოდებული სქემის მიხედვით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების

ფინანსური წყაროების, რესურსების პულინგის, მომსახურების შესყიდვის და საბაზისო პაკეტის ანალიზი (ჯანმო/2000);

4. ქვეყანაში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ზემოქმედების შეფასება მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ფინანსურ დაცულობაზე ჯანმოს მოწოდებული კატასტროფული დანახარჯების მეთოდოლოგიით, საქსტატის შინამეურნეობების დანახარჯების კვარტალური კვლევის მინაცემთა ბაზებზე დაყრდნობით (ქსუ/Xu, 2005);
5. მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისთვის ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების, გაღარიბების მაჩვენებლებისა და ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების გამოთვლა და მათი გამომწვევი მთავარი მიზეზების დადგენა (ქსუ/ 2005);
6. საერთაშორისო და ეროვნული ექსპერტების მოსაზრებების კვლევა ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმებზე ჩაღრმავებული ინტერვიუს სახით;
7. მოსახლეობის ცნობადობის, კმაყოფილებისა და მოლოდინების შეფასებისთვის რაოდენობრივი კვლევა;
8. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის გამოთვლა (ჯანმო/2015);
9. მიღებული მონაცემების შეჯერება, შეპირსიპირებითი ანალიზი, დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

*ნაშრომის სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება*

ქვეყანაში პირველად განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ეტაპების ჰოლისტიკური შეფასება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული ე.წ. „უნივერსალურობის“ მიზნების მიღწევის გაზომვის მეთოდოლოგიით და მიღებული იქნა ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნა, კერძოდ:

1. პირველად განხორციელდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასების მეთოდის ე.წ. ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის დანერგვა და შედეგების გამოყენება;
2. პირველად მოხდა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის სრულყოფილი შეფასება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული მეთოდოლოგიით,



დაფინანსების წყაროების, მათი აკუმულირების, მომსახურების შესყიდვის და მიმწოდებლების მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურების, სერვისების პაკეტის შიგთავსის კუთხით;

3. ქვეყანაში პირველად განხორციელდა შემოსავლების მიხედვით კვინტილური ჯგუფებისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის, გადახდის შესაძლებლობის, კატასტროფული დანახარჯების შეფასების, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედეგად გადარიბების მაჩვენებლების მრავალწლიანი ტენდენციების გაზომვა და შეფასება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული მეთოდოლოგიით;
4. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების ისტორიაში, პირველად იქნა გამოთვლილი და გამოყენებული ე.წ. საყოველთა ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი (UHC service coverage index) სერვისებზე ხელმისაწვდომობის დონის შესაფასებლად, რომლის მეთოდოლოგია, ასევე მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ;
5. ქვეყანაში პირველად შეიქმნა პრეცედენტი დანერგილიყო და რუტინული წარმოებისთვის მომზადებულიყო ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსური შეფასებისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული საერთაშორისოდ აღიარებული და გამოყენებული ინსტრუმენტები, როგორცაა ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა, საყოველთა ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი, ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და მათი გამომწვევი ფაქტორების შეფასება, როგორც მთლიან პოპულაციაში, ისე შემოსავლის ჯგუფებისა და გეოგრაფიულ ჭრილში.
6. ნაშრომის შედეგების თეორიულ სიახლეს წარმოადგენს ის, რომ მასში პირველად იქნა წარმოდგენილი ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემების მოდელების ზეგავლენის შეფასება სერვისების უნივერსალური მოცვის დონეზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ფინანსურ დაცულობაზე, „საყოველთაობის“ მიზნების მიღწევის შეფასების მატრიცის, შინამეურნეობების დანახარჯების კვლევების შედეგების, ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების შესწავლის, უნივერსალური მოცვის

ინდექსის განსაზღვრის მეთოდების, ჯანდაცვის ანგარიშების სისტემის და ჯანმრთელობის მიერ მოწოდებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შეფასების სქემის მეშვეობით.

7. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, შეფასდა ქვეყანაში სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელებიდან - ე.წ. „ამერიკული მოდელი“, ბისმარკისა და ბევერიჯის მოდელები, ყველაზე მეტად რომელი განაპირობებს სერვისებით მოცვის მაღალ დონეს, ფინანსური ტვირთის თანაბარ გადანაწილებას, ფინანსური რისკებისაგან დაცვას და ასევე, არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენებას.
8. პრობლემის აქტულობიდან და ნაშრომის მიზნიდან გამომდინარე, ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება განისაზღვრება იმით, რომ ქვეყანაში ხშირად მიმდინარე რადიკალური რეფორმების ფონზე, ჯანდაცვის სისტემის მოდელების ანალიზი, მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების წარმოჩენა, სერვისებით მოცვის დონის განსაზღვრა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფინანსურ დაცულობაზე მათი ზეგავლენის შედეგების შეფასება, დაეხმარება ქვეყანის ხელისუფლებას სწორი გადაწყვეტილებების მიღებასა და ცხოვრებაში გატარებაში, რადგან ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიები სოციალურ-ეკონომიკური ცხოვრებისაგან იზოლირებული არ შეიძლება იყოს.

*დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები*

- რეფორმებმა წარმატებით შეამცირა ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით არსებული ფინანსური ბარიერები და, შესაბამისად, გაზარდა მომსახურებით სარგებლობა განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, რომელთა მოცვა აქამდე არ ხდებოდა (საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი - 1996 46.7% და 2019 – 68.1%). მიუხედავად ამისა, ჯიბიდან გადახდების წილი შინამეურნეობების ხარჯებში კვლავ მაღალია ყველა შემოსავლის ჯგუფისთვის (1996 – 88% და 2018 – 48%).
- ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვაზე დანახარჯების ერთ-ერთ უდიდეს წყაროს წარმოადგენს (1996 – 88% და 2018 – 48%) და იწვევს იმ შინამეურნეობების ფინანსურ სიძნელეს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ (შინამეურნეობების

წილი, რომლებიც დადგნენ კატასტროფული გადახდის საჭიროების წინაშე 2010 – 13.3% და 2018 – 17.4% ( $P < 0.05$ )).

- ჯანმრთელობაზე კატასტროფული დანახარჯები უკიდურესად კონცენტრირებულია უღარიბეს შინამეურნეობებში (2018 - უღარიბესი კვინტილის შინამეურნეობის 48%-მა განიცადა ფინანსური სიძნელე, უმდიდრესი კვინტილის მხოლოდ 5%-თან შედარებით  $P < 0.01$ ).
- სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნებების ზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში დაბალია ევროპული სტანდარტების მიხედვით (1997 – 0.8 % და 2018 - 3%; ევროპის რეგიონის საშუალო 4.9%).
- ამბულატორიული მედიკამენტები ფინანსური სიძნელის მთავარი მამომდრავებელია, რაც განპირობებულია შეზღუდული მოცვითა და მედიკამენტების მაღალ ფასებით (მედიკამენტების გამო გაწეული კატასტროფული ხარჯები - 47.0% - 2010 და 61% - 2018 ( $P < 0.5$  და  $< P 0.01$ )).
- პირველადი ჯანდაცვისადმი ნდობის ნაკლებობა იწვევს ჯიბიდან დანახარჯებს თვითმკურნალობის, ან რეფერალური სისტემების გვერდის ავლით სპეციალისტებთან/სტაციონარში ვიზიტების გამო (ერთ სულზე ამბულატორიული ვიზიტები 2010 – 2 და 2018 – 4)
- სერვისის ფასების კომპლექსური რეგულირება და პროვაიდერის შესაძლებლობა პაციენტს გადაახდევინოს სახელმწიფოსთან შეთანხმებულ ტარიფს ზემოთ დამატებითი გადასახადი, ასევე ხელს უწყობს სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურებისთვის ჯიბიდან მაღალ გადახდებს (სამკურნალო სერვისებით გამოწვეული კატასტროფული ხარჯები - 2010 – 49.4% და 2018 – 34.3% ( $P < 0.1$ ))
- თანაგადახდის სისტემა რთულია და პოტენციურად დამაბნეველია პაციენტებისთვის. დაცვის მექანიზმები კი არაეფექტურია (გამოკითხული მოსახლეობის 27.3% აღნიშნავს თანაგადახდის მეთოდების განარტივების აუცილებლობას ( $P = 0.854$ )).

- მომსახურების ფასების მკაცრი რეგულირების, ან მომსახურების მოცულობის კონტროლის ნაკლებეფექტური მექანიზმების, მთავრობა ეყრდნობა სერვისებით მოცვის პოლიტიკას ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის მართვის მიზნით, რის შედეგადაც ხარჯები შინამეურნეობებს აწვება ტვირთად და ზრდის მათ ფინანსურ გაჭირვებას.

#### *ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა*

დისერტაცია შედგება შესავალის, რვა თავის, მათ შორის კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისა და დანართი CD-საგან.

დისერტაციის მოცულობა შეადგენს 212 გვერდს, APA-ს მოთხოვნების დაცვით. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 131 წყაროს. დანართ CD-ზე ჩაწერილია სადოქტორო დისერტაციისა და მისი ავტორეფერატის (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსიები, კვლევების მონაცემთა ელექტრონული ბაზები, SPSS-ის სინტაქსი, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომები.

#### *ნაშრომის აპრობაცია*

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის კვლევების მე-5 საერთაშორისო სიმპოზიუმზე (ლივერპული, გაერთიანებული სამეფო, ოქტომბერი, 2018); საქართველოს უნივერსიტეტის IV სტუდენტურ კონფერენციაზე მედეა, (თბილისი, საქართველო, ივლისი, 2019); ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის ევროპის კონგრესზე (ბაზელი, შვეიცარია, ივლისი, 2019); ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის კვლევების მე-6 საერთაშორისო სიმპოზიუმზე (დუბაი, არაბთა გაერთიანებული საამიროები, ნოემბერი, 2020).

#### *პუბლიკაციები*

გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების საერთო რაოდენობა შეადგენს 20. მათ შორის, 8 ნაშრომში ასახულია დისერტაციის ძირითადი შედეგები.

*კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები*

ნაშრომის მომზადებას საფუძვლად დაედო შემდეგი კვლევის შემდეგი ინსტრუმენტები და მეთოდოლოგიური მიმართულებები:

1. საკვლევ თემასთან დაკავშირებული ლიტერატურის მიმოხილვა და ანალიზი განხორციელდა შემდეგი სამეცნიერო კვლევითი ბაზების გამოყენებით: HINARI, IOM, NCBI, PubMed, Google Scholar, Elsevier;
2. ჯანდაცვის სისტემის მოდელების (რეფორმირების ეტაპების) შეფასების მეთოდოლოგიად გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2016 წელს შემოთავაზებული ინსტრუმენტი - ე.წ. „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა, რომელიც ინდიკატორების ნაკრების მეშვეობით ჰოლისტიკურად აფასებს ჯანდაცვის სისტემას (7 მიმართულება: 24 ინდიკატორი)
3. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მეთოდოლოგია და ჯანდაცვის სამინისტროს ჯანდაცვაზე დანახარჯების მონაცემთა ბაზები 1996-2018 წლებისთვის დაედო საფუძვლად ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეფასებას
4. კატასტროფული დანახარჯებისა და რესურსების სამართლიანი განაწილების ინდიკატორების მნიშვნელობების გამოთვლა ეყრდნობოდა ჯანმოს მეთოდოლოგიას და განხორციელდა საქსტატის რეპრეზენტატული შინამეურნეობების ხარჯების კვლევის მონაცემთა (4 კვარტალი) ბაზებზე დაყრდნობით (2010-2018 წლები). შერჩევის ზომა შეადგენს 3504 შინამეურნეობას, ქვეყნის 11 რეგიონში. პირველადი მონაცემებიდან შერჩევისთვის გამოყენებული იქნა P-estimator, მონაცემები გაანალიზდა SPSS24 მეშვეობით. დამოკიდებული ცვლადი იყო სტატუსი, განიცადა თუ არა შინამეურნეობამ კატასტროფული ხარჯები, რომელიც ტესტირებული იქნა ისეთი განმარტებითი ცვლადების მიმართ, როგორცაა ასაკი, განათლება, ეკონომიკური სტატუსი, ქრონიკულ იდაავადებები, ჰოსპიტალიზაცია და ა.შ.  $OR > 1$  ნიშნავს, რომ ფაქტორი ზრდის ჯანდაცვაზე მაღალი დანახარჯების რისკს.
5. საყოველთა ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის გამოთვლა 4 მიმართულებით და სტანდარტული 14 ინდიკატორით (ჯანმოს მეთოდოლოგია) მოხდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის

სტაციონარული და ამბულატორიული შემთხვევების მონაცემთა ბაზებზე დაყრდნობით (1996-2019 წლებისთვის)

6. ქვეყნის ფინანსური კონტექსტის შეფასება ეყრდნობა ჯანმოს მეთოდოლოგიას და საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მიერ განსაზღვრული სამიზნეებს, რისთვისაც გამოყენებული იქნა საერთაშორისო სავალუტო ფონდის და საქსტატის ეროვნული ანგარიშების მონაცემთა ბაზები (1996-2021) მშპ-ის და ეკონომიკური ინდიკატორების შესახებ
7. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასებისთვის ჩატარდა საერთაშორისო და ეროვნული ექსპერტების მოსაზრებების კვლევა ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმებზე ჩაღრმავებული ინტერვიუს სახით (ხარისხობრივი მონაცემების ანალიზის მოხდა პროგრამული უზრუნველყოფის NVIVO-ს გამოყენებით)
8. მოსახლეობის კმაყოფილებისა და მოლოდინების შეფასებისთვის ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა სატელეფონო ინტერვიუს სახით. რესპონდენტთა შერჩევა მოხდა სისტემური შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით, მონაცემები გაანალიზდა SPSS24, სტატისტიკური მეთოდი: პერსონის chi2 განაწილება. შერჩევის ზომა: 224 (სანდოობის დონე 95%; სანდოობის ინტერვალი - 5%)
9. ჩატარდა მოძიებული და გაანალიზებული ინფორმაციის, კვლევებით მიღებული შედეგების შეპირისპირებითი ანალიზი (contradictory analysis) .

*კვლევის ძირითადი შედეგების რეზიუმე*

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების, სოციალური და ფინანსური რისკებისაგან დაცვის მიმართულებით საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმირების პროცესი სამ ეტაპად შეიძლება დაიყოს: 1995-2003 - სავალდებულო ჯანმრთელობის/სოციალური დაზღვევა; 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვა სახელმწიფოს მიერ კერძო კომპანიების მეშვეობით და 2013 წლიდან დღემდე - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება.

რეფორმირების სამივე ეტაპზე, ჯანდაცვის სისტემის შეფასება განხორციელდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2016 წელს შემოთავაზებული

მეთოდოლოგიით - „უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების კომპლექსური ინსტრუმენტის მეშვეობით. გაანალიზებული ინფორმაციის და კვლევების შედეგად მიღებული შედეგების შეპირისპირებითი ანალიზის (contradictory analysis) შედეგები სამივე ეტაპისთვის იხილეთ ქვემოთ.

1995-2002 - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა: 1995 წელს ქვეყანაში დაიწყო

სახელმწიფო ინსტიტუტების ჩამოყალიბების და ეკონომიკის გაუმჯობესების მიმართულებით რეფორმების შეუქცევადი პროცესი. შედეგად, მშპ ერთ სულზე 1996-2003 წლებში \$682-დან \$1010-მდე გაიზარდა, თუმცა, ამ პერიოდში სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტულ წილს მშპ-დან კლების ტენდენცია ახასიათებდა (21.9% - 1997 და 16.0% - 2003), ხოლო საერთაშორისო სავალუტო ფონდის კლასიფიკაციით, ქვეყანას ჰქონდა დაბალი ფისკალური შესაძლებლობის სტატუსი. 2002 წელს, საქართველოში, სახელმწიფო ვალის ფარდობამ მშპ-თან ისტორიულ ნიშნულს მიაღწია 65% შეადგინა.

მაღალი უმუშევრობის მაჩვენებლებისა და დაბალი ფისკალური შესაძლებლობების მიუხედავად, 1995 წელს ამოქმედდა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა (3% - დამსაქმებლის და 1%-დასაქმებულის შენატანი). გაიყო დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების ფუნქციები. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ვალდებულებები გაჩნდა ადგილობრივ ბიუჯეტებში. სახელმწიფო ფულადი წყაროების აკუმულირება და შესყიდვა ხორციელდებოდა ე.წ. "სოლო შემსყიდველის" პრინციპით და სავალდებულო დაზღვევის შენატანის წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში, ამ პერიოდში 25-32%-მდე მერყეობდა.

საბაზისო პაკეტი მოიცავდა სერვისების საკმაოდ ფართო სპექტრს, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამების ახით იყო ფორმულირებული. პრევენციული სერვისები ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერით, სამკურნალო პროგრამები დაზღვევის სავალდებულო შენატანებით, ხოლო პჯდ და სასწრაფო დახმარების სერვისები კი მუნიციპალური ბიუჯეტით იფარებოდა. სტაციონარული სერვისების ანაზღაურების ძირითად მეთოდს გაწეული მომსახურების მიხედვით ანაზღაურება და შემდგომ ნოზოლოგიებისა და სირთულის ჯგუფების მიხედვით გაშუალებული ტარიფები, ხოლო პირველადი ჯანდაცვის

სერვისებისთვის სულადობრივი ანაზღაურება წარმოადგენდა. თუმცა, ასევე გამოიყენებოდა გლობალური ბიუჯეტი.

1995-2002 წლებში სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების მიმღებს წარმოადგენდა სრულიად ქვეყნის მოსახლეობა. თუმცა, მიუხედავად დეკლარირებული სერვისებზე უნივერსალური მისაწვდომობისა, საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის მნიშვნელობა 47-48%-ის ფარგლებში მერყეობდა. რაც ძირითადად, ინფექციური დაავადებებისა და ტუბერკულოზის მართვის სერვისების მოცვის დაბალი დონით იყო გამოწვეული (13-15%,  $P < 0.05$ ) (ნახატი 2).

აღნიშნულ პერიოდში, სერვისების უტილიზაცია ნელა, მაგრამ მყარად იზრდებოდა. პჯდ ვიზიტების რაოდენობამ ერთ სულზე 1.3-დან 2.0-მდე მოიმატა, ხოლო ჰოსპიტალიზაცია 1000 მოსახლეზე 46-ს შეადგენდა.

1995-2003 წლებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მოცულობა თითქმის გასამმაგდა, თუმცა მეტად მცირე დარჩა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი, როგორც მშპ-თან, ისე სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში, საშუალოდ 1,3% და 4,5% შესაბამისად. ქვეყანაში ასევე ძალიან მაღალი იყო ჯიბიდან გადახდების მაჩვენებელი (81-82%), რომელთა 65% არაფორმალურ გადახდებს შეადგენდა (გამყრელიძე & ათუნი, 2002) (ნახატი 1).

2000 და 2007 წელს ჩატარებული შინამეურნეობების დანახარჯების კვლევამ აჩვენა, რომ გაიზარდა იმ შინამეურნეობათა წილი, რომლებმაც განიცადეს კატასტროფული დანახარჯები წინაშე (2000 წ. 2,8%; 2007 წ. 6.2%), ასევე დიდი იყო გრადიენტი უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილს შორის კატასტროფულ დანახარჯებთან დაკავშირებით (10.8% vs 4.0%) (ნახატი 3).

ყოველივე ამან განაპირობა ის, რომ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, რომელიც აფასებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს - 2000 წელს შედგენდა - 69.4 წელს, საიდანაც მხოლოდ 62 წელი იყო ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (ნახატი 6). აღნიშნული ნიშნავდა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა მოსახლეობას ვერ იცავდა ფინანსური



რისკებისაგან და ამიტომ დღის წესრიგში დადგა დაფინანსების სისტემის რადიკალური ცვლილების აუცილებლობა.

2007-2012 წწ მიზნობრივი ჯგუფების მოცვა ჯანდაცვის დაზღვევით: 2004-2012 წლებში, მსოფლიო კრიზისისა და აგვისტოს ომის მიუხედავად, მშპ ერთ სულზე თითქმის 2,5 ჯერ იზრდება და \$4400 ფარგლებში მერყეობს. 2004-2009 წლებში სახელმწიფო ხარჯების წილი თითქმის ორმაგდება (2004 – 22.2% და 2009 - 37.0%) და ქვეყნის ფისკალური სივრცე უმჯობესდება (IMF-ის კლასიფიკაციით, საშუალოზე მაღალის ქვედა ზღვარი). თუმცა, მსოფლიო კრიზისისა და ქვეყანაში რუსეთის აგრესიის შედეგად, სახელმწიფო ვალის ოდენობამ კვლავ დაიწყო ზრდა (23%-34%).

2007 წლიდან, საქართველოს მთავრობამ აამოქმედა რეფორმირების ახალი ტალღა, რომელიც ლიბერალიზაციისა და საბაზრო ეკონომიკის განვითარებაზე იყო ორიენტირებული. ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებების მთავარი მოტივატორი გახდა კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება, ხოლო სახელმწიფო რესურსები მიიმართა კერძო სადაზღვევო კომპანიებისკენ მოსახლეობის მიზნობრივი ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

2007-2009 წლებში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში მნიშვნელოვანი იყო სადაზღვევო ვაუჩერის ცნების შემოტანა, რომელიც 2010 წელს გახდა არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი. სამედიცინო რაიონების მიხედვით სადაზღვევო ვაუჩერის ფასი დგინდებოდა და მზღვეველი კომპანიის გამოვლენა ხდებოდა კონკურსის შედეგად.

2004 წლიდან სოციალური გადასახადის გაუქმების შემდეგ, სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ერთადერთ წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები, რომელთა აკუმულირება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში ნაცვლად სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდისა. ხოლო სერვისების შესყიდვა ხდებოდა უკვე კერძო მულტიმემსყიდველის მოდელით, პროვაიდერების კონტრაქტირების მეშვეობით. სტაციონარული სერვისების ანაზღაურების უპირატეს მეთოდად რჩებოდა შემთხვევის მიხედვით ანაზღაურება/გლობალური ბიუჯეტი, ხოლო პჯდ სერვისებისთვის - კაპიტაცია და სახელფასო ანაზღაურება.

სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის სერვისების საბაზისო პაკეტი იყო ფართო და მოიცავდა გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, გეგმიურ ქირურგიას, მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას, და ასევე საბაზისო სამკურნალო საშუალებებს.

თუ 2007 წელს, მოსახლეობის მხოლოდ 6% იყო მოცული ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, 2012 წლისთვის მოსარგებლების რაოდენობა 51%-მდე გაიზარდა და მოიცვა სიღარიბის ქვეშ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, სამხედრომოსამსახურეები, საპენსიო ასაჯის მოსახლეობა, ხუდთ წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები და შშმ პირები. საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი 66%-დან 70%-მდე გაიზარდა და მის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დეტერმინანტს არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო სერვისებით მოცვის დაბალი დონე წარმოადგენდა (ნახატი 2).

2007-2012 წლებში მშპ-დან ჯანდაცვაზე ნახარჯების წილს ფლუქტუაცია ახასიათებდა. თუმცა, მთლიანობაში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა (2007 – 1.2%; ხოლო 2012 წ. 1.7%). გატარებული რეფორმების შედეგად, ჯიბიდან გადახდების კლების მიუხედავად, ჯიბიდან გადახდები 70-75% იყო და უდიდესი წილი კვლავ მედიკამენტებს ეჭირა (ნახატი 1).

დაფინანსების რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შედეგია არაფორმალური გადახდების მნიშვნელოვანი შემცირება. სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის ამოქმედებასა და საბაზრო პრინციპების დანერგვასთან ერთად პრაქტიკულად აღმოიფხვრა არაფორმალური გადახდები სამედიცინო მომსახურებისთვის და მოხდა ანაზღაურების მეთოდების სრული ლეგალიზაცია, მათ შორის მომსახურებაზე პირდაპირი გადახდისას (fee-for-service).

„სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის“ შედეგების მიხედვით მიღებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების დონე როგორც სოფლად, ისე ქალაქად საკმაოდ მაღალია (80–95%  $P < 0.01$ ). ამის მიუხედავად, მაინც საკმაოდ დაბალი იყო სამედიცინო მომსახურების გამოყენების მაჩვენებლები (პჯდ ვიზიტები ერთ სულზე 2.0-2.3, ხოლო ჰოსპიტალიზაცია 1000 მოსახლეზე - 75-85).

ჯიბიდან გადახდების შედეგად გაღარიბებული და შემდგომში გადატაკებული შინამეურნეობების წილი 2010–2013 წლებში შემცირდა, თუმცა იზრდება იმ

შინამეურნეობების პროცენტი, რომელთაც გასწიეს კატასტროფული დანახარჯები (13.7%) (ნახატი 4). ჯიბიდან კატასტროფული გადახდების შემთხვევები კონცენტრირებული იყო ორ უღარიბეს კვინტილში და მთავარ ფაქტორს წარმოადგენდა მედიკამენტებზე დანახარჯები (41-50%) (ნახატი 5).

რეფორმების შეფასების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორი - სოცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას აღნიშნულ პერიოდში 2.5 წლით გაიზარდა და 71.9 წელი შეადგინა. 2 წლით გაიზარდა ჯანმრთელო ცხოვრების ხანგრძლივობაც (ნახატი 6).

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგები: 2013-2020 წლებში მშპ-ერთ სულზე 4400-4600 დოლარს არ აღემატება, მშპ-ის რეალური ზრდის ტემპი 4-5%-ია და სახელმწიფო ხარჯების წილი ამავე პერიოდში 28%-32%-ის შუალედში მერყეობს მშპ-თან მიმართებაში. სახელმწიფო შემოსავლების წილი სამივე პერიოდში ჩამორჩება სახელმწიფო ხარჯებს. შესაბამისად, 2019 წელს სახელმწიფო ვალი მშპ-სთან 2019 წელს 42% შეადგენს. თუმცა 2020 წელს, ახალი კორონავირსით გამოწვეულ პანდემიაზე საპასუხოდ, მთავრობას კვლავ დასჭირდა საგარეო და საშინაო ვალის აღება და ის 60%-დე გაიზარდა, ქვეყანა ამჟამად საშუალო ფისკალური შესაძლებლობის სტატუსს ინარჩუნებს.

2013 წლის თებერვალში ამოქმედდა ამოქმედებულმა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელმაც მოიცვა დაზღვევის არმქონე მოქალაქეები, ანუ 5-დან 60 წლამდე ასაკის მოსახლეობა, რომელიც მანამდე ჯანდაცვის სახელმწიფო სქემების გარეთ რჩებოდა. ივლისში პროგრამით მოცული სერვისები გაფართოვდა და გახდა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბაზისური პაკეტის თითქმის ანალოგი. 2014 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებელთა პორტირება განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში იგივე პაკეტით და პირობებითა. 2017 წელს, პროგრამაში მორიგი ცვლილებები ითვალისწინებდა სოციალური სამართლიანობის ამაღლებას და სერვისების მოსახლეობის შემოსავლების სტატუსის მიხედვით სტრატეგიფიცირებას.

პროგრამის დაფინანსების წყაროა სახელმწიფო ბიუჯეტი. პროგრამის მართვას ახორციელებს ერთი შემსყიდველი - სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2020 წლიდან ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში მულტიშემსყიდველების სოლო

შემსყიდველით ჩანაცვლებამ, საგრძნობლად შეამცირა სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების ხარჯები.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი პრინციპით. რაც შეეხება გადაუდებელი სტაციონარული სერვისების ანაზღაურებას, გამოიყენება შემთხვევის მიხედვით და საწოდების მიხედვით ანაზღაურება. 2017 წლიდან დაიწყო სააგენტოს სტრატეგიულ შემსყიდველად ჩამოყალიბების პროცესი, ამოქმედდა სელექტიური კონტრაქტირება ზოგიერთი სერვისისთვის. 2019 წლიდან კარდიოქირურგიული და კარდიოინტერვენციული სერვისებისთვის ამოქმედდა ერთიანი სატარიფო სისტემა. ანაზღაურების მექანიზმები კომპლექსურია, ნაკლებად გასაგებია სერვისის მიმღებისთვის და იძლევა პაციენტისთვის ზედმეტი სერვისების შეთავაზების და სერვისების ე.წ. „გაურგენტულების“ შესაძლებლობას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ განაპირობა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ჯანდაცვის მომსახურებებზე მოსახლეობის უფლების მნიშვნელოვანი ზრდა. შედეგად, სწრაფად გაიზარდა სერვისებით მოცვა მოსახლეობის 29.5%-დან 2010 წელს, დაახლოებით 40%-მდე 2012 წლის დასასრულს - 99.9%-მდე ( $P < 0.1$ ) 2014 წლისთვის (HUES, 2014). ასევე გაიზარდა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია: ამბულატორიულ მიმართვათა რაოდენობა 4.0 ერთ მოსახლეზე, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 172 - ათას სულ მოსახლეზე.

რეფორმის ტალღის მესამე ეტაპს, 2013-2019 წლებში საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის მნიშვნელოვანი ზრდა არ მოჰყოლია (68.1%) (ნახატი 2), აღნიშნულის მთავარ მიზეზსაც კვლავ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე დაბალი ხელმისაწვდომობა წარმოადგენდა (53%).

ნომინალურ ერთეულებში, 2014-2018 წლებში მკვეთრად გაიზარდა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, თუმცა მშპ-თან მიმართებაში სტაგნაცია განიცადა და 3%-ს არ აღემატება. სახელმწიფო ხარჯების ზრდას შედეგად მოყვა ჯიბიდან გადახდების ხვედრითი წილის ორჯერ შემცირება - 48%. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში და მათ შორის ჯიბიდან გადახდებში განსაკუთრებით პრობლემურია მედიკამენტებზე უპრეცედენტოდ მაღალი დანახარჯები (ნახატი 1).

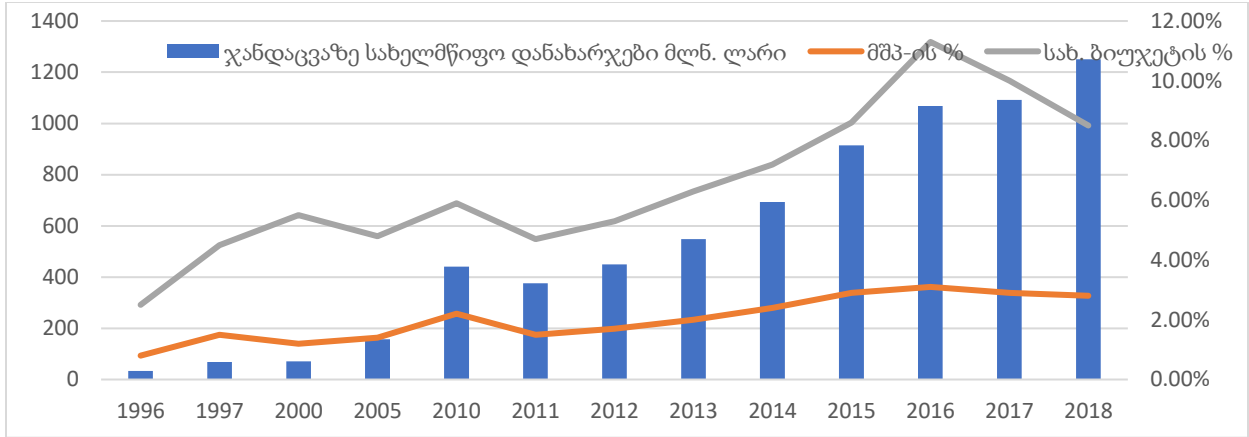
ჯიბიდან გადახდების შემდეგ გაღარიბებული და შემდგომში გაღატაკებული შინამეურნეობების წილი 2011–2013 წლებში შემცირდა, ხოლო 2015–2018 წლებში კვლავ გაიზარდა და 2018 წელს თითქმის 7%-ს მიაღწია. შინამეურნეობების წილი, რომელთაც გაწიეს ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების 2013 წლიდან იზრდება (11.5% vs 17.6%) და კონცენტრირებულია ორ უღარიბეს კვინტილში. მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები განაპირობებენ კატასტროფულ ხარჯებს, რასაც მოჰყვება სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურება (ნახატი 4; ნახატი 5).

სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და უტილიზაციის ზრდამ გამოიწვია სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის შეუქცევადი ტენდენცია. 2019 წელს, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 73.2 წელს შეადგენდა, საიდანაც 65 წელი წელი ჯანმრთელი ცხოვრების წლებზე მოდის (ნახატი 6).

ქ.თბილისის მოსახლეობის კმაყოფილებისა და მოლოდინების კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ბენეფიციართა 71% კვლავ კმაყოფილია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული სერვისებით და საყოველთაო ჯანდაცვის ყველაზე დადებითი მხარედ ფინანსურ მხარდაჭერას მიიჩნევს. თუმცა, აღნიშნავს რომ უნდა გაფართოვდეს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების კომპონენტი (63% P=0.05).

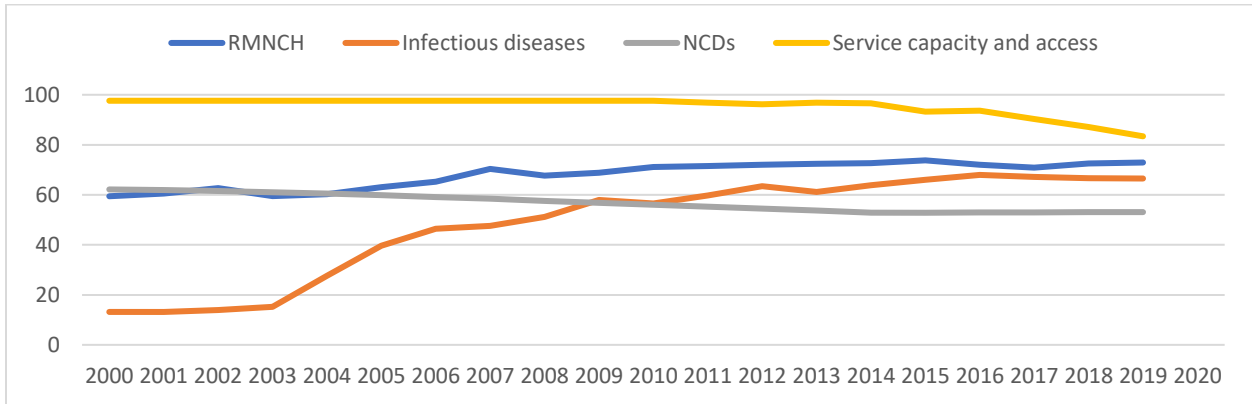
ექსპერტთა ჩარღმავებულმა კვლევამ გამოავლინა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ძირითადი მიღწევები: სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მატება და მოცვის გაფართოვება. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისთვის ექსპერტთა მიერ აქცენტი გაკეთდა ხარჯების შეკავების მექანიზმების დახვეწაზე, პჯდ სისტემის გაფართოვებასა და ამბულატორიული მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე.

*ნახატი 1: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები*



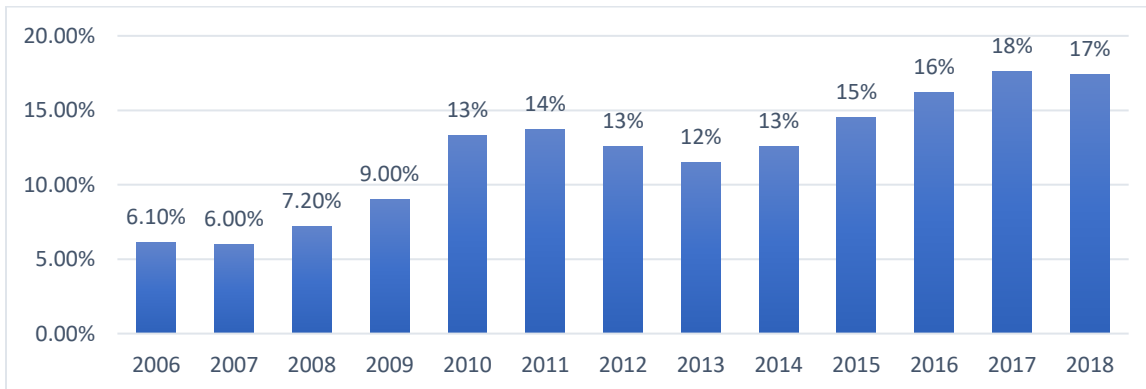
წყარო: (სშუხდს, 2020)

ნახატი 2: საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსის ძირითადი მიმართულებები



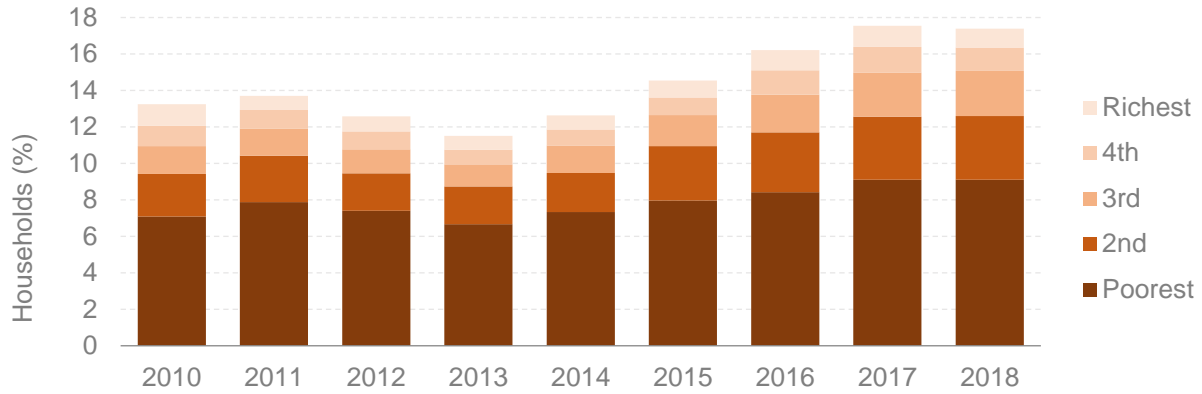
WHO, 2021

ნახატი 3: შინამეურნეობების წილი (%), რომლებმაც ჯიბიდან კატასტროფული დანახარჯები გაწიეს



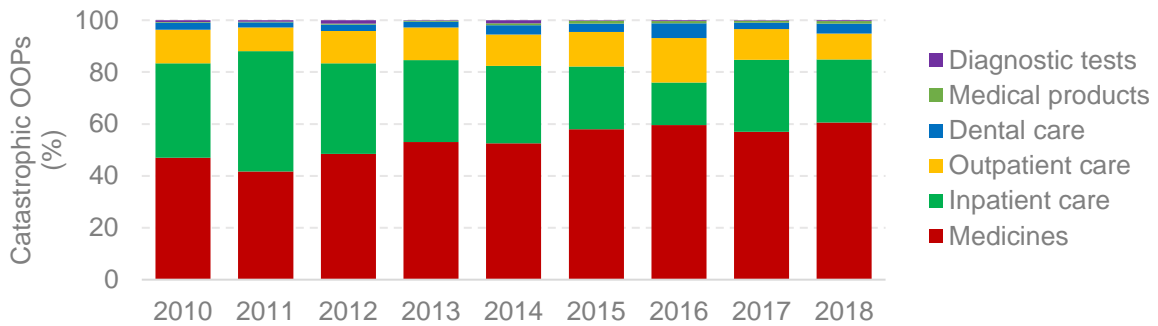
წყარო: გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021; რუხაძე & გოგინაშვილი, 2011

ნახატი 4: შინამეურნეობების წილი, რომლებმაც კიბიდან კატასტროფული დანახარჯები გაწიეს შემოსავლის მიხედვით კვინტილურ ჯგუფებში



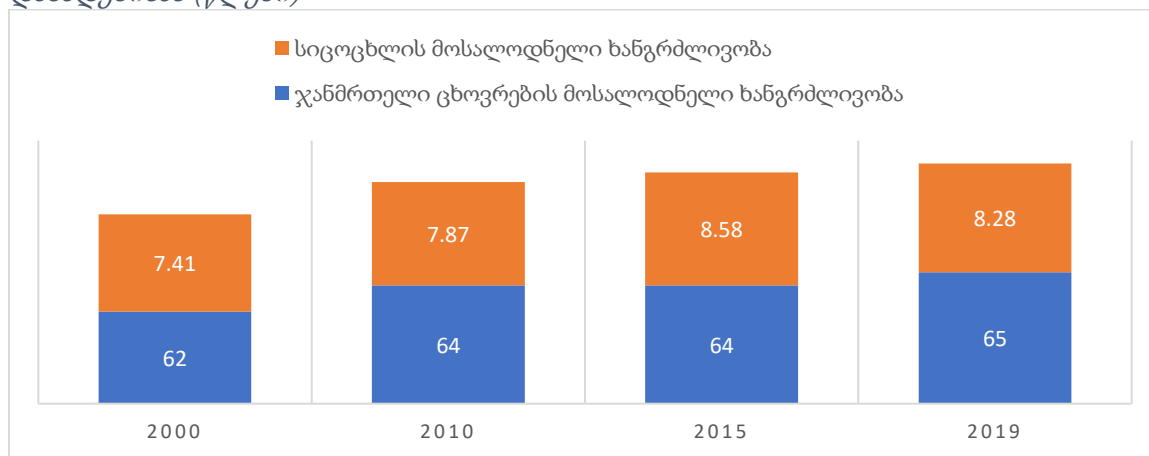
წყარო: გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021

ნახატი 5: კატასტროფული ხარჯების ანაზღაურება ჯანდაცვის ტიპის მიხედვით



წყარო: გოგინაშვილი & ნადარეიშვილი, 2021

ნახატი 6: სიცოცხლის და ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას (წლები)



(ჯანმო/ 2021)

დასკვნები და რეკომენდაციები

1. რეფორმებმა წარმატებით შეამცირა ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით არსებული ფინანსური ბარიერები და, შესაბამისად, გაზარდა მომსახურებით სარგებლობა განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, რომელთა მოცვა აქამდე არ ხდებოდა (საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი - 1996 46.7% და 2019 – 68.1%). მიუხედავად ამისა, ჯიბიდან გადახდების წილი შინამეურნეობების ხარჯებში კვლავ მაღალია ყველა შემოსავლის ჯგუფისთვის (1996 – 88% და 2018 – 48%).

რეკომენდაცია: ჯანდაცვის სისტემის განვითარების გრძელვადიანი ხედვის ჩამოყალიბება

2. ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვაზე დანახარჯების ერთ-ერთ უდიდეს წყაროს წარმოადგენს (1996 – 88% და 2018 – 48%) და იწვევს იმ შინამეურნეობების ფინანსურ სიძნელეს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ (შინამეურნეობების წილი, რომლებიც დადგნენ კატასტროფული გადახდის საჭიროების წინაშე 2010 – 13.3% და 2018 – 17.4% ( $P < 0.05$ )).
3. ჯანმრთელობაზე კატასტროფული დანახარჯები უკიდურესად კონცენტრირებულია უღარიბეს შინამეურნეობებში (2018 - უღარიბესი კვინტილის შინამეურნეობის 48% განიცადა ფინანსური სიძნელე, უმდიდრესი კვინტილის მხოლოდ 5%-თან შედარებით  $P < 0.01$ ).

რეკომენდაცია: მოწყვლად ჯგუფებზე მეტი სახელმწიფო სახსრების მიმართვის და უნივერსალურობის შენარჩუნების მიზნით, შემოსავლის საშუალო და მაღალი კატეგორიისთვის, კერძო დაზღვევის სავალდებულობის უზრუნველყოფა

4. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნებების ზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში დაბალია ევროპული სტანდარტების მიხედვით (1997 – 0.8 % და 2018 - 3%; ევროპის რეგიონის საშუალო 4.9%).

რეკომენდაცია: ფინანსური სივრცის ანალიზისა და ჯანდაცვის სექტორის პროგრამულ საჭიროებებზე დაყრდნობით, ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება გაეროს საყოველთაო მოცვის შესახებ დეკლარაციის რეკომენდებულ ოდენობამდე - 5%



5. ამბულატორიული მედიკამენტები ფინანსური სიძნელის მთავარი მამოძრავებელია, რაც განპირობებულია შეზღუდული მოცვითა და მედიკამენტების მაღალ ფასებით (მედიკამენტების გამო გაწეული კატასტროფული ხარჯები - 47.0% - 2010 და 61% - 2018 ( $P < 0.5$  და  $< P 0.01$ )).

რეკომენდაცია:

- ფინანსური დაცვის გასაძლიერებლად, ესენციალურ ფარმაცევტულ საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება
- რაციონალური ფარმაკოთერაპიის პრინციპების დანერგვა
- სამედიცინო და ფარმაცევტილ ბაზარზე დაშვების პირობების გადახედვა და გამკაცრება, რეფორმები მედიკამენტების ფასწარმოქმნასა და ფასთ-რეგულაციაში

6. პირველადი ჯანდაცვისადმი ნდობის ნაკლებობა იწვევს ჯიბიდან დანახარჯებს თვითმკურნალობის ან რეფერალური სისტემების გვერდის ავლით სპეციალისტებთან/სტაციონარში ვიზიტების გამო (ერთ სულზე ამბულატორიული ვიზიტები 2010 – 2 და 2018 – 4)

რეკომენდაცია: პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება, მისი „მეკარიბჭის“ ფუნქციის გაზრდა და პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება

7. სერვისის ფასების კომპლექსური რეგულირება და პროვაიდერის შესაძლებლობა პაციენტს გადაახდევინოს სახელმწიფოსთან შეთანხმებულ ტარიფს ზემოთ დამატებითი გადასახადი, ასევე ხელს უწყობს სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურებისთვის ჯიბიდან მაღალ გადახდებს (სამკურნალო სერვისებით გამოწვეული კატასტროფული ხარჯები - 2010 – 49.4% და 2018 – 34.3% ( $P < 0.1$ ))

8. თანაგადახდის სისტემა რთულია და პოტენციურად დამაბნეველია პაციენტებისთვის. დაცვის მექანიზმები კი არაეფექტურია (გამოკითხული მოსახლეობის 27.3% აღნიშნავს თანაგადახდის მეთოდების განარტივების აუცილებლობას).

რეკომენდაცია:

- აქტიური შემსყიდველი როლის გაძლიერება და სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმების გაფართოვება

- ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემების დანერგვა პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის სერვისებისთვის, როგორცაა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები, შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების მოდელი

9. მომსახურების ფასების მკაცრი რეგულირების, ან მომსახურების მოცულობის კონტროლის ნაკლებეფექტური მექანიზმების გამო, მთავრობა ეყრდნობა სერვისებით მოცვის პოლიტიკას ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის მართვის მიზნით, რის შედეგადაც ხარჯები შინამეურნეობებს აწვება ტვირთად და ზრდის მათ ფინანსურ გაჭირვებას.

რეკომენდაცია: მოცვის პოლიტიკის პრიორიტეტების, სერვისების ფასების რეგულირების და მოცულობის კონტროლის ადექვატური მექანიზმების შემუშავება

10. ქვეყანაში ნაკლებადაა დანერგილი ჯანდაცვის სისტემის შეფასების რუტინული მექანიზმები და პოლიტიკის შემუშავებისთვის საჭირო მტკიცებულებების გენერირების მოქნილი ინსტრუმენტები, რომლებიც დაეხმარება პოლიტიკის შემუშავებლებს ეფექტიანი გადაწყვეტილების მიღებაში

რეკომენდაცია: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ინსტრუმენტების („უნივერსალურობის“ მიზნების შეფასების მატრიცა და კატასტროფული დანახარჯების შეფასება, საყოველთა ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის ინდექსი) დანერგვა და რუტინული მომზადება.

დისერტაციის თემასთან დაკავშირებული პუბლიკაციების ნუსხა

Goginashvili K., Nadareishvili M., Habicht T., Can people afford to pay for health care? World Health Organization, 2021, World Health Organization, Copenhagen

Goginashvili K., Serebriakova L. Monitoring financial protection on health care: Lessons of Georgia. WHO. Poster Abstracts, Dubai, 2020

Goginashvili K. Target groups assistance or Universal coverage: Georgian pathway to reach the SDGs. IV Student Conference “Medea”. School of Health Sciences, University of Georgia, 21.06.2019.  
www.caucasushealth.ge

Chang A, Cowling K, Micah A, Goginashvili K. et al. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. The Lancet (2019). [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)

Goginashvili K., Turdziladze A., Pilot study results of revised System of Health Accounts guidelines, Georgia experience WHO, 2011

Rukhadze N., Goginashvili K., Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures in Georgia, WHO/EURO, 2011

Goginashvili K. Georgian National Health Accounts. WHO. Book of Poster Abstracts, Montreux, 2009, p. 200

Goginashvili K., Turdziladze A. Institutionalization of National Health Accounts: Experiences from Georgia, WB, 2009