

# საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის სტრატეგია

სარეკომენდაციო პროექტი



**FRIEDRICH  
EBERT  
STIFTUNG**

თბილისი, 2021

საქართველოს განვითარების პლატფორმა

**საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური  
დაზღვევის დანერგვის სტრატეგია**

**სარეკომენდაციო პროექტი**

თბილისი  
2021

პუბლიკაცია მომზადებულია პროექტის „ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო, უნივერსალური დაზღვევის პოლიტიკის შემუშავება“ ფარგლებში, რომელიც განხორციელდა ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მხარდაჭერით.

**ავტორები:**

<b>თენგიზ შერგელაშვილი</b>	პროექტის დირექტორი
<b>გიორგი (გია) ხეჩინაშვილი</b>	ძირითადი ექსპერტი (ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართულება)
<b>გიორგი ნაქაძე</b>	ფინანსების და სტატისტიკის მიმართულება
<b>შორენა ჯადუგიშვილი</b>	დაზღვევის მიმართულება
<b>ლელა სერებრიაკოვა</b>	ჯანდაცვის მართვის მიმართულება

**მკვლევარები:**

**მარიამ ბაქრაძე, ქეთევან ბაჯელიძე, მაია ზივზივაძე**

**კომუნიკაციების კოორდინატორი:**

**გივი ხაჭაპურიძე**

**ტექსტის რედაქტორი:**

**რუსუდან მაჩაიძე**

პუბლიკაციაში წარმოდგენილია ავტორთა პირადი მოსაზრებები. დაუშვებელია ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მიერ გამოცემული მასალების კომერციული მიზნით გამოყენება ფონდის თანხმობის გარეშე.

© ფრიდრიხ ებერტის ფონდი, 2021

© საქართველოს განვითარების პლატფორმა, 2021

ISBN 978-9941-8-3868-2

**ფრიდრიხ ებერტის ფონდის წარმომადგენლობა საქართველოში:**

თბილისი 0179, ნ. რამიშვილის ქუჩის I ჩიხი, #1, ბინა 7  
ტელ: +995 32 2250728, ელ.ფოსტა: stiftung@fesgeo.ge

**საქართველოს განვითარების პლატფორმა**

თბილისი 0160, სიმონ კანდელაკის ქუჩა. #1, ბინა 6  
ტელ: +995 577407774, ელ.ფოსტა: officegeodp@gmail.com

# ს ა რ ჩ ე ვ ი

წინასიტყვაობა.....	5
<b>ნაწილი I – საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის სტრატეგია. (სარეკომენდაციო პროექტი).....</b>	<b>6</b>
შესავალი.....	6
1. წინაპირობები.....	6
2. ძირითადი პრობლემები და გამონკვევები.....	10
3. სტრატეგიის ხედვა.....	16
4. სტრატეგიული მიზნები და ამოცანები.....	17
5. სტრატეგიის განხორციელება, მონიტორინგი და შეფასება.....	26
6. სტრატეგიის დანართი: ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის სამოდელო ვერსია.....	27
<b>ნაწილი II – სარეკომენდაციო პროექტის ძირითადი ანალიტიკური მასალები.....</b>	<b>31</b>
<b>თავი 1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის არსებული მდგომარეობა.....</b>	<b>31</b>
1.1. ჯანდაცვის სტრატეგიები და საყოველთაო ჯანდაცვა.....	31
1.2. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობა.....	32
1.3. ჯანმრთელობის დაცვის ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამები უნივერსალური მოცვის კონტექსტში.....	35
1.4. ჯანდაცვის პროფესიული რესურსები და მათი განვითარება.....	38
1.5. მოსახლეობის ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა გაერო-ს მდგრადი განვითარების (SDG) ინდიკატორების მიხედვით.....	41
<b>თავი 2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფინანსები.....</b>	<b>43</b>
2.1. დანახარტები ჯანმრთელობის დაცვაზე.....	43
2.2. დაფინანსების წყაროები და ნაკადები.....	45
2.3. ანაზღაურების მექანიზმები.....	49
<b>თავი 3. ჯანმრთელობის დაზღვევა.....</b>	<b>51</b>
3.1. ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზრის განვითარება.....	51
3.2. ინფრასტრუქტურა - სადაზღვევო ბაზრის აქტორები.....	59
3.3. სადაზღვევო ბაზრის მიმოხილვა, რაოდენობრივი და ფინანსური მაჩვენებლები 2010-2020 წლებში.....	61
3.4. ჯანმრთელობის დაზღვევის „გეოგრაფია“.....	64
3.5. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეები.....	65
<b>თავი 4. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების სავარაუდო გამოცდილება.....</b>	<b>67</b>
4.1. ევროკავშირის ქვეყნების ჯანდაცვის მოდელები.....	67
4.2. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის წარმატებული მოდელები: ნიდერლანდები, ისრაელი, შვეიცარია.....	68
დანართები (თავი 4).....	81
ბიბლიოგრაფია (მე-4 თავი).....	87



## წინასიტყვაობა

ქვეყნის სხვადასხვა ხელისუფლების პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებული პრობლემები მუდმივად აქტუალური იყო. ამ პერიოდში, სხვადასხვა მიდგომებისა და კონცეფციების საფუძველზე, რამდენიმე რეფორმას თუ რეფორმის მცდელობას ჰქონდა ადგილი. მიუხედავად ცალკეული მიმართულებებით გარკვეული პროგრესისა, როგორც ახალი სამედიცინო სერვისების გაჩენის, ისე თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვის კუთხით, ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში კვლავ უამრავი პრობლემაა. ეს პრობლემები კიდევ უფრო მწვავე და თვალსაჩინოა პერმანენტულად ქვეყნის სიღარიბის მაღალი დონისა და მძიმე სოციალური პრობლემების ფონზე.

„საქართველოს განვითარების პლატფორმაში“ ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომისტების და დაზღვევის სპეციალისტების მონაწილეობით შექმნილმა ჯგუფმა მიზნად დაისახა, დეტალური ანალიზის საფუძველზე მოემზადებინა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში რეფორმირების სტრატეგიული დოკუმენტი.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევა განსაკუთრებით ფოკუსირებული იყო ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებულ იმ საკითხებზე, რომელთა საფუძველზეც შემუშავდა სტრატეგიული დოკუმენტი.

ანალიტიკურ სამუშაოს წინ უძღოდა ვრცელი მასალის მოძიება, რომელიც კვლევის მიზნებისა და ამოცანების შესაბამისად ასახავს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობას. სხვადასხვა საჭარო უწყებიდან დადგენილი წესით გამოთხოვილ იქნა ანალიზისთვის აუცილებელი ინფორმაცია. ჩატარდა საჭარო და კერძო სექტორის წარმომადგენლებთან ჩაღრმავებული ინტერვიუები. ამ მხრივ განსაკუთრებულ მადლიერებას გამოუხატავთ „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ მიმართ, რომელთანაც მჭიდრო თანამშრომლობამ დიდი დახმარება გაუწია პროექტზე მომუშავე ექსპერტთა ჯგუფს. ასევე, აქცენტი გაკეთდა ჯანდაცვის სექტორის განვითარების წარმატებული გამოცდილების შესწავლაზე ევროკავშირისა და სხვა ქვეყნებში.

მასალის სისტემატიზირებისა და დამუშავების შემდეგ გამოიკვეთა სტრატეგიული დოკუმენტისთვის მნიშვნელოვანი და საკვანძო საკითხები. შესაბამისად, განისაზღვრა ჯანდაცვის რეფორმირების საჭიროება და მისი კონკრეტული მიმართულება – ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მოდელზე გადასვლის აუცილებლობა. მომზადდა არა ზოგადი ხასიათის, არამედ კონკრეტულ პრიორიტეტებსა და მექანიზმებზე ფოკუსირებული დოკუმენტი „საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის რეფორმის სტრატეგიის“ სარეკომენდაციო პროექტი, რომელშიც დეტალურად წარმოდგენილია რეფორმის განსახორციელებლად აუცილებელი კონცეპტუალური და სტრატეგიული საკითხები.

სტრატეგიის სარეკომენდაციო პროექტის შემუშავებისას ძირითადად გათვალისწინებული იქნა საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 20 დეკემბრის N629 დადგენილების „პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ პრინციპები. ამასთან, სტრატეგიის ტექსტს არ ახლავს დადგენილებით გათვალისწინებული დანართები ლოგიკური ჩარჩოს და სამოქმედო გეგმის სახით. ავტორთა ჯგუფს მიაჩნია, რომ სანყის ეტაპზე უფრო მიზანშეწონილია დისკუსიის წარმართვა სტრატეგიული დოკუმენტის კონცეპტუალური ნაწილის ირგვლივ, ხოლო იმპლემენტაციასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვა კი შემდეგი ეტაპია.

წინამდებარე პუბლიკაცია მოიცავს ორ ნაწილს. პირველ ნაწილში მოცემულია „საქართველოს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის სტრატეგიის“ სარეკომენდაციო პროექტი, მეორეში კი მოცემულია ის ანალიტიკური მასალა, რომელიც სტრატეგიის პროექტის შემუშავებისთვის იქნა გამოყენებული.

პროექტში ჩართულ ექსპერტებს ამ მნიშვნელოვანი საქმიანობის განხორციელების საშუალება მიეცა პროექტის „ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო, უნივერსალური დაზღვევის პოლიტიკის შემუშავება“ ფარგლებში, რომელიც „საქართველოს განვითარების პლატფორმამ“ განახორციელა „ფრიდრიხ ებერტის ფონდის“ მხარდაჭერით. ფრიდრიხ ებერტის ფონდს განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით ნაყოფიერი თანამშრომლობისთვის და იმედს ვიტოვებთ, რომ შემდგომშიც გვექნება, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის, ასევე სხვა სოციალურად აქტუალურ საკითხებზე ნაყოფიერი თანამშრომლობის შესაძლებლობა და პატივი.

# ნაწილი I – საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის სტრატეგია (სარეკომენდაციო პროექტი)

## შესავალი

ქვეყნის დამოუკიდებლობის მოპოვებიდან მოყოლებული, ხელისუფლების ყოველ შეცვლას, როგორც წესი, ჯანდაცვის სისტემის ძირფესვიანი რეფორმირება ახლდა თან. ხდებოდა წინამორბედი სტრატეგიის და პოზიტიური გამოცდილების უპირობოდ იგნორირება. პირობითად შეიძლება გამოიყოს დარგის საფუძვლიანი რეფორმირების სამი ასეთი პერიოდი: პირველი – 1995-2003, მეორე – 2004-2012 და მესამე - 2013 წლიდან დღემდე.

მიუხედავად არსებითად განსხვავებული მიდგომებისა სხვადასხვა პერიოდში და თითოეული პერიოდისთვის დამახასიათებელი პოზიტიური მომენტებისა, არსებითად ვერ მოხერხდა ფინანსურად მდგრადი, მოსახლეობის სრულ მოცვაზე ორიენტირებული, მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფი ქანმრთელობის სისტემის ფორმირება. იმ დროს, როდესაც საქართველოს ეკონომიკურ განვითარებაში არსებული პრობლემების ფონზე ცხოვრების დონის ზრდა და სოციალური ფონის გაუმჯობესება დაბალი ტემპებით მიმდინარეობს, ჯანმრთელობის დაცვა, მასთან დაკავშირებული სერვისების მიღების ხელმისაწვდომობა და ფინანსური ტვირთი კვლავ გამონვევად რჩება მოსახლეობის მრავალრიცხოვანი ჯგუფებისთვის.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს მხრიდან საბიუჯეტო დაფინანსების ზრდამ შეამცირა ცალკეული ჯგუფების კატასტროფული ხარჯები სამედიცინო სერვისებზე. თუმცა, ვერ შეძლო თითოეული მოქალაქის უზრუნველყოფა ფინანსურად მდგრადი, ჯანმრთელობის დაცვის საბაზისო სერვისებზე სრულყოფილი ხელმისაწვდომობით. ფინანსური, ინსტიტუციური და გეოგრაფიული ხასიათის პრობლემებთან ერთად, ქვეყანაში კვლავინდებურად პრობლემატურია ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების მიღება, გარკვეული გამონაკლისის გარდა. ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში სახელმწიფო პოლიტიკის საფუძველზე მოქმედი მოდელი მნიშვნელოვან გამონვევად ტოვებს პრევენციული მედიცინის და პირველადი ჯანდაცვის სექტორებში სისუსტეებსა და ჩავარდნებს, განსაკუთრებით პერიფერიულ ქალაქებსა და სოფლებში.

ეს ფაქტორები ჯამურად განაპირობებს ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის საერთო სურათის ამსახველი მაჩვენებლების დაბალ დონეს და გაუმჯობესების არასათანადო დინამიკას.

შესაბამისად, განხორციელდა დღევანდელი ჯანდაცვის სექტორის სისტემური ანალიზი, წინა პერიოდების დადებითი და უარყოფითი გამოცდილებების შესწავლა და მოხდა პრობლემების და გამონვევების იდენტიფიცირება.

ანალიტიკური სამუშაოების საფუძველზე შემუშავდა „საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის სტრატეგიის“ სარეკომენდაციო პროექტი. სტრატეგია ითვალისწინებს ჯანდაცვის სექტორის, როგორც საბაზო ფინანსურ-ინსტიტუციური მოდელის ფუნდამენტურ ტრანსფორმირებას, ასევე ამ სექტორის ცალკეულ მნიშვნელოვან კომპონენტებთან დაკავშირებულ სტრატეგიულ მიზნებს და ამოცანებს.

## 1. წინაპირობები

ჯანდაცვის საბჭოთა მოდელიდან (ე.წ. „სემამკოს მოდელი“) ჯანდაცვის პროგრამულ დაფინანსებაზე გადასვლის პირველივე წელს (1995) შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი. განისაზღვრა ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფოს მინიმალური გარანტიები, მისი უზრუნველყოფის დაფინანსების წყაროები – მიზნობრივი გადასახადების სახით, აკუმულირების მექანიზმები და ფინანსების მმართველი დაწესებულება.

1995 წლის აგვისტოდან ამოქმედდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები (1 წლამდე ბავშვთა მკურნალობის, ორსულთა ზედამხედველობის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ტუბერკულოზის კონტროლის, ომის მონაწილეთა და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი პირების ურგენტული დახმარებისა და სხვა).

1996 წლიდან დაფუძნდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია 12 რეგიონული ფილიალით. ფინანსური, მმართველობითი და სახელმწიფო კუთხით სახელმწიფო კომპანია უნდა



ყოფილიყო დამოუკიდებელი, რომლის უმაღლეს სათათბირო ორგანოს, კანონის მიხედვით, სამეთვალყურეო საბჭო წარმოადგენდა. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყარო იყო ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანი 4%-ის ოდენობით, რომლის 3%-ს იხდიდა დამქირავებელი, ხოლო 1%-ს – დაქირავებული. სამედიცინო „გადასახადის“, ხოლო შემდეგ „სადაზღვევო შენატანის“ დაკანონებით შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი. სადაზღვევო შესატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში. გარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანისა, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროს წარმოადგენდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი, რომელიც ზოგადი სახელმწიფო შემოსავლებით იქმნებოდა. ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი უმთავრესად განკუთვნილი იყო იმ პირთათვის სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად, რომლებიც არ იყვნენ დასაქმებულნი (უმუშევრები, შშმ პირები, უმწეოები, პენსიონერები, ბავშვები).

ამ პერიოდის ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი ბიუჯეტის შესრულება ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად უნდა ჩაითვალოს. რვა წლის განმავლობაში წლის ბიუჯეტის 90 და მეტი პროცენტით შესრულება მხოლოდ 1996 და 2001 წლებში გახდა შესაძლებელი. 2000 წლიდან მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესდა (2000-90%, 2001-80%). თუმცა, 2003 წელს სეკვესტრირებული ბიუჯეტი მხოლოდ 62%-ით იქნა დაფინანსებული. ეპიდემიური წარმატებების მიუხედავად, 1995-2003 წლებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის წარუმატებლობის მთავარ მიზეზს ახლადშექმნილი სახელმწიფოს სუსტი ეკონომიკური და ფინანსური ინსტიტუტები წარმოადგენდა. ამის შედეგად, საქართველომ ვერ მოახერხა დარგში თანმიმდევრული და სისტემური ცვლილებების განხორციელება - ვერ შეძლო ჯანდაცვის პოლიტიკის მართვის ადეკვატური მოდელის დანერგვა; ვერ განახორციელა ძირეული ეკონომიკური რეფორმები და რაც პრინციპული მნიშვნელობისაა, უძლური აღმოჩნდა ტოტალური კორუფციის წინაშე.

2004 წელს, ხელისუფლების შეცვლის შემდეგ, საერთაშორისო პარტნიორების ჩართულობით განახლდა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საკითხზე მუშაობა. 2006 წლის მიწურულს შექმნილმა ჯანდაცვისა და სოციალური რეფორმების სამთავრობო კომისიამ განსაზღვრა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები და შეიმუშავა რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი, რომელიც ოთხ სტრატეგიულ მიმართულებას გულისხმობდა: (i) აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და მოსახლეობის დაცვა სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან; (ii) მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა – შესაფერისი მარეგულირებელი გარემოს შექმნა და ამოქმედება; (iii) მოსახლეობისთვის ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა – სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განვითარება და კომპეტენტური კადრების მომზადება და (iv) ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის ამაღლება – სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში მყოფი ორგანიზაციების შესაძლებლობათა განვითარება და კარგი მმართველობის პრინციპების დანერგვა.

2006 წლიდან ჯანდაცვის დაფინანსებაში ცვლილების შეტანისას მთავარ მიზანს აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება წარმოადგენდა. ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკების უკეთ მართვის მიზნით, მთავრობამ, სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მაგივრად, არჩევანი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვის სასარგებლოდ გააკეთა.

რეფორმის კონცეფცია ითვალისწინებდა ორ ძირითად პრინციპს: პირველი - სახელმწიფო დაფინანსების მიზნობრივი სისტემის შექმნა მოსახლეობის სოციალურად ყველაზე დაუცველი ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფისთვის; მეორე - სახელმწიფო სახსრების მართვა კერძო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის.

რეფორმის შესაბამისად, ეტაპობრივად უნდა მომხდარიყო არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების (ამბულატორიული პროგრამის ჩათვლით) ჩანაცვლება სადაზღვევო პროდუქტებით - სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ჩანაცვლება სადაზღვევო მომსახურებით; საბიუჯეტო რესურსების გადანაწილება მოხდებოდა სოციალურად დაუცველი ფენების სასარგებლოდ; დაუცველი ფენების სადაზღვევო მომსახურებაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფდა სადაზღვევო ვაუჩერი; მთავრობა ხელს შეუწყობდა სადაზღვევო პროგრამების განხორციელებას ჯარისკაცებისთვის, პოლიციელებისთვის, საჯარო მოხელეებისთვის; მოქალაქეს თავად უნდა აერჩია მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია; საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას უნდა ჰქონოდა თანაბარი უფლება, გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი; უნდა მომხდარიყო მოკლევადიანი (ერთწლიანი) სადაზღვევო ხელშეკრულებების ჩანაცვლება უვადო სადაზღვევო ხელშეკრულებით.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფის პირველი სახელმწიფო პილოტური პროგრამა 2007 წელს შეიმუშავდა და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 196 000 მოქალაქე. 2008 წლიდან სადაზღვევო ვაუჩერი გადაეცათ საქართველოში მცხოვრებ იმ ოჯა-



ხებს, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მათი ოჯახების სარეიტინგო ქულა არ აღემატებოდა 70 000-ს. სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად.

2010 წლამდე ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით იღებდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო პროგრამით განსაზღვრული და დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის პილოტირების შემდეგ, იმავე წელს სახელმწიფომ დაიწყო საჯარო სკოლის პედაგოგების სამედიცინო დაზღვევით უზრუნველყოფა.

2010 წელს შეტანილი ცვლილებების შედეგად, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამებში წესები მნიშვნელოვნად შეიცვალა. კონკრეტულად: სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარის მიერ სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით; საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. სადაზღვევო ვაუჩერის საფუძველზე დამზღვევი სადაზღვევო ხელშეკრულებას აფორმებდა ტენდერში გამარჯვებულ იმ სადაზღვევო კომპანიასთან (მზღვეველთან), რომელიც ტენდერის შედეგების საფუძველზე გამოვლინდა გამარჯვებულად დაზღვეულის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო (26-დან ერთ-ერთ) უბანში; 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3-წლიანი გახდა (ერთწლიანის მაგივრად); სადაზღვევო კომპანიების მიერ ახალი სამედიცინო დაწესებულებების შექმნამ გარკვეულწილად გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურების გარემო, გაჩნდა ტერიტორიული ხელმისაწვდომობაც, თუმცა, მეორე მხრივ, პრემიის შემცირებამ და დაკისრებული ვალდებულებების ზრდამ გააუარესა სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური მდგომარეობა.

2010 წლის აპრილის მონაცემებით, სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეული იყო, დაახლოებით, 1 104 785 ადამიანი. სახელმწიფო პროგრამების გარეთ იყო მოსახლეობა, რომელიც სამ ჯგუფად იყოფოდა: (i) ფორმალურ სექტორში დასაქმებულები და მათი ოჯახის წევრები, რომელთა მხოლოდ მცირე ნაწილი სარგებლობდა კორპორატიული ან სახელმწიფო დაწესებულებების ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებით; (ii) არაღარიბი ასაკით პენსიონერები - 60 წელს გადაცილებული მოსახლეობა, მაღალი რისკის ჯგუფი, რომლისთვისაც სახელმწიფოს ინიციატივით 2008 წლის ბოლოს შეიქმნა მომსახურების 4 პროგრამა: ურგენტული, კარდიოქირურგიული, ონკოლოგიური და პირველადი ჯანდაცვის; (iii) თვითდასაქმებულები - ყველაზე პრობლემური და ძნელად მობილიზებადი ჯგუფი. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვისას ამ ადამიანებს ფაქტობრივად უწევდათ ჯიბიდან გადახდა. ისინი ანტისელექციის გამო ვერ ერთვებოდნენ სადაზღვევო სისტემაში და გარკვეული სირთულეები ექმნებოდათ სადაზღვევო პროდუქტის განვადებით აღებისას.

2009 წელს საქართველოს მთავრობამ შექმნა ჯანმრთელობის დაზღვევის ახალი მოდელი, რომელიც ე.წ. „იაფი დაზღვევის“ სახელითაა ცნობილი - 3-დან 60 წლამდე ასაკის ნებისმიერ მოქალაქეს შეეძლო „იაფი სადაზღვევო პაკეტის“ შექმნა 19.80 ლარად (სახელმწიფოს მიერ შეძენილი 60-ლარიანი პაკეტის 33%-ის თანაგადახდით) და ერთი წლის განმავლობაში 8 000 ლარის ფარგლებში ესარგებლა პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი სტაციონარული და ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით, ასევე სამედიცინო დახმარებით უბედური შემთხვევისას. თუმცა, 300 000 - 500 000 მოქალაქის დაზღვევის მოლოდინის მიუხედავად, გარკვეული მიზეზებით, პოლისი მხოლოდ 122 000 მოქალაქემ შეიძინა.

2011 წლის დეკემბრის მონაცემებით, სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეული იყო 960 000-ზე მეტი ადამიანი. კერძოდ, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, კომპაქტურად განსახლებული იძულებით გადაადგილებული პირები, მზრუნველობამოკლებული ბავშვები, სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები, შმპ-თა და ხანდაზმულთა სახლების ბენეფიციარები, სკოლა-პანსიონების ბენეფიციარები, პედაგოგები, ოკუპირებული აფხაზეთის ა/რ-ის მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობა, სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები და თბილისის მერიის ბიუჯეტით დაზღვეული (70 000-100 000 სარეიტინგო ქულის მქონე) მოსახლეობა.

2012 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 2 მილიონზე მეტ პირს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. ამ სეგმენტის დაზღვევის მიზნით, საქართველოს მთავრობის დადგენილებით, დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში 2012 წლის სექტემბრიდან ჩაერთო დაახლოებით 800 000 მოქალაქე: 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები; ასაკით პენსიონერები; სტუდენტები; შეზღუდული შესაძლებლობისა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2012

წლის ბოლოსთვის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით მოსარგებლეთა რიცხვმა 1 600 000 ადამიანს გადააჭარბა. მოსახლეობის დანარჩენ ჯგუფებს, რომელიც ძირითად დასაქმებულ მოსახლეობას მოიცავდა, მხოლოდ ე.წ. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამებით შეეძლოთ სარგებლობა, რაც ფაქტობრივად ნიშნავდა იმას, რომ ისინი, გადაუდებელი და გეგმიური სომატური მდგომარეობების მართვის კუთხით სახელმწიფოს მიერ არ იყვნენ დაზღვეული.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების ეს პერიოდი, მიუხედავად მის დასაწყისში დეკლარირებული დამაიმედებელი სტრატეგიისა და სწორად გადადგმული გარკვეული ნაბიჯებისა, წარუმატებელი აღმოჩნდა. რეფორმა ძალიან მალე ასცდა მთავარ სტრატეგიულ ხაზს, მას ძალიან ხშირად ახლდა პოპულისტური და გაუაზრებელი გადაწყვეტილებები, არ იყო თანამიმდევრული. ჯანდაცვისა და სოციალური დარგის რეფორმების სამთავრობო კომისიის მიერ შემუშავებული ოთხი მოდელიდან პრაქტიკულად ვერც ერთმა სტრატეგიულმა მიმართულებამ სათანადო განვითარება ვერ პოვა - დარგის დაფინანსების გაუმჯობესების მიუხედავად, მოსახლეობა სრულფასოვნად ვერ იქნა უზრუნველყოფილი აუცილებელი ჯანდაცვითი სერვისებით; ისევე, როგორც რეფორმის პირველ ეტაპზე, სათანადოდ ვერ განვითარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა; სათანადოდ აღვილი კვლავ არ მიენიჭა საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, ხოლო პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კვლავინდებურად განუვითარებელი და ძალიან სუსტი იყო; დარგი ისევ აღმოჩნდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის თანამედროვე სისტემის გარეშე. 2013 წლიდან ახალმა ხელისუფლებამ რადიკალურად შეცვალა ჯანდაცვის პოლიტიკა, შემოიღო რა თამამი პროგრამა, რომლის მკაფიო მიზანი იყო საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის მიდგომის დამკვიდრება. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის მიზანი იყო საქართველოს ყველა იმ მოქალაქის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფა, რომელიც 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით არ სარგებლობდა უკვე არსებული სახელმწიფო დაზღვევით და არ გააჩნდა კერძო დაზღვევა. 2014 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის ყველა სახელმწიფო პროგრამა გაუქმდა და მათით მოსარგებლე მოქალაქეებიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდნენ. შესაბამისად, კერძო სადაზღვევო კომპანიები ამ პერიოდისა და უკვე აღარ მონაწილეობენ სახელმწიფო პროექტებში. 2014 წლისთვის კერძო კომპანიებში დაზღვეულ პირთა რაოდენობა 510 000-მდე შემცირდა.

2013 წელს საქართველოს მთავრობამ საყოველთაო ჯანდაცვა ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის მთავარ მიმართულებად განსაზღვრა, რასაც თან ახლდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობათა უპრეცედენტო ზრდა (2012 – 424 მლნ ლარი, 2018 – 1 056 მლნ. ლარი, 2021 – 1 600 მლნ ლარამდე) და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დანერგვისა და შემდგომი გაფართოების პროცესი.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით გათვალისწინებული ე.წ. მინიმალური პაკეტი, რომელიც მოიცავდა ძირითად პირველად ჯანდაცვასა და გარკვეულ სადიაგნოსტიკო ამბულატორიულ მომსახურებას (20-30%-ის ჯიბიდან თანადაფინანსებით), ასევე გადაუდებელ დახმარებას (15 000 ლარის ფარგლებში), ხელმისაწვდომი გახდა მოსახლეობისთვის.

სამედიცინო სერვისების ადმინისტრირებას ჯერ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო (2013–2020), ხოლო შემდეგ – სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო ახორციელებდნენ და არა კერძო სადაზღვევო კომპანიები. ყოველივე ამან ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მიდგომის ფუნდამენტური ცვლილება გამოიწვია. დანერგვის სანყის ეტაპზე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლები გახდნენ საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მონაწილის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები; ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე, მოქალაქეობის არმქონე პირები, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე და თავშესაფრის მაძიებელი პირები. მინიმალური პაკეტი, რომელიც 2013 წელს იქნა შემოღებული, შემდგომში უფრო გაფართოვდა და უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მეტი მომსახურება მოექცა.

2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის შესრულება დაგეგმილზე ბევრად დაბალი იყო (69%), რადგან პროგრამა ამ წლის ივლისიდან გაფართოვდა. უკვე 2014 წლისთვის პროგრამის ხარჯები დაგეგმილზე ერთი მესამედით მაღალი იყო. 2015 წელს ბიუჯეტის გეგმა 39%-ით გაიზარდა, მაგრამ ხარჯებმა მაინც გადააჭარბა დაგეგმილს. 2016 წლისთვის დაგეგმილი ბიუჯეტი შენარჩუნდა იმავე დონეზე, როგორც 2015 წელს, რადგან რთული ფისკალური გარემო იყო. აღნიშნული გადახარჯვები დიდწილად განპირობებული იყო ჯანდაცვაზე მოთხოვნის მოულოდნელი ზრდით იმათი მხრიდან, ვინც აღდე არ მონაწილეობდა პროგრამაში. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის გადახარჯვის ტენდენცია შენარჩუნდა მომდევნო წლებშიც. შედეგად, სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მუდმივად მზარდი და არაკონტროლირებადი. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის გადახარჯვამ 7 წლის განმავლობაში (2014-2020) ჯამურად, დაახლოებით, 560 მლნ. ლარი, ანუ დამტკიცებულ ბიუჯეტთან შედარებით 13%-ით მეტი შეადგინა<sup>1</sup>.

1 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ადაპტირებულია „ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრის მე-14 ტალღის“ მიხედვით.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის მუდმივად მზარდმა ხარჯებმა დღის წესრიგში დააყენა პროგრამაში გათვალისწინებული კატეგორიების და მათთვის გათვალისწინებული ანაზღაურებადი სერვისების მოცულობის შეკვეცის აუცილებლობა. 2017 წლის მაისიდან ყველაზე მაღალშემოსავლიანი ნაწილი ამოირიცხა უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამიდან იმ მოტივით, რომ მათ შეეძლოთ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევას შეძენა. დღევანდელი მდგომარეობით, პროგრამა ღიაა ყველა მოქალაქისა და თავშესაფრის მადიებლისთვის, ვინც არ არის დაზღვეული და წელიწადში გამოიმუშავებს 40 000 ლარზე ნაკლებს. ასევე, შემცირდა თვეში 1000 ლარს ზემოთ შემოსავლების მქონე პირთა პაკეტი, რომელიც ფაქტობრივად გვეგიური ამბულატორიული (სპეციალიზირებული) სერვისების გარეშე დარჩა.

ოფიციალური სტატისტიკით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სერვისებით იფარება მოსახლეობის 95%-ზე მეტი, რაც ემყარება ადამიანთა რაოდენობას, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან. შეღავათების პაკეტი დიფერენცირებულია მოსახლეობის შემდეგი კატეგორიების მიხედვით, რომელთაგან ზოგი ჯგუფი ემყარება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მინიჭებულ სარეიტინგო ქულას: 1. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრები ოჯახები (რომელთა სარეიტინგო ქულა < 70 000), სახალხო არტისტები, მასწავლებლები, მინდობით აღზრდაში მყოფი ბავშვები, იკპ პირები; 2. შვებულებით მუშაობის მქონე პირები, 5 წლამდე ბავშვები, მოსწავლეები და პენსიონერები; 3. დაუზღვეველი ვეტერანები; 4. დაბალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეები (70 000-100 000 სარეიტინგო ქულით) და 6-18 წლის ბავშვები; 5. სხვა მოქალაქეები საპენსიო ასაკის ქვემოთ, უფრო მაღალი შემოსავლით: ა. ისინი, ვინც იღებენ 1000 ლარზე ნაკლებს თვეში ან აქვთ არარეგულარული შემოსავალი/თვითდასაქმებულები; ბ. ისინი, ვინც იღებენ 40 000 ლარზე ნაკლებს წელიწადში, მაგრამ 1000 ლარზე მეტს თვეში; გ. ვინც იღებს 40 000 ლარზე მეტს წელიწადში. 40 000 ლარზე მეტი შემოსავლის მქონე პირები სარგებლობენ მხოლოდ შერჩეული სერვისებით, რომლებიც დაფარულია საყოველთაო ჯანდაცვით და ვერტიკალური პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისებით, თანაგადახდის პირობით.

ამჟამად ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტი დაფინანსებას შემდეგი სქემების მეშვეობით ახორციელებს: (i) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, (ii) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი (ვერტიკალური) პროგრამები და (iii) პრიორიტეტული დაავადებებისა და მდგომარეობებისთვის განკუთვნილი პროგრამები, რომელთა მიზანს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება წარმოადგენს და ხასიათდება იან დაფარვის განსხვავებული მაჩვენებლებით (მთლიანობაში 20-ზე მეტი სახელმწიფო პროგრამა).

## 2. ძირითადი პრობლემები და გამოწვევები

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის, როგორც წინა პერიოდებში მოქმედი მოდელები, ასევე დღეს მოქმედი სისტემა ავლენს მრავალ ფუნდამენტურ, ასევე, სისტემის კონკრეტულ დეტალებში გამოხატულ პრობლემას. არსებული პრობლემებიდან გამოსაყოფია რამდენიმე მსხვილი პრობლემა, რომელიც დღის წესრიგში კვლავ აყენებს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში ფუნდამენტური ცვლილებების აუცილებლობას.

ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაობა - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის უმთავრეს პრობლემად რჩება რეალური საყოველთაობის მიღწევა. ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაობის განსაზღვრისთვის მიზანშეწონილია, გამოყენებულ იქნას ჯანმრთელობის საერთაშორისო ორგანიზაციის დეფინიცია, რომლის მიხედვითაც, „ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაობა ნიშნავს იმას, რომ თითოეული ადამიანისთვის მისწავდომია მისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება იმ ადგილზე და იმ დროს, სადაც ეს საჭიროა, თანაც ფინანსური სირთულეების გარეშე. ყოველივე ეს მოიცავს ძირითადი სამედიცინო სერვისების მთელ სპექტრს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციით დაწყებული, მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობით დამთავრებული“.

1995-2003 წლების პერიოდში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური ფონის, დაბალი ფისკალური და ინსტიტუციური დისციპლინის პირობებში, სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანიაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არათუ ვერ უზრუნველყოფდა ამ სისტემით მოსახლეობის სრულ მოცვას, არსებულ ბენეფიციარებსაც ვერ აწვდიდა სათანადო სამედიცინო სერვისებს.

2004-2006 წლებიდან დაწყებული რეფორმები იყო იმ პერიოდის ხელისუფლების მიერ კულტივირებული ეკონომიკური ხედვების ნაწილი. ამ ხედვების შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვა, ისევე, როგორც ბევრი სხვა სფერო, რომელთაშიც ვეროპული პრაქტიკის გამოცდილებით მაღალია საჯარო ხელისუფლების მიერ უზრუნველყოფილი სოციალური სისტემების როლი, საქართველოს შემთხვევაში არსებითად მკაფიოდ ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის საგნად განიხილებოდა. ამ კონტექსტში, 2006 წლიდან უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახებისთვის კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან



სადაზღვევო პაკეტების შექმნა, მიუხედავად ამ ნაბიჯის ზოგადად პოზიტიურობისა, იგი განხილული უნდა ყოფილიყო, უპირველეს ყოვლისა, ღარიბი ოჯახების სოციალური დახმარების ინსტრუმენტად და არა ჯანდაცვის ერთიანი პოლიტიკის შემადგენელ ნაწილად.

მოქალაქეთა დიდი ნაწილისთვის ჯანდაცვის სერვისების მიღებასთან და მის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული მწვავე და თვალსაჩინო პრობლემების და პოლიტიკური ტურბულენტობის ფონზე, 2007-დან 2012 წლის ჩათვლით მთავრობას ეტაპობრივად უწევდა სახელმწიფო პროგრამებში მოქცეული მოსახლეობის კატეგორიების წრეების გაფართოვება. ამ ფონზე განუხრელად იზრდებოდა კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულ პირთა რაოდენობა (2012 წლისთვის 1,6 მლნ-ს მიაღწია). მიუხედავად ცალკეული პოზიტიური ტენდენციებისა, ამ პერიოდის ბოლოსთვის ჯერ კიდევ რჩებოდა მოსახლეობის დიდი ნაწილი (ნახევარზე მეტი), რომელიც სამედიცინო სერვისებს ძირითადად ჯიბიდან გადახდების გზით იღებდა. რთულ სოციალურ ფონზე კი ეს დიდი რაოდენობის ოჯახებს კიდევ უფრო მოწყვლადებს ხდიდა. თავად სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში დაზღვეულ მოქალაქეებთან დაკავშირებით სახეზე იყო არასრულყოფილი სადაზღვევო პაკეტები, სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური პრობლემების გაზრდა, რაც განსაკუთრებით გართულდა ამ პერიოდის ბოლოსთვის, სადაზღვევო კომპანიებისთვის დამატებითი ვალდებულებების დაკისრების (მაგ: საავადმყოფოების მშენებლობა-რეაბილიტაცია) გამო. მთლიანობაში, ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაობის პრინციპი არც ყოფილა ამ პერიოდის ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანი, საყოველთაობის იმ გაგებით, როგორც ეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ არის განსაზღვრული.

2012 წელს მოსული ახალი ხელისუფლების მიერ განისაზღვრა ამბიციური ამოცანა, რომ შეექმნა საყოველთაობის პრინციპზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემა ისე, რომ არც ერთი მოქალაქე არ დარჩენილიყო ამ სისტემის გარეთ. ამასთან, ამის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტად განისაზღვრა არა წინა ხელისუფლების პირობებში დაწყებული მოქალაქეთა დაზღვევის სისტემის განვითარება კერძო სადაზღვევო კომპანიებში, არამედ პირიქით, მკვეთრად შემცირდა დაზღვეულ პირთა რაოდენობა და დაინერგა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სახელმწიფოს და სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელ პროვაიდერებს შორის პირდაპირ ფინანსურ ურთიერთობას გულისხმობდა. ამ სისტემას თავიდანვე აღმოაჩნდა ხარვეზები. პაციენტსა და სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელ პროვაიდერს შორის არსებობს მკვეთრი ინფორმაციული ასიმეტრიულობა იმ პირობებში, როდესაც პაციენტსა და პროვაიდერს შორის ფაქტობრივად არ არსებობს შუალედური რგოლი (მაგ: სადაზღვევო კომპანიის სახით).

სამედიცინო სერვისების ღირებულების დიდ ნაწილს სახელმწიფო ანაზღაურებს წარდგენილი დოკუმენტების საფუძველზე. ასანაზღაურებელი ხარჯების მოცულობა კი სულ უფრო და უფრო იზრდება (იზრდება), რადგან პაციენტის შესაძლებლობა, მოახდინოს განუყოფელი სამედიცინო სერვისების აუცილებლობის და მასთან დაკავშირებული ხარჯების კონტროლი, მკვეთრად შემზღუდულია, მოტივაცია კი არასაკმარისი. ამასთან, საჯარო უწყების მხრიდან ამ მასშტაბის სისტემაში სერვისების და ხარჯების კონტროლის შესაძლებლობები შემზღუდულია.

რასაკვირველია, წინა პერიოდებთან შედარებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ არსებითად გააუმჯობესა მოსახლეობის ფართო ჯგუფების ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პრობლემებისთვის სოციალური უსაფრთხოების ბალიშის მოქმედება, განსაკუთრებით რეფორმის საწყის წლებში. როგორც ბუნებრივი მიზეზების (მაგალითად, მიმართვიანობის მკვეთრი ზრდა), ასევე ხარჯების კონტროლის სუსტი სისტემის გამო, ეს პროგრამა წლიდან წლამდე სულ უფრო და უფრო მეტ საბიუჯეტო დანახარჯს მოითხოვს. გაზრდილი საბიუჯეტო ხარჯების ფონზე 2017 წელს მოხდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეზღუდვა. კერძოდ, პროგრამიდან ამოირიცხნენ წლიურად 40 000 ლარს ზემოთ შემოსავლის მქონე პირები, ხოლო ცალკეული კატეგორიებისთვის (განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, რომელთა თვიური შემოსავალი აღემატება 1000 ლარს) შეიკუმშა პროგრამით ასანაზღაურებელი „მინიმალური პაკეტი“.

საბოლოო ჯამში, იხატება ასეთი სურათი - 2003-2012 წლებში ხელისუფლება ამოცანად საყოველთაობას არ ისახავდა, მაგრამ საზოგადოებაში არსებული სოციალური რეალობა, პოლიტიკური და სხვა ამოცანები მას ეტაპობრივად უბიძგებდა, რომ წასულიყო სახელმწიფო პროგრამებით სულ უფრო მეტ მოცვაზე. 2012 წლიდან ახალმოსულმა ხელისუფლებამ ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაობის დეკლარირება მოახდინა, მაგრამ საოპერაციო სისტემის არაეფექტურობა და პრობლემატურობა სისტემას უბიძგებს, ან შეამციროს მისი საყოველთაობა, ან მუდმივად ზარდოს საბიუჯეტო ხარჯები და გადახარჯვები.

საბოლოოდ, მიუხედავად მიდგომების და პრაქტიკული რეალობის სხვადასხვაობისა, აღწერილ პერიოდებში ვერ იქნა უზრუნველყოფილი გარკვეული საბაზო სამედიცინო სერვისებით მოსახლეობის მოცვა. ეს გულისხმობს, რომ ორივე პერიოდში „საბაზო“ (უნივერსალური ან მინიმალური) სამედიცინო სერვისების ფორმირება ორივე მოდელის დროს სხვადასხვა საზოგადოებრივი ჯგუფების მიმართ

დიფერენცირებული პაკეტების გამოყენების პრაქტიკით წარიმართა. ამასთან, ვერ მოხდა რაოდენობრივი თვალსაზრისით უნივერსალური პაკეტით მოსახლეობის სრული მოცვის უზრუნველმყოფი სისტემის ჩამოყალიბება. მიუხედავად იმისა, რომ 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ ჯიბიდან გადახდების წილი შესამჩნევად შემცირდა, იგი კვლავ რჩება დაფინანსების უმნიშვნელოვანეს წყაროდ (2018 წელს ჯანდაცვაზე მთლიანი მიმდინარე ხარჯის 48% შეადგინა).

**პირველადი ჯანდაცვა და ამბულატორიული სექტორი** - საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ჯანდაცვის სექტორის და ბენეფიციართა დაფინანსება. 2011-დან 2016 წლამდე ჯანდაცვის ბიუჯეტი, როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტის წილი, გაორმაგდა (გაიზარდა 5-დან 10%-მდე) და შემდგომში დაახლოებით ათპროცენტიან ნიშნულზე დარჩა. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მიმართვიანობა, როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებებში, მკვეთრად გაიზარდა. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2012–2015 წლებში 2.1-დან 3.4-მდე გაიზარდა. შემდგომ წლებში პროგრესი უმნიშვნელო იყო და 2020 წელს მხოლოდ 3.6-ს მიაღწია (მაგალითისთვის, ევროპული ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელი არის 6). სოფლის ექიმის პროგრამაში ამბულატორიული მიმართვიანობის ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო დაბალია (საშუალოდ არ აღემატება 1-ს), რაც შესაბამისი მოსახლეობის პირველადი ჯანდაცვის სერვისებით დაბალ უზრუნველყოფაზე მეტყველებს.

მიუხედავად იმისა, რომ 2013-2016 წლების პერიოდში ამბულატორიულ მომსახურებაზე სახელმწიფო დანახარჯი გაორმაგდა, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯის წილი 2016 წლის შემდეგ ფაქტობრივად არ შეცვლილა და მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის მხოლოდ 1/4-ს შეადგენდა. ეს მაშინ, როდესაც ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები იზრდებოდა და 2015 წლიდან ჯანდაცვაზე მთლიანი სახელმწიფო ხარჯის დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს. 2013–2017 წლებში ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად განეულ მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 43.3% იყო, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე მთლიან დანახარჯებში – 71%<sup>2</sup>. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სოლიდური ზრდის მიუხედავად, ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხა კვლავ ჯარბობს (48.4%)<sup>3</sup>, რაც მიიჩმე ფინანსური ტვირთია.

2013 წელს ჯანდაცვაზე მიმდინარე ხარჯის ნახტომისებური ზრდა სახელმწიფოს მხრიდან შესაბამისი მომსახურებებით მოსახლეობის მნიშვნელოვნად გაზრდილი ნაწილის მოცვის შედეგი იყო. ამ პერიოდიდან ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მუდმივად დომინირებს. ამ პროგრამის წილმა 2016 წელს ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯების 3/4 შეადგინა. ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯების 67% მოდიოდა საავადმყოფოს მომსახურებაზე, ხოლო 25% - პირველად ჯანდაცვაზე<sup>4</sup>. ეს თანათარდობები არსებითად არ შეცვლილა მომდევნო წლებშიც.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის არსებული სისტემა „მეკარიბჭის“ უმნიშვნელოვანეს ფუნქციას ვერ ასრულებს. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მწირ უტილიზაციას ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული არაჯანსაღი სტიმულები, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებში, პაციენტების ჰჯდ დონეზე შეკავების ნაცვლად, მათი საავადმყოფოში გადამისამართების მოტივაციას ახდენს. ეს განპირობებულია სერვისების ანაზღაურების არსებული სისტემის ნაკლოვანებებით. გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის სერვისების დაბალი უტილიზაციის მთავარი მიზეზი პროგრამის სტაციონარულ დახმარებაზე ორიენტაციაა, რომლის კიდევ ერთ გამოვლინებას ინსტრუმენტული და კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების მთლიანობაში მოკრძალებული ასორტიმენტი წარმოადგენს.

ხაზგასასმელია, რომ სრულიად განსხვავებული მდგომარეობაა კერძო სადაზღვევო კომპანიების ბარალების სტრუქტურაში, სადაც ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოდის საშუალოდ 35-40%, მედიკამენტებზე 30-35% და სტაციონარულ მომსახურებაზე 25%.

## მედიკამენტები

ადეკვატური მედიკამენტობური მკურნალობა საქართველოს ჯანდაცვის ძალიან სერიოზული და დღემდე გადაუჭრელი პრობლემაა. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამბულატორიულ კომპონენტში, განსაკუთრებით კი მისი დანერგვის საწყის ეტაპებზე, წამლებით მკურნალობის წილი მიზერული იყო. ამ სერიოზული ჩამორჩენის საკომპენსაციოდ 2017 წლის აპრილიდან

2 საერთაშორისო ფონდი კურაციო. ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა - პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა

<http://curatiofoundation.org/ge/projects-and-publications-ge/>

3 საერთაშორისო ფონდი კურაციო. ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა - პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა

<http://curatiofoundation.org/ge/projects-and-publications-ge/>

4 მსოფლიო ბანკი, 2017

ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. თუმცა, ამ პროგრამის პოტენციური საკმაოდ მწირია და იგი განკუთვნილია კონკრეტული დაავადებების მქონე ბენეფიციართა ჯგუფებისთვის. ყოველივე ეს ნიშნავს იმას, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა ძალიან დიდი ნაწილი გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კუთხით მოკლებულია ადეკვატურ მედიკამენტოზურ მკურნალობას.

2014 წლიდან დღემდე, როგორც ამბულატორიულ, ისე ჰოსპიტალურ სერვისებზე ფასების ზრდა პერმანენტულ ხასიათს ატარებს. პირველ რიგში ეს მედიკამენტებსა და ამბულატორიულ დახმარებას ეხება, რაც მოსახლეობისთვის მძიმე ტვირთია, რადგან ასეთი ტიპის ხარჯებში უდიდესი წილი ჯიბიდან გადახდაზე მოდის. მოსახლეობის დაახლოებით 14% განიცდის ჯანდაცვაზე კატასტროფულ დანახარჯს, ხოლო ჯიბიდან გადახდების სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი (60%) მედიკამენტებზე გადახდილ თანხებს უკავია. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშის მიხედვით, მოსახლეობის მედიკამენტებზე დანახარჯი 2016 წელს 687 მლნ ლარი იყო, შემდგომ წლებში კი გაიზარდა და თითქმის 1 მილიარდ ლარს მიაღწია. ხარჯების სახეობების მიხედვით, ჯანმრთელობის დანახარჯებში მაღალია ფარმაცევტულ პროდუქტებზე განხორციელებული ხარჯები. ჯანდაცვის მთლიანი ეროვნული დანახარჯიდან 2014-2020 წლებში საშუალოდ 36.9% წმინდა ფარმაცევტული ხარჯია, რომელსაც ძირითადად მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის (96%).

პირდაპირი გადახდების ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი ფარმაცევტულ საშუალებებზე მოდის, განსაკუთრებით ამბულატორიული მკურნალობის ეტაპზე, ვინაიდან ასეთი ხარჯები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შემოღებული ოდენობით იფარება. ფარმაცევტულ საშუალებებზე, როგორც წესი, პაციენტს სრული ფასის გადახდა უწევს. 2015 წელს ჯიბიდან დანახარჯების დაახლოებით 64% მოდიოდა ამბულატორიულ მედიკამენტებზე, რაც ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯის დაახლოებით 40%-ს შეადგენდა<sup>5</sup>. ეს პროპორციები ძალიან უმნიშვნელოდ შეიცვალა 2016-2018 წლებში<sup>6</sup>. სტაციონარში ფარმაცევტულ საშუალებებზე ხარჯი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით იფარება. თუმცა, ეს რეალურად ამახინჯებს სისტემაში არსებულ სტიმულებს, უბიძგებს რა პაციენტებს, გამოიყენონ გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება და არა პირველადი ჯანდაცვის სერვისები.

ფინანსური ხელმისაწვდომობის გარდა, ძალიან სერიოზულ პრობლემას მედიკამენტების არასრულფასოვანი მენეჯმენტი წარმოადგენს (მტკიცებულებებს მოკლებული და არარაციონალური სამკურნალო რეჟიმები, თვითმკურნალობა და სხვა), რომლის მასშტაბი, როგორც ფინანსური, ისე მოსახლეობის ჯანმრთელობის კუთხით, განუზომლად იზრდება მენტალური თუ ტექნიკური მიზეზებით გამოწვეული, სარეცეპტო სისტემის დანერგვის ჩავარდნისა და განუვითარებელი პირველადი ჯანდაცვის პირობებში.

არ არის უზრუნველყოფილი ბაზარზე არსებული იმპორტირებული და ადგილობრივი წარმოების მედიკამენტების ხარისხის შესაბამისობის გამართული სისტემა. პაციენტისთვის დანიშნული ყველა ჯენერიკული წამალი არ იძლევა მისი შესაბამისი ხარისხის, შემადგენლობის და ეფექტურობის გარანტიას.

### ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფა და მდგრადობა

ჯანდაცვაზე მიმართული საჯარო ფინანსების მოცულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საშუალო ევროპულს, როგორც აბსოლუტური მაჩვენებლით, ასევე, წილობრივ გამოხატულებაში მთლიანი ეროვნული დანახარჯიდან.

სახელმწიფოს მხრიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, ჯანმრთელობაზე ხარჯების გაზრდის შედეგად შესაძლებელი გახდა სისტემაში ჯიბიდან ხარჯების შემცირება (2010 წელს 73%-დან 2018 წელს 48%-მდე). თუმცა, ბოლო წლების დადებითი ტენდენციის მიუხედავად, ჯიბიდან გადახდები ქვეყანაში კვლავ ჯანდაცვის დაფინანსების დომინანტურ წყაროდ რჩება.

მთლიანობაში, 2008 წლიდან 2012 წლამდე აქცენტი კეთდებოდა არსებული საჯარო რესურსის მოსახლეობის უღარიბეს სეგმენტზე ორიენტირებაზე. 2013 წლიდან კი აქცენტი გადატანილია საყოველთაო ჯანდაცვის უზრუნველყოფაზე, როცა სახელმწიფო ცდილობს, რომ შეღავათების პაკეტი შესაბამის გამოყოფილ საბიუჯეტო რესურსებს. საქართველოს საკმაოდ მაღალი სიღარიბის დონე და ჯანდაცვაზე კატასტროფულად მაღალი დანახარჯები აქვს, ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით. კატასტროფული დანახარჯები ძირითადად განპირობებულია, როგორც ამბულატორიულ რეჟიმში მკურნალობისთვის განკუთვნილ მედიკამენტებზე, ასევე სტაციონარულ და ამბულატორიულ სერვისებზე ჯიბიდან გადახდებით<sup>7</sup>. მოსახლეობის კატასტროფული დანახარჯები ჯანდაცვაზე იზრდებოდა და 2017 წლისთვის 34% შეადგინა. სავარაუდოდ, ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო გაიზრდება<sup>8</sup>.

5 Habicht & Thomson, 2016  
6 რამდენად შეუძლიათ საქართველოში ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? WHO, 2021  
7 [WHO-EURO-2021-2532-42288-58479-geo.pdf](http://www.euro.who.int/en/press-room/news/2021/04/who-euro-2021-2532-42288-58479-geo.pdf)  
8 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მე-14 ტალღა.



2020 წლის ბოლოს სახელმწიფოს მხრიდან მოხდა პროვაიდერებისთვის ასანამდებარე ტარიფების ლიმიტების დაწესება. გამონაკლისი დანაკარგი სამედიცინო დაწესებულებების ნაწილმა, სავარაუდოდ, ჭარბი ან არასაჭირო მომსახურების განწვევით დააბალანსა, რაც ჯიბიდან გადახდების მოცულობის ზრდას იწვევს და მძიმე ტვირთად აწვევს პაციენტებს. ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტო განსამზღვრავს პაციენტების მხრიდან მომსახურების ღირებულების თანაგადახდის დონეს და მის მიერ მისაღები სარგებლის წლიურ ზედა ზღვარს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში განწვეული სხვადასხვა მომსახურების თანადაფინანსების დონის და ოდენობის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია, მაგრამ პროგრამით გათვალისწინებული სარგებელი არ არის საკმარისად მკაფიოდ განსამზღვრული და კარგად გასაგები მოსახლეობისთვის, რაც ქმნის შესაძლებლობას, პაციენტებს გადაახდევინონ იმ მომსახურებისთვის, რომელიც დაფარულია საყოველთაო პაკეტით ან შესაძლოა, მოხდეს ამავე მიზნით პროცედურის გადაკლასიფიცირება. ძირითადი სამიზნე ჯგუფის ბენეფიციარებისთვის ოფიციალურად არ არის განსამზღვრული სერვისებზე წვდომისათვის საჭირო თანადაფინანსება. სამწუხაროდ, საჯარო რესურსების შემზღველობის მიზნის მიღმა სისტემაში არ არსებობს თანადაფინანსების დაწესების მკაფიო მიზნები ან პრინციპები. მისაღები სარგებლის ზედა ლიმიტის არსებობა და პაციენტისთვის სააგენტოს ანამდებარებასა და საავადმყოფოს საფასურს შორის სხვაობის გადახდის დავალდებულება ზღუდავს სისტემის შესაძლებლობას, უზრუნველყოს დაფარვის ადეკვატური სიღრმე - არ არსებობს შემზღვევა თანაგადახდის დონეზე, რათა წინასწარ იყოს განსამზღვრული პაციენტის მიერ გადასახდელი თანხა.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის წილი მცირეა ჯანდაცვის სისტემაში. 2017 წელს მისი წილი შეადგენდა ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯების 6%-ს და ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების 9%-ს<sup>9</sup>. კერძო სამედიცინო დაზღვევას ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები და იგი ფარავს მოსახლეობის 9%-ს (438 302 ადამიანი 2020 წელს). უმეტესობა ნებაყოფლობითია და ვრცელდება თანამშრომლებსა და მათ ოჯახებზე. სამედიცინო დაზღვევის წილი ჯანდაცვაზე მიმდინარე ხარჯებში იზრდებოდა შესაბამისი პოლიტიკის შედეგად 2012 წლამდე, მაგრამ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვით მისი როლი სისტემაში მნიშვნელოვნად შემცირდა<sup>10</sup>.

### მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მაჩვენებლები

ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში წინა პერიოდების და არსებული მდგომარეობა უშუალოდ ვლინდება სხვადასხვა მაჩვენებლებში, რომელიც გამოიყენება, როგორც გაუმჯობესების დინამიკის შესაფასებლად, ასევე, სხვადასხვა ქვეყნებთან შედარებისთვის. ცალკეულ მაჩვენებლებში მკაფიო გაუმჯობესებაა, მათ შორის, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი; ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი; 5 წლამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. ამ პროგრესის მიუხედავად, ინდიკატორები ქვეყნის სოციალურ სფეროსა და კონკრეტულად ჯანდაცვაში არსებულ არაერთ ნეგატიურ ტენდენციაზე მეტყველებს.

გულ-სისხლძარღვთა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით, კიბოთი და დიაბეტით გამონაკლისი 30-70 წლის მოზრდილთა სიკვდილიანობის ინდიკატორი, რომელსაც ხშირად „სიკვდილი, რომელიც არ უნდა დამდგარიყოს“ უწოდებენ, სამწუხაროდ, საკმაოდ მაღალია - 24.9. საყურადღებოა, რომ საქართველოს ეს პარამეტრი ჯანმო-ს ევრაზიურ რეგიონში მხოლოდ თურქმენეთზე, რუსეთსა და ტაჯიკეთზეა უკეთესი.

წლების განმავლობაში ტუბერკულოზის კონტროლში მიღწეული პროგრესის მიუხედავად, ამ გადამდები სნეულებით ავადობის მაჩვენებელი მაინც მაღალია (74.0). ამის გამო, ჯანმო-ს ევრაზიური რეგიონის რეესტრში საქართველოს 45-ე ადგილი უკავია. საქართველო დგას რეგიონის იმ 18 ქვეყნის რიგში, რომელთაც ტუბერკულოზის ნამდებობისადმი მდგრად (MDR) ფორმებთან ბრძოლის ტვირთის 99%-ის ტარება უწევთ. ყოველივე ეს მთლიანობაში საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის სექტორების არაადეკვატურობის უტყუარი დასტურია.

დეკლარირებულ უნივერსალურ მოცვას ბოლომდე ვერ ადასტურებს ჯანდაცვითი სერვისებით მოცვის ინდიკატორის სიდიდე (66.0). ამ ინდექსის მიხედვით, საქართველო მხოლოდ სერბეთს და ბოსნია-ჰერცეგოვინას უსწრებს ჯანმო-ს ევრაზიურ რეგიონში.

დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ინდიკატორის სიდიდით საქართველო რეგიონში უსწრებს მხოლოდ 4 ქვეყანას. საგულისხმოა, რომ 90-იანი წლების დასასრულს საქართველოსა და ესტონეთის ეს მაჩვენებლები მცირედ განსხვავდებოდა ერთმანეთისგან. თუმცა, 20 წლის შემდეგ, ესტონეთში, რომელიც სოციალური პოლიტიკის კუთხით რეგიონის ლიდერია, ამ წონადი ინდიკატორის ზრდა, ჩვენი ქვეყნისგან განსხვავებით, ძალიან მთამბეჭდავია.

9 WHO, 2020

10 Health Systems in Transition, Georgia, 2017 მიხედვით.

## ადამიანური რესურსები და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

დამოუკიდებლობის მოპოვების პირველ წლებში (1991–1995)<sup>11</sup> საქართველოში მკვეთრად შემცირდა ექიმების რაოდენობა (1000 მოსახლეზე 3.2). თუმცა, მალევე ზრდის ტენდენცია დაფიქსირდა<sup>12</sup>. 2006 წლიდან ექიმთა რაოდენობა მკვეთრად მატულობს და დღევანდელი მდგომარეობით მნიშვნელოვნად აღარბებს ევროკავშირის ქვეყნების ანალოგიურ ინდიკატორებს (1000 მოსახლეზე შესადარებლად, საქართველო – 5.94 [2020]<sup>13</sup> საფრანგეთი – 3.3, ნიდერლანდები – 2.4, ესტონეთი – 3.47, სლოვაკეთი - 3.2 – [2019])<sup>14</sup>. უკვე არაერთი წელია, რაც ექიმების სიჭარბის ფონზე, მათი ქვეყანაში გადანაწილება არათანაბარია - თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 30% ცხოვრობს, დაახლოებით 15 000 ექიმი ემსახურება, ხოლო ქვეყნის დანარჩენ მოსახლეობას – დაახლოებით 8 000. ექიმების სიჭარბისა და მოსახლეობის მხრიდან უპირატესად ამბულატორიული სერვისების დაბალი მოხმარების ფონზე, ექიმების პროდუქტიულობა დაბალია, როგორც ჰოსპიტალურ, ისე ამბულატორიულ სექტორებში<sup>15</sup>. ჰოსპიტლის ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 42 პაციენტს მკურნალობს (2016), ანუ, ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით, 2.5–3-ჯერ ნაკლებს (2017). ამბულატორიულ სექტორში ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 1,062 პაციენტს ემსახურება (დღეში საშუალოდ ოთხს). შესადარებლად, უნგრეთში 104-სა და გერმანიაში 116-ს<sup>16</sup>. ჯანდაცვის სისტემაში, დღევანდელი მდგომარეობით, მთლიანობაში ექიმთა პროფიციტია, თუმცა სხვადასხვა მუნიციპალიტეტებში გარკვეული სპეციალობების დეფიციტი გვაქვს.

დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების კოორდინაციასა და ხარისხზე პასუხისმგებელია განათლების და ჯანდაცვის სამინისტროები. დიპლომირებული მედიკოსების 6-წლიანი სასწავლო პროგრამის რეალიზაციაში 15 დანესებულება მონაწილეობს, ხოლო პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების სფეროში - სახელმწიფო/კერძო საგანმანათლებლო და კერძო სამედიცინო დანესებულებები. დიპლომირებული მედიკოსის 6-წლიანი პროგრამა 2016 წელს დაამთავრა 684 ქართველმა სტუდენტმა, რაც იმას ნიშნავს, რომ 100,000 მოსახლეზე ახალი კურსდამთავრებული ექიმების რაოდენობა 2-ჯერ აღემატება ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს.

პროფესიული განვითარება, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემური კომპონენტია<sup>17</sup>, სრულფასოვანია, თუ არსებობს მედიკოსის პროფესიული საქმიანობის ობიექტური მონიტორინგის/შეფასებისა და მისი პროფესიული განვითარების ადეკვატური ინსტრუმენტები და მექანიზმები. დღევანდელი მდგომარეობით, შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში პრაქტიკულად არ არსებობს მედიკოსთა უწყვეტი განვითარების სისტემა<sup>18</sup>, რადგან საკითხთან დაკავშირებულ საკანონმდებლო ბაზაში არაერთი შეუსაბამობაა - ექიმი, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, მხოლოდ საკუთარი სურვილით თუ ერთვება უწყვეტი პროფესიული განვითარების აქტივობებში, რასაც კანონი ექიმის საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად მიიჩნევს, თუმცა, ამ ვალდებულების შეუსრულებლობაზე კანონი არავითარ სანქციას არ აწესებს. ბუნდოვანია უწყვეტი პროფესიული განვითარების სტანდარტი - კონკრეტული მოთხოვნები უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიმნოდებელთა მიმართ არ არსებობს და ვინწორა უწყვეტი სასწავლო პროგრამების ნუსხა.

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა კვალიფიციური, საექიმო საქმის თანამედროვე კონცეფციის შესაბამისი ექთნების უმწვავეს დეფიციტს განიცდის. დარგში დასაქმებული ექთნების 20%-ზე მეტმა 2015 წელს უკვე მიაღწია საპენსიო ასაკს<sup>19</sup>. 1990-იან წლებში არსებული ექთნების ისედაც მწირი რაოდენობა მომდევნო წლებში (1996–2007)<sup>20</sup> დრამატულად მცირდებოდა და მიუხედავად ზრდის ბოლოდრო-

- 11 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 1996
- 12 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2010–2019
- 13 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2020 <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/ebe72ea5-5087-4dc3-aaf1-c94cda232ad2>
- 14 European Health Information Gateway :<https://gateway.euro.who.int/en/>
- 15 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეთავე ტალდა, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019 [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)
- 16 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) iLibrary <https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>
- 17 Accreditation Council for Continuing Medical Education <https://www.accme.org/> Continuing Medical Education in Europe: Evolution or Revolution? Published by MedEd Global Solutions, May 2010 [[www.continuingmedicaleducation-europe.com](http://www.continuingmedicaleducation-europe.com)]
- 18 გ.ბერია, ვ.სურგულაძე, თ.გიორგაძე ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია 2019;5(2)
- 19 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეთავე ტალდა, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019 [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)
- 20 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2010–2019

ინდელი ტენდენციისა, მათი რაოდენობა დღესაც დაბალია (სულ 22 126, ანუ 5.94 ექთანი 1000 მოსახლეზე [2020]) და მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებს. შესადარებლად, ნიდერლანდებში, ჩეხეთში, ესტონეთსა და საფრანგეთში შესაბამისად 7.8; 8.56; 6.2 და 11.1 ათას მოსახლეზე (2019)<sup>21</sup>.

საქართველოს მოსახლეობის მსგავსი რაოდენობის მქონე ქვეყნის ჯანდაცვას, ასაკობრივი განთესვისა და ბიოლოგიური დანაკარგების გათვალისწინებით, ყოველწლიურად ესაჭიროება, დაახლოებით, 1200 ექთნით შევსება. დისბალანსი აღინიშნება საექთნო ადამიანური რესურსის გეოგრაფიულ გადანაწილებაშიც. ექთნების ძირითადი მასა დედაქალაქშია თავმოყრილი, სადაც 1 ექთანზე 2 ექიმი მოდის. ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში (რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთში; მცხეთა-მთიანეთში) ექთან/ექიმის თანაფარდობა აღემატება საქართველოს საშუალო მაჩვენებელს (0.8 [2016])<sup>22</sup>. 2020 წლის მონაცემებით ეს პროპორცია 0.87-ია. შესადარებლად, ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელი 2.4-ია (2018).

საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის შემცირების მრავალ მიზეზს შორის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი (გარკვეული გამოწვევების გარდა) ფინანსური მოტივაციის არარსებობაა, რაც პირველ რიგში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლს ეხება. სოფლიდან ქალაქში უწყვეტი და მზარდი მიგრაცია<sup>23</sup> და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არაერთი პრობლემა (სოფლის ექიმის პროგრამის ჩათვლით) რეგიონებში ექთნების დეფიციტს კიდევ უფრო აღრმავებს. საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის შემცირებაში მნიშვნელოვან როლს „საექთნო საქმის“ მიმნიჭებელი კვალიფიკაციის საბაკალავრო პროგრამებზე დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობაც თამაშობს<sup>24</sup>. კვალიფიცირებული მედიკოსების სიმწირე და მედიკოსების უთანაბრო გეოგრაფიული გადანაწილება სერიოზულ ნეგატიურ გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

### 3. სტრატეგიის ხედვა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში განხორციელებული სისტემური რეფორმების შედეგად სახელმწიფო მის მიერ შექმნილი საკანონმდებლო ბაზის და სხვა საოპერაციო ინსტრუმენტების საშუალებით უზრუნველყოფს უნივერსალურობის პრინციპზე დაფუძნებულ ჯანდაცვის სისტემას, რომელშიც სრულად იქნება ჩართული საქართველოს მოსახლეობა. ჯანმრთელობის დაცვის უნივერსალურობა ნიშნავს იმას, რომ თითოეული ადამიანისთვის მისაწვდომია სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული საბაზისო სამედიცინო მომსახურება, მნიშვნელოვანი ფინანსური გართულებების გარეშე. მოსახლეობა უზრუნველყოფილი უნდა იქნას მაღალი ხარისხის, როგორც საბაზისო, ისე დამატებითი, უფრო ფართო სპექტრის სამედიცინო და ჯანდაცვითი სერვისებით. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა მთლიანობაში უნდა იყოს ფინანსურად მდგრადი, ხოლო ინსტიტუციური და საოპერაციო მართვის კუთხით – ეფექტიანი. სტრატეგიის ხედვის შესაბამისად განიხილება:

1. სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ჩარჩოები და სისტემები, რომლებიც საბაზისო ჯანდაცვითი სერვისებით უზრუნველყოფს მთლიან მოსახლეობას (ეს საჯარო ხელისუფლების კომპეტენციაა);
2. მთლიანი მოსახლეობის საბაზისო პრევენციული, პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფა (საოპერაციო უზრუნველყოფას და შუამავლის როლს ბენეფიციარსა და სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებს შორის ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციები ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის ფარგლებში);
3. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო სერვისის მიწოდება (ახორციელებენ სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლები ისე, რომ ბენეფიციარისთვის მშვეველი ორგანიზაციის მხრიდან პირველადი „მეკარიბჭის“ როლს პირველადი ჯანდაცვის (ოჯახის) ექიმი ასრულებს); და
4. ბენეფიციარების სამედიცინო სერვისებით და პროდუქტებით უზრუნველყოფის დაფინანსება (ეფუძნება დაზღვევის უნივერსალურ პაკეტს, რომელიც ყველასთვის ერთნაირია. საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფებისთვის დიფერენცირებულია მხოლოდ სადაზღვევო პრემიების გადახდის/თანაგადახდის სისტემა. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგრადი ფინანსური მოდელი უშუალოდაა დაკავშირებული სახელმწიფოს ფისკალურ პოლიტიკასთან და ითვალისწინებს სოციალურად მონყვლადი ჯგუფების უპირატეს მხარდაჭერას, სამართლიანობას, ჯანდაცვის პოლიტიკის სექტორული ამოცანების ფისკალურ სტიმულებს).

21 European Health Information Gateway :<https://gateway.euro.who.int/en/>

22 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეათე ტალღა, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019  
[http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

23 მიგრაციის საკითხთა სამთავრობო კომისია საქართველოს 2019 წლის მიგრაციის პროფილი, 2020

24 საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე: საქართველოს მთავრობის დადგენილება N334 (2019 წლის 16 ივლისი) საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4617071?publication=0>



სტრატეგია, ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემაზე გადასვლის გარდა, ითვალისწინებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სხვა კომპონენტებთან დაკავშირებულ, რეფორმის სტრატეგიულ მიზნებს და ამოცანებს, რომლებმაც ერთიანობაში უნდა უზრუნველყოს მთლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

## 4. სტრატეგიული მიზნები და ამოცანები

### სტრატეგიული მიზანი 1 - ჯანმრთელობის დაცვის უნივერსალურობის უზრუნველყოფა

სტრატეგიული მიზანი გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ ისეთი საკანონმდებლო-სისტემური ჩარჩოს შექმნას, რომელიც მოახდენს ქვეყნის მოსახლეობის სრულად ჩართვას ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტურად ოპერირებად, დიფერენცირებულ და მდგრად, საბაზო დაფინანსებით უზრუნველყოფილ სისტემაში.

#### ამოცანა 1.1. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის შესახებ საკანონმდებლო ცვლილებების მომზადება და მიღება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითად მოდელად ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მოდელის დანერგვა, წინამდებარე სტრატეგიით განსაზღვრული მიზნების და ამოცანების გათვალისწინებით, არსებით რეფორმას წარმოადგენს. შესაბამისად, წარსული პრაქტიკისგან განსხვავებით, როდესაც ძალიან ბევრი ამ ტიპის უმნიშვნელოვანესი საკითხი საქართველოს მთავრობის დადგენილებებით რეგულირდებოდა, ისინი ჩანაცვლდება საკანონმდებლო რეგულირებით. ყოველივე ეს, სტაბილური და პროგნოზირებადი სისტემის ფორმირების შედეგად, სისტემაში ჩართულ მხარეებს შეუქმნის გრძელვადიან გარანტიებს. ამასთან ერთად, თავისი შინაარსით ეს რეფორმა ზეპარტიულია. შესაბამისად, საკანონმდებლო ცვლილებების განხილვისა და მიღების პროცესში უზრუნველყოფილი იქნება სხვადასხვა პოლიტიკური პარტიის, დაინტერესებული ორგანიზაციების, სადაზღვევო კომპანიების, სამედიცინო სერვისის პროვაიდერების და ექსპერტების ფართო მონაწილეობა. მომზადებული და მიღებული იქნება „ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის“ შესახებ კანონი. ახალი მოდელის სოციალური ნაწილი აგრეთვე ასახული იქნება „საქართველოს სოციალურ კოდექსში“, რომლის შემუშავება და მიღებაც დაგეგმილი აქვს საქართველოს მთავრობას.

#### ამოცანა 1.2. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტის და სადაზღვევო პრემიების ოდენობის განსაზღვრა და დამტკიცება.

წინა პერიოდებში, მაშინ, როდესაც მკვიდრდებოდა სადაზღვევო პროდუქტების შექმნის პრაქტიკა (2004-2012) და 2013 წლიდან დღემდე მოქმედი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დროს დამკვიდრებული მიდგომებით, სხვადასხვა საზოგადოებრივი ჯგუფებისთვის სერვისების განსხვავებული პაკეტები იყო და არის გათვალისწინებული. ასეთი მიდგომა ეფუძნებოდა სახელმწიფო საბიუჯეტო შესაძლებლობების გარკვეული საზოგადოებრივი ჯგუფების ჯანდაცვით საჭიროებებზე ერთგვარ ხელოვნურ მორგებას. შეთავაზებული სერვისების პაკეტების კონტენტი კი ამის შედეგს წარმოადგენდა.

წინამდებარე სტრატეგიის შესაბამისად, არსებითად იცვლება მიდგომა. შემოთავაზებული მიდგომა გულისხმობს, რომ სახელმწიფო საკანონმდებლო წესით დაადგენს და შესაბამისად ექნება განსაზღვრული უნივერსალური სადაზღვევო პაკეტი მოსახლეობის ყველა კატეგორიისთვის, მიუხედავად ასაკისა, სოციალური კატეგორიისა, შემოსავლებისა და ა.შ. დღემდე ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკაში ფართოდ არის გამოყენებული შემდეგი სოციალური ინსტრუმენტი: სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას, გარკვეულ ასაკობრივ თუ პროფესიულ ჯგუფებს სახელმწიფო უზრუნველყოფს სერვისების კუთხით უფრო ფართო პაკეტებით, ხოლო სხვა ჯგუფებს – უფრო მოკრძალებულით. სტრატეგიის მიდგომის შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაზღვევის უნივერსალური პაკეტის შემოღება არის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის გარანტიებისა და შესაბამისად, სოციალური/საჯარო პასუხისმგებლობების აღების თვალსაზრისით, სახელმწიფოს არადიფერენცირებული დამოკიდებულების გამოხატულება საზოგადოების თითოეული წევრის მიმართ, განურჩევლად მისი რომელიმე ჯგუფის/კატეგორიისადმი კუთვნილებისა.

ეს მიდგომა სოციალური პოლიტიკის ამოცანების გადასატარებლად ინსტრუმენტად გამოიყენებს არა პაკეტების დიფერენცირებულობას, არამედ ყველა ინდივიდის უნივერსალური პაკეტის სერვისებით უზრუნველყოფის მიღწევის მიზნით, სადაზღვევო პრემიის გადახდაში მხარდაჭერის დიფერენცირებულ მიდგომებს, მათ შორის, თანაგადახდის და ფისკალური შეღავათების განსხვავებულ მექანიზმებს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისთვის.

**ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტი** მოიცავს: პირველი დონის ამბულატორიულ მომსახურებას; მეორე დონის (სპეციალიზირებულ) ამბულატორიულ მომსახურებას; წამლების გამონერგვას და მედიკამენტოზურ მკურნალობას (ამბულატორიულად); გადაუდებელ ამბულატორიულ მომსახურებას; გადაუდებელ სტაციონარულ მომსახურებას; გეგმიურ სტაციონარულ მომსახურებას; ონკოლოგიურ მომსახურებას; სამედიცინო მომსახურებას.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტში დეტალურად არის წარმოდგენილი დაზღვეულისთვის განკუთვნილი სერვისები. ასევე, თითოეული მოსალოდნელი სერვისის ანაზღაურების თანაგადახდის პროცენტი და ხარჯების დაფარვის მონეტარული ლიმიტი. ამასთან ერთად, დაზღვევის პაკეტს დაერთვება სავალდებულო დაზღვევის ფარგლებში ანაზღაურებას დაქვემდებარებული დაპატენტებული და ჯენერიკული მედიკამენტების სრული და ამომწურავი ჩამონათვალი, პაკეტის ცალკეული მუხლით განსაზღვრული სხვა პოზიტიური სიები (ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სადაზღვევო პაკეტის სამოდელო ვერსია თან ერთვის დოკუმენტს. იხ. დანართი).

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის და სადაზღვევო პირობების გადახედვა და კორექტირება დასაშვებია იქნება კანონით დადგენილი პერიოდულობით (მაგალითად, 2 ან 3 წელი). დაუშვებელია სადაზღვევო პაკეტში ან პირობებში ისეთი სახის ცვლილების შეტანა, რომელიც გააუარესებს დაზღვეულის მდგომარეობას.

სახელმწიფო დაამტკიცებს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან შეძენის სადაზღვევო პრემი(ებ)ის ოდენობას ფულად გამოხატულებაში. სახელმწიფო ამტკიცებს საბაზო სადაზღვევო ყოველთვიურ პრემიას. საბაზო სადაზღვევო პრემია ითვალისწინებს 18-დან 60 წლამდე ასაკის პირებისთვის (იმ პირთა გარდა, რომლებიც დადგენილი ნუსხის შესაბამისად, დაავადებების გამო მიეკუთვნებიან სპეციალურ ჯგუფებს) ყოველთვიური ინდივიდუალური სადაზღვევო პრემიის ოდენობას ფულად გამოხატულებაში კონკრეტული საბიუჯეტო წლის განმავლობაში. სახელმწიფო აგრეთვე განსაზღვრავს კოეფიციენტებს, რომლის შესაბამისადაც კონკრეტული კატეგორიის პირთათვის შესაძლებელია, იზრდებოდეს ან მცირდებოდეს საბაზისო პრემიის ოდენობა. საბაზისო სადაზღვევო პრემიის კოეფიციენტი იქნება 1 და პრემიის ზრდის ან შემცირების კოეფიციენტების დიაპაზონი განისაზღვრება 0.8-დან 1.3-მდე. განსხვავებული კოეფიციენტები განისაზღვრება ასაკობრივი ჯგუფებისთვის (მაგალითად, 0-18 ასაკისთვის ან საოჯახო სადაზღვევო პროდუქტის შეძენისას მეორე, მესამე და ა.შ. ოჯახის წევრის დაზღვევისას 1-ზე ნაკლები და 60 წელს ზემოთ, ან სპეციალურ ჯგუფებს მიკუთვნებული დიაგნოზის მქონე პირებისთვის - 1-ზე მეტი).

გაზრდილი კოეფიციენტების დიაპაზონის უზრუნველყოფისთვის სახელმწიფომ შესაძლებელია გამოიყენოს ჯანმრთელობის დაცვის სხვა (ვერტიკალური) პროგრამები. მაგალითად, 60 წლის და მეტი ასაკის პირებისთვის და სპეციალურ ჯგუფებს მიკუთვნებული პირებისთვის სახელმწიფო შეიმუშავებს გრძელვადიანად აუცილებელი მედიკამენტების ნუსხას და პირობებს და დაამტკიცებს სახელმწიფო პროგრამას, რომლითაც ამ ჯგუფებისთვის ნუსხით განსაზღვრული მედიკამენტების შეძენა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ანაზღაურდება. მედიკამენტების კომპონენტის ასეთი გათვალისწინება ემსახურება იმას, რომ 60 წლისა და მეტი ასაკის, ასევე სხვა სპეციალური ჯგუფების სადაზღვევო სქემებში ჩართვამ მნიშვნელოვნად არ გაზარდოს საბაზო სადაზღვევო პრემიის ოდენობა ან სადაზღვევო პრემიის კოეფიციენტი.

სისტემაში ჩართულ ნებისმიერ პირს ექნება საშუალება, ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის საბაზისო პაკეტზე დამატებით შეიძინოს გაუმჯობესებული პროდუქტი/დაფარვები ნებისმიერ სადაზღვევო კომპანიაში. სადაზღვევო კომპანიას უფლება აქვს, შესთავაზოს მის ან სხვა კომპანიაში დაზღვეულ პირს გაუმჯობესებული დაფარვები/დაშენებული პროდუქტები. ის ფაქტი, რომ სავალდებულო საბაზისო/უნივერსალური პაკეტი და დაშენებული/გაუმჯობესებული დაფარვები სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიებში არის შეძენილი, არ ათავისუფლებს მზღვეველებს აღებული ვალდებულებების შესრულებისგან. ამასთან, სადაზღვევო ხელშეკრულებით და სათანადო დოკუმენტაციით განსაზღვრული უნდა იყოს უნივერსალური სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული და მასზე დაშენებული პროდუქტების და შესაბამისად, სახელმწიფოს მიერ დადგენილი სადაზღვევო პრემიისა და დამატებული სადაზღვევო პრემიის ოდენობების მკაფიო გამიჯვნისა და იდენტიფიცირების შესაძლებლობა.

**ამოცანა 1.3. ჯანმრთელობის უნივერსალური (ან საყოველთაო) დაზღვევის სისტემაში სადაზღვევო ორგანიზაციების მონაწილეობის კრიტერიუმებისა და პირობების განსაზღვრა.**

სახელმწიფო მოსახლეობის ყველა კატეგორიას კანონით ავალდებულებს, რომ ის დაზღვეული უნდა იყოს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში ჩართულ რომელიმე კერძო სადაზღვევო კომპანიაში.

სახელმწიფო განსაზღვრავს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიების ჩართვის შემდეგ კრიტერიუმებს:

1. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში მონაწილეობის მსურველმა სადაზღვევო კომპანიამ უნდა წარადგინოს მყარი ფინანსური გარანტია მაღალი ინვესტიციის სახით. სახელმწიფო დაადგენს სავალდებულო მინიმალური კაპიტალის ზემოთ ფინანსური გარანტიის ოდენობას;
2. სადაზღვევო კომპანია ვალდებულია, ბოლო 3 წლის განმავლობაში პირდაპირი დაზღვევის საქმიანობიდან სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში ჰქონდეს ჯამურად გამომუშაებული პრემია სახელმწიფოს მიერ დადგენილი კონკრეტული მინიმალური ოდენობით;
3. სისტემის შეუფერხებლად ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ სადაზღვევო კომპანიამ საწყის ეტაპზე წარადგინოს სტრუქტურული მართვის მექანიზმი, მისი პორტფელიდან გამომდინარე;
4. სადაზღვევო კომპანიამ უნდა წარადგინოს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული სხვა პირობების (მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის გეოგრაფიული სტანდარტები, ადამიანური რესურსების უზრუნველყოფა და ა.შ.) შესრულების შესაძლებლობის შესახებ ინფორმაცია.

სახელმწიფო კანონმდებლობით განსაზღვრავს ვადებს, რომელშიც სადაზღვევო კომპანიები წერილობით დააფიქსირებენ ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში ჩართვის სურვილს და წარადგენენ შესაბამის დოკუმენტაციას კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შესახებ. წარდგენილი ინფორმაციის საფუძველზე დამტკიცდება ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში ჩართული კომპანიების ნუსხა. სქემაში დამატებით ჩართვის მსურველ სადაზღვევო კომპანიებს საშუალება ექნებათ, სქემაში ჩართვის სურვილი და შესაბამისი დოკუმენტაცია წარადგინონ ნებისმიერ დროს. კრიტერიუმების დაკმაყოფილების პირობებში და დამტკიცებულ ნუსხაში კომპანიის შეტანის შემთხვევაში მათ საშუალება ექნებათ, სქემაში ჩაერთონ შემდეგი საბიუჯეტო წლიდან.

**ამოცანა 1.4. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ფინანსურად მდგრადი, სოციალური ჯგუფებისთვის სამართლიანი და საოპერაციოდ გამართული დაფინანსების მექანიზმების ფორმირება.**

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემაში უმთავრესი ინსტრუმენტის როლს შეასრულებს თითოეული დაზღვეულის სადაზღვევო პრემია, რომელსაც მიიღებს მისი მზღვეველი სადაზღვევო ორგანიზაცია. სადაზღვევო პრემიასთან დაკავშირებით მოქმედებს განსხვავებული მექანიზმები სხვადასხვა კატეგორიისთვის.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევისთვის გამოიყოფა შემდეგი სხვადასხვა კატეგორიის დაზღვეულთა კატეგორიები და შესაბამისი სადაზღვევო პრემიების გადახდევინების მექანიზმები.

	დაზღვეულთა კატეგორიები	სადაზღვევო პრემიის გადახდევინების მექანიზმი
1.	პირები, რომელთა საშუალო თვიური შემოსავალი (დარიცხული) ბოლო კალენდარული 12 თვის განმავლობაში არ აღემატება 1200 ლარს	იხდის სადაზღვევო პრემიის საკუთარი შემოსავლებიდან. მის მიერ გადახდილი სადაზღვევო პრემია გამოირიცხება მისი საშემოსავლო გადასახადიდან. საშემოსავლო გადასახადის სახით ხდება სადაზღვევო პრემიის გადახდის შემდგომ დარჩენილი ოდენობის გადახდა. ამ პირის მიერ საოჯახო დაზღვევის პირობებში შეღავათი ვრცელდება სადაზღვევო პრემიების ჯამურ მოცულობაზეც.
2.	პირები, რომელთა საშუალო თვიური შემოსავალი (დარიცხული) ბოლო კალენდარული 12 თვის განმავლობაში აღემატება 1200 ლარს, მაგრამ არ აღემატება 3300 ლარს	იხდის სადაზღვევო პრემიის საკუთარი შემოსავლებიდან. მის მიერ გადახდილი სადაზღვევო პრემია გამოირიცხება მისი მთლიანი (დასაბეგრი) შემოსავლიდან. საშემოსავლო გადასახადის დასაბეგრ ბაზას აკლდება გადახდილი სადაზღვევო პრემიის ოდენობა. ამ პირის მიერ საოჯახო დაზღვევის პირობებში შეღავათი ვრცელდება სადაზღვევო პრემიების ჯამურ მოცულობაზეც. სახელმწიფომ შესაძლებელია დაანესოს დამატებითი ფისკალური შეღავათი საოჯახო სადაზღვევო პაკეტების სტიმულირების მიზნით, მათ შორის იმ შემთხვევაში, როდესაც გადასახადელი საშემოსავლო გადასახადის ოდენობას აღემატება საოჯახო პაკეტის ჯამური სადაზღვევო პრემია.



3.	პირები, რომელთა საშუალო თვიური შემოსავალი (დარიცხული) ბოლო კალენდარული 12 თვის განმავლობაში აღემატება 3300 ლარს	იხდის სადაზღვევო პრემიას საკუთარი შემოსავლებიდან. არ სარგებლობს საგადასახადო შეღავათით. სახელმწიფომ შესაძლებელია დაანესოს ფისკალური შეღავათი მხოლოდ საოჯახო სადაზღვევო პაკეტების სტიმულირების მიზნით.
4.	პირები, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათი სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 200 000-ს, მიუხედავად ასაკისა	სახელმწიფო გადასცემს ვაუჩერებს სადაზღვევო პრემიის ღირებულებით. ასეთი ოჯახები შეიძენენ საოჯახო სადაზღვევო პაკეტებს პრემიის შესაბამისი კოეფიციენტების გათვალისწინებით.
5.	<b>18 წლამდე პირები (იმ ოჯახების წევრების გარდა, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათი სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 200 000 -ს), მათ შორის:</b>	
5.1.	18 წლამდე პირები ოჯახებში, სადაც ერთი ან მეტი წევრი იღებს რეგისტრირებულ შემოსავალს	ოჯახის ერთ-ერთი სრულწლოვანი წევრი ვალდებულია, საოჯახო სადაზღვევო პაკეტში შეიყვანოს არასრულწლოვანი პირები და გადაიხადოს შესაბამისი სადაზღვევო პრემიები. მასზე გავრცელდება შესაბამისი შემოსავლის ოდენობისთვის დადგენილი საგადასახადო შეღავათები.
5.2.	18 წლამდე პირები ოჯახებში, სადაც არცერთი წევრი არ იღებს რეგისტრირებულ შემოსავლებს	ოჯახის ერთ-ერთი სრულწლოვანი წევრი ვალდებულია, საოჯახო სადაზღვევო პაკეტში შეიყვანოს არასრულწლოვანი პირები. ყველა დასაზღვევი პირისთვის სახელმწიფო გადასცემს ვაუჩერებს სადაზღვევო პრემიის ოდენობით.
6.	<b>60 წლის და მეტი ასაკის პირები (იმ ოჯახების წევრების გარდა, რომლებიც რეგისტრირებულნი არ არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათი სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 200 000-ს) მათ შორის:</b>	
6.1.	60 წლის და მეტი ასაკის პირები, რომლებიც წარმოადგენენ ერთკაციან შინამეურნეობას, ან არიან ორკაციანი ოჯახის წევრები, როდესაც მეორე წევრიც 60 წლის და მეტი ასაკისაა	ვალდებულნი არიან, გადაიხადონ სადაზღვევო პრემია. არ სარგებლობენ საგადასახადო შეღავათით.
6.2.	60 წლის და მეტი ასაკის პირები, რომელთა ოჯახის სხვა წევრებს შეადგენენ ერთი ან მეტი 60 წლამდე პირები, რომლებიც იღებენ რეგისტრირებულ შემოსავლებს	აქვთ არჩევანი, ან თავად გადაიხადონ სადაზღვევო პრემია საგადასახადო შეღავათის გარეშე, ან გაერთიანდნენ ოჯახის სხვა წევრის მიერ შეძენილ საოჯახო სადაზღვევო პაკეტში, რომელშიც სადაზღვევო პრემიის გადამხდელი პირი ისარგებლებს დადგენილი საგადასახადო შეღავათით.
6.3.	60 წლის და მეტი ასაკის პირები, რომელთა ოჯახის სხვა წევრებს შეადგენენ ერთი ან მეტი 60 წლამდე პირები, რომლებიც არ იღებენ რეგისტრირებულ შემოსავლებს	აქვთ არჩევანი, ან თავად გადაიხადონ სადაზღვევო პრემია საგადასახადო შეღავათის გარეშე, ან გაერთიანდნენ ოჯახის სხვა წევრის მიერ შეძენილ საოჯახო სადაზღვევო პაკეტში, რომელსაც სახელმწიფო გადასცემს ვაუჩერებს სადაზღვევო პრემიის ოდენობით.
7.	პირები, რომლებიც არ განეკუთვნებიან არცერთ სხვა ჩამოთვლილ კატეგორიას	სახელმწიფო გადასცემს ვაუჩერებს სადაზღვევო პრემიის ოდენობით.

სახელმწიფო უზრუნველყოფს სადაზღვევო ორგანიზაციებისთვის ბენეფიციართა სადაზღვევო პრემიების ჩარიცხვის, ვაუჩერების ანაზღაურების მექანიზმის და შესაბამისი ინსტრუმენტების ფორმირებას, მათ შორის, მის საგადასახადო ადმინისტრირებასთან ინტეგრირებას. ეს მექანიზმი აგრეთვე ინტეგრირებული იქნება ბენეფიციართა ჯანმრთელობის ინდივიდუალურ ონლაინ პროფილებზე დაფუძნებულ ერთიან ელექტრონულ სისტემაში.

სტრატეგიის შემუშავების ეტაპისთვის სადამღვევო ბაზარზე არსებული სადამღვევო პაკეტების განალიზების საფუძველზე, ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის პირველ საბიუჯეტო წელს სადამღვევო კომპანიების მიერ მოზიდული მთლიანი სადამღვევო პრემიის საპროგნოზო მოცულობა შეადგენს 2 250 მლნ. ლარს. სახელმწიფოს მხრიდან სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯზე კონტრიბუცია იქნება ორი სახის: 1. სხვადასხვა კატეგორიის დაზღვეულთათვის გაცემული ვაუჩერის ანაზღაურება, რომლის საპროგნოზო საბიუჯეტო ხარჯის მაქსიმალური მოცულობა შეადგენს 900 მლნ ლარს, რაც ჯამური სადამღვევო პრემიის 40%-ია; და 2. საგადასახადო შემოსავლების კუთხით სახელმწიფო ბიუჯეტის მიერ მიუღებელი მაქსიმალური შემოსავლის საპროგნოზო მოცულობა შეადგენს 500 მლნ ლარს, რაც ჯამური სადამღვევო პრემიის 22%-ია.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მაკროეკონომიკური პარამეტრების დინამიკა იქნება ორმხრივი: 1. სამედიცინო სერვისების და სადამღვევო ბაზარზე ფასების ზრდის დინამიკის შესაბამისად, სახელმწიფო გარკვეული პერიოდულით გაზრდის ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის საბაზისო პრემიის ოდენობას. მათ შორის, გაიზრდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან კონტრიბუციის (ვაუჩერების ანაზღაურება და საგადასახადო შემოსავლების დანაკარგი) ოდენობაც. გაზრდილი სახელმწიფოს ფინანსური ტვირთი კომპენსირებული იქნება მოსალოდნელი ინფლაციის პროგნოზის შესაბამისად, სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსულობების ზრდით. 2. ეკონომიკაში არსებული ტენდენციების შესაბამისად, ეკონომიკის რეალური ზრდის პროგნოზირებულ მოცულობებზე დაყრდნობით მოხდება დაზღვეულ პირთა კატეგორიების ქვეშ მოქცეულ პირთა რაოდენობების კორექტირება. ამ კუთხით მოსალოდნელია რეგისტრირებული შემოსავლების მქონე პირთა ზრდა და დაბალი შემოსავლის მქონე პირების გადანაცვლება ქვედა ჯგუფებიდან ზედა ჯგუფებში. ამ პროგნოზების გათვალისწინებით მოსალოდნელია, რომ რეფორმის დანაწილებიდან მეხუთე საბიუჯეტო წელს სახელმწიფო ბიუჯეტის ჯამური კონტრიბუცია ორივე ფორმით (ვაუჩერების დაფინანსება და საგადასახადო შემოსავლების დანაკარგი) საბაზისო ჯამური პრემიის 62%-დან შემცირდეს 35-40%-ის ფარგლებში.

სახელმწიფო შეიმუშავებს სპეციალურ მექანიზმებს და ზომებს, რომელთა მიზანიც იქნება ფაქტობრივად დასაქმებული და შემოსავლების მიმღები პირები, რომელთა შემოსავლები არ არის რეგისტრირებული შემოსავლების სამსახურში, ეტაპობრივად მოაქციოს დაზღვევის არეალში. ამ მიზნით სახელმწიფო გამოიყენებს სახელმწიფო პროგრამებს, მათ შორის, მცირე და საშუალო ბიზნესის და სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობის მხარდაჭერა პროგრამებს, სადაც დამატებითი პირობების სახით განისაზღვრება დაზღვევის არეალში მოქცევა. ასევე გამოიყენებს თვითდასაქმებულთა და ინდივიდუალური სამენარმეო საქმიანობის მქონეთა შემოსავლების აღრიცხვის სხვადასხვა ინსტრუმენტებს.

**ამოცანა 1.5. ბენეფიციართა ჯანმრთელობის ინდივიდუალურ ონლაინ პროფილებზე დაფუძნებული ერთიანი ელექტრონული სისტემის შექმნა, დანერგვა და ოპერირების უზრუნველყოფა.**

სახელმწიფო შექმნის ბენეფიციართა ჯანმრთელობის ინდივიდუალურ ონლაინ პროფილებზე დაფუძნებულ ერთიან ელექტრონულ სისტემას. სისტემაზე ხელმისაწვდომობა ექნებათ სახელმწიფო ხელი-სუფლების ორგანოებს, სადამღვევო კომპანიებს, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელ კომპანიებს, მედიკამენტებითა და სამკურნალო საშუალებებით ვაჭრობის ობიექტებს, დაზღვეულ პირებს. სისტემაზე ხელმისაწვდომობის დანიშნულების შესაბამისად იქნება დიფერენცირებული წვდომის ხარისხი სისტემაში არსებულ მონაცემებზე, პირადი ინფორმაციის დაცულობის სტანდარტების დაცვით.

სისტემაში იქნება თითოეული დაზღვეული პირის ინდივიდუალური პროფილი და ასევე სრული მონაცემები ელექტრონული ფორმით. ეს მოიცავს: სადამღვევო პრემიების გადახდის, მათ შორის, შეღავათების, ვაუჩერების შესახებ და სხვა ფინანსურ ინფორმაციას. სადამღვევო პაკეტის, მიღებული სამედიცინო სერვისების და სამედიცინო ისტორიის მონაცემები, სახელმწიფო ვერტიკალურ პროგრამებში მონაწილეობის შესახებ მონაცემები, სადამღვევო ზარალების ანაზღაურების შესახებ მონაცემები, პირადი ექიმის ელექტრონული მიმართვების, მედიკამენტების დანიშნულების, გამოწერილი ელექტრონული რეცეპტების შესახებ მონაცემები და ა.შ.

ჯანმრთელობის ერთიან ელექტრონულ სისტემას ექნება, როგორც ბენეფიციარების ინდივიდუალური მომსახურების, მონაცემთა სწრაფი ელექტრონული გაცვლის და დოკუმენტბრუნვის დანიშნულება, ასევე ის იქცევა მნიშვნელოვან ინსტრუმენტად სახელმწიფოსთვის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული სააღრიცხვო და სტატისტიკური სამუშაოებისთვის და შემდგომი ანალიზისთვის.

**ამოცანა 1.6. არსებული სისტემიდან ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემაზე გადასვლის გარდამავალი ეტაპის უზრუნველყოფა და სისტემის ამოქმედება.**

რეფორმის განხორციელება მოიცავს სამ ეტაპს, მათ შორის, ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის 1. გარდამავალი ეტაპი, 2. ამოქმედება, 3. შემდგომი ფუნქციონირება.

გარდამავალ ეტაპად განისაზღვრება ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ამოქმედების წინა საბიუჯეტო წელი, კონკრეტული პროცესების დეტალური ვადები კი განისაზღვრება კანონმდებლობით გარდამავალი პერიოდის ფარგლებში.

გარდამავალ ეტაპზე სხვა ამოცანებში განსაზღვრული კონკრეტული საკანონმდებლო, ტექნიკური და ტექნოლოგიური ამოცანების განხორციელებისას მნიშვნელოვანია მოქმედი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოდელიდან ჯანმრთელობის უნივერსალურ დაზღვევაზე გადასვლის გარდამავალი ეტაპის ჯეროვანი უზრუნველყოფა. ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის უნივერსალურ მოდელში ჩართვის პროცესი.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემის გარდამავალ ეტაპზე კერძო სადაზღვევო კომპანიებში ნებისმიერი ფორმით დაზღვეულებს სადაზღვევო პერიოდის დასრულებამდე უნარჩუნდებათ დაზღვევა, მაგრამ არა უმეტეს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ამოქმედების დღისა. ისინი სადაზღვევო პერიოდის დასრულებისთანავე ჩაერთვებიან ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში სადაზღვევო კომპანიის შეუცვლელად. ცხადია, იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტული სადაზღვევო კომპანია არის კრიტერიუმების საფუძველზე ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სქემაში ჩართულ კომპანიათა დამტკიცებულ ნუსხაში. ასეთ პირებს სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის უფლება ექნებათ ახალ სქემაში ჩართვიდან 12 თვის შემდეგ, კანონმდებლობით დადგენილი ვადის ფარგლებში. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული მითითებულ ვადებში არ მოახდენს სადაზღვევო კომპანიის ცვლილებას, სადაზღვევო პერიოდის დასრულებამდე რჩება იმავე სადაზღვევო კომპანიაში. შესაძლებელია, კანონმდებლობით განისაზღვროს დამატებითი შეზღუდვა გარკვეული ვადით (არაუმეტეს 24 თვე სქემის ამოქმედების დღიდან). სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის აკრძალვის შესახებ პირობას შესაძლებელია წარმოადგენდეს ის, რომ სქემაში ჩართვიდან გარკვეულ, კანონმდებლობით დადგენილ პერიოდში დაფიქსირებულია ერთი სადაზღვევო შემთხვევა და ანაზღაურებული ბარალი მაინც.

გარდამავალი ეტაპისთვის დაზღვევის არმქონე პირები (დაუზღვეველი მოსახლეობა) აღნიშნულ სისტემაში ჩაერთვებიან სისტემის ამოქმედებისთანავე. დაუზღვეველი პირები სადაზღვევო კომპანიებში გადანაწილდებიან შემთხვევითი პრინციპით თანაბრობის დაცვით (თანაბარი რაოდენობა თითოეულ სადაზღვევო კომპანიაში). დაზღვეულ პირთა სადაზღვევო კომპანიებს შორის გადანაწილებისას დაზღვეულთა ახალი სტრუქტურა სადაზღვევო კომპანიებს შორის სადაზღვევო რისკების თანაბარი გადანაწილების ასპექტს უნდა ითვალისწინებდეს.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ამოქმედების დღიდან (განსაზღვრული საბიუჯეტო წლის პირველი კალენდარული დღე) 24 თვის განმავლობაში ყველა ტიპის დაზღვეულს შეეზღუდება სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის უფლება. კანონმდებლობით დადგინდება ამოქმედების დღიდან მე-18 დან 22-ე თვემდე პერიოდში კონკრეტული ვადა და პროცედურები, როდესაც დაზღვეულ პირებს ექნებათ სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის სურვილის დაფიქსირების საშუალება. დაზღვეულთა გადანაწილება სადაზღვევო კომპანიებს შორის კი ამოქმედდება სქემის ამოქმედებიდან 25-ე თვის პირველ კალენდარულ დღეს და მისი მოქმედების ვადა (მათ შორის, სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის მორიგი უფლება) შეზღუდული იქნება 36 თვის პერიოდით.

**ამოცანა 1.7. ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საოპერაციო ფუნქციებისგან განტვირთვა და მისი პოლიტიკის განმახორციელებელი, სტანდარტების უზრუნველყოფის, ანალიტიკური და მარეგულირებელი ფუნქციების გაძლიერება.**

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვა ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განტვირთავს საოპერაციო ფუნქციებისგან და შესაბამისად, სამინისტროს სისტემაში აღარ იქნება ისეთი იურიდიული პირის ფუნქციონირების აუცილებლობა, რომელიც ამჟამინდელი სისტემის პირობებში მართავს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამას. ამის სანაცვლოდ რეფორმა მოითხოვს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მარეგულირებელი სისტემის შექმნას სამინისტროს ფარგლებში. ასევე მოხდება სამინისტროს სხვა ისეთი ფუნქციების გაძლიერება, რომელიც რეგულირებას და ხარისხის მართვას უკავშირდება, სტრატეგიის მე-2 და მე-3 მიზნით განსაზღვრული ამოცანების რეალიზაციისთვის. განხორციელდება შესაბამისი სტრუქტურული ცვლილებები და რეორგანიზაცია სამინისტროს სისტემაში.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის რეგულირებისთვის შეიქმნება „ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის რეგულირების ეროვნული საბჭო“. საბჭო იქნება მუდმივმოქმედი კოლეგიალური ორგანო. საბჭოს შემადგენლობაში წარმოდგენილი იქნებიან შესაბამისი საჯარო დაწესებულებები და სპეციალისტები. საბჭოს ფარგლებში იფუნქციონირებს ქვესაბჭოები, მათ შორის, ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მედიკამენტების პოზიტიური სიების ქვესაბჭო, ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების პოზიტიური სიების ქვესაბჭო, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების და ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ფუნქციონირების სააღრიცხვო-სტა-



ტიტიკური მონაცემების ანალიზის და სისტემის კორექტირებაზე მომუშავე ქვესაბჭო. სამინისტრო უფლებამოსილი იქნება, საჭიროებისამებრ შექმნას დამატებითი ქვესაბჭოები. ეროვნული საბჭოს და ქვესაბჭოების საქმიანობის ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას განახორციელებს სამინისტრო.

კანონით შეიქმნება დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის მედიაციის ერთეული. მისი დაკომპლექტების და ფუნქციონირების წესი გაითვალისწინებს საჯარო ხელისუფლების ორგანოთა და კერძო სუბიექტების მონაწილეობას.

კანონმდებლობით განისაზღვრება ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მომხმარებელთა უფლებების დაცვის მექანიზმები.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ვერტიკალური პროგრამები შესაბამისობაში იქნება მოყვანილი ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემასთან ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი პოლიტიკის ფარგლებში.

## **სტრატეგიული მიზანი 2 – პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და მისი გადაქცევა ჯანმრთელობის დაცვის საკვანძო კომპონენტად, ამბულატორიული საქმის პრიორიტეტიზირება და მოდერნიზაცია**

**ამოცანა 2.1. პირველადი ჯანდაცვის ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემის ფარგლებში მოქცევა და მისი სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.**

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის მნიშვნელოვანი რეფორმა უშუალოდაა დაკავშირებული საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის სისუსტეების აღმოფხვრასთან და სისტემების არსებით გაუმჯობესებასთან. ამ კუთხით, სტრატეგიული ხედვის შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვა და ამბულატორიული სექტორის განვითარება უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტს წარმოადგენს.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სისტემის ფარგლებში თითოეული დაზღვეული პირი/ოჯახი უზრუნველყოფილი იქნება სათანადო კვალიფიკაციის პირადი ექიმით. სამინისტრო განსაზღვრავს „პირადი ექიმის“ კომპეტენციებს და იმ სასერტიფიკაციო მოთხოვნებს, რომელთა დაკმაყოფილება სავალდებულო იქნება ამ პოზიციის დასაკავებლად. მიზნობრივი პროექტებისა და პროგრამების ფარგლებში მოხდება „პირადი ექიმის“ პოზიციისთვის სათანადო კვალიფიკაციის ექიმების მომზადება/გადამზადება. ამის შედეგად მოხდება სახელმწიფო (საბიუჯეტო) პროგრამების ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ექიმების ჩანაცვლება სადაზღვევო კომპანიების მიერ დაკონტრაქტებული „ზოგადი პრაქტიკის ექიმებით“.

სახელმწიფო განახორციელებს საქართველოს დასახლებების/გეოგრაფიული არეალის დაჯგუფებას და შექმნის ნუსხას, რომელშიც ასახული იქნება: 1. მაღალი სიმჭიდროვის დასახლება; 2. საშუალო სიმჭიდროვის დასახლება/დასახლებათა ჯგუფი; 3. დაბალი სიმჭიდროვის დასახლებათა ჯგუფი. თითოეული ტიპის დასახლებებისთვის/დასახლებათა ჯგუფისთვის სახელმწიფო დაადგენს მინიმალურ თანაფარდობებს პირად ექიმსა და დაზღვეულ პირთა რაოდენობას შორის. ასევე, საშუალო და დაბალი სიმჭიდროვის დასახლებებისთვის გეოგრაფიული დამორების სტანდარტებს.

საჯარო-კერძო პარტნიორობის რეჟიმში სახელმწიფო საშუალო და დაბალი სიმჭიდროვის ზონებში უზრუნველყოფს შესაბამისი შენობა-ნაგებობის სადაზღვევო კომპანიებისთვის სარგებლობაში გადაცემას, სადაც განთავსდება პირადი ექიმისა და სხვა შესაბამისი პერსონალის სამუშაო სივრცე, თავად სადაზღვევო კომპანიები კი უზრუნველყოფენ ამ შენობა-ნაგებობის შესაბამისი ინვენტარით აღჭურვას და პერსონალის საქმიანობას. სახელმწიფო დაადგენს ინვენტარის მინიმალურ მოთხოვნებს.

საშუალო და განსაკუთრებით დაბალი სიმჭიდროვის ზონებში სახელმწიფო გაითვალისწინებს სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაქირავებული პირადი ექიმისა და დამხმარე სამედიცინო პერსონალისთვის (ნორმატივებით განსაზღვრული რაოდენობის ფარგლებში) სახელფასო დანამატებს. ეს დანამატები სადაზღვევო კომპანიის მიერ განსაზღვრული ხელფასის 30% იქნება საშუალო სიმჭიდროვის ზონებში და 70% - დაბალი სიმჭიდროვის ზონებში.

სახელმწიფო უზრუნველყოფს პირადი ექიმისა და სხვა პერსონალისთვის გაიდლაინების და პროტოკოლების შემუშავებას, უწყვეტი სამედიცინო განათლების ფარგლებში სასწავლო პროექტებსა და სერტიფიცირებას, სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან დამატებითი დანახარჯების გარეშე.

**ამოცანა 2.2. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ფარგლებში მოქცეული პირველადი ჯანდაცვისთვის მკაფიო როლის (მათ შორის ძირითადი „მეკარიბჭის“ როლი ბენეფიციარებისთვის) გამოკვეთა და ამბულატორიული სექტორისთვის როლის მნიშვნელოვანი ზრდა.**

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ფარგლებში დამტკიცებული საბაზისო სადაზღვევო პაკეტი და მისი პირობები ითვალისწინებს პირადი ექიმის „მეკარიბჭის“ მნიშვნელოვან როლს. ეს ნიშნავს

იმას, რომ პირადი ექიმი რეგულარულად ფლობს ინფორმაციას დაზღვეული პირის ჯანმრთელობის შესახებ. საჭიროების შემთხვევაში კი დაზღვეული პირისთვის პირადი ექიმი წარმოადგენს პირველ რგოლს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეული პირის გადამისამართებას შესაბამის სპეციალისტთან/სამედიცინო სერვისის პროვაიდერთან და ელექტრონული რეცეპტების გამოწერას. ასევე, სწორედ პირად ექიმთან იყრის თავს დაზღვეული პირის მიერ მიღებული სამედიცინო სერვისების და მედიკამენტოზური მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია, რის საფუძველზეც ის მართავს სადაზღვევო შემთხვევებს.

ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სადაზღვევო პაკეტში წარმოდგენილი იქნება პირველი და მეორე დონის, როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება და შესაბამისი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები შესაბამისი ლიმიტებით. ამ მიდგომამ არსებითად უნდა გაზარდოს მიმართვიანობა, გაათანაბროს ურბანულ და სასოფლო დასახლებებში მიმართვიანობის მკვეთრი სხვაობა, ბენეფიციარის ჯანმრთელობის დაცვაზე ხარჯებში გაზარდოს ამბულატორიული მომსახურების წილი. ამასთან, ამოქმედდება ამბულატორიული სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა. მოხდება პროფესიონალური რესურსებით და აღჭურვილობით უზრუნველყოფა, მტკიცებითი მედიცინისა და გაიდლაინური მიდგომების დანერგვა. ბენეფიციარის პრევენციულ/სამკურნალო ერთიან ციკლში მოქცევა: პირველადი ჯანდაცვა — სპეციალიზირებული ამბულატორიული მომსახურება — სტაციონარი — პირველადი ჯანდაცვა. ყოველივე ეს უნდა აისახოს ავადმყოფობის დროულ გამოვლენასა და მკურნალობაში, რამაც საბოლოო ჯამში უნდა განაპირობოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

## **სტრატეგიული მიზანი 3-ბენეფიციართათვის სამედიცინო სერვისების მიწოდების სფეროში ხელმისაწვდომობის და ხარისხის შესაბამისი სტანდარტების უზრუნველყოფა**

**ამოცანა 3.1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გაიდლაინების და პროტოკოლების შემუშავების, დამტკიცების და განახლების სისტემის სრულყოფა და დანერგვა.**

განხორციელდება ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის სადაზღვევო პაკეტის ფარგლებში გათვალისწინებული თითოეული სამედიცინო სერვისის რეესტრი. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის დღემდე უზრუნველყოფილი იქნება რეესტრში გათვალისწინებული სერვისების და პროცედურების შესაბამისად არსებული გაიდლაინების და პროტოკოლების განახლება, საჭიროების შემთხვევაში კი - ახლის შემუშავება და დამტკიცება. ასევე მოხდება გაიდლაინების და პროტოკოლების შემუშავების, რეგულარული განახლების და დამტკიცების სისტემის სრულყოფა და დანერგვა. ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ერთიან ელექტრონულ სისტემაში ბენეფიციარების პროფილებში ინტეგრირებული იქნება მის მკურნალობისას გამოყენებული გაიდლაინები და პროტოკოლები შესაბამისი კოდების მითითებით.

**ამოცანა 3.2. ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში პროფესიონალური რესურსების, მათ შორის, ექიმებისა და მედღების განვითარების თანამედროვე მოდელის დანერგვა და მისი საკანონმდებლო ბაზის უზრუნველყოფა.**

შემუშავდება და დამტკიცდება პროფესიული განვითარების საბჭოს ახალი დებულება, დაკომპლექტდება მისი ახალი შემადგენლობა. საბჭოს შემადგენლობაში ცნობილ პროფესიონალებთან და აკადემიური სექტორის წარმომადგენლებთან ერთად იქნებიან სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენლები. პროფესიული განვითარების საბჭო დამოუკიდებელი საკონსულტაციო და რეკომენდაციის გამწვევი ორგანოა, რომელიც მჭიდროდ იქნება დაკავშირებული სამინისტროსთან.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დაინერგება პროფესიონალური განვითარების სავალდებულო სისტემა, რომელიც გაითვალისწინებს ევროკავშირის და სხვა ქვეყნების წარმატებულ მოდელებს.

პროფესიული განვითარების სისტემაში გამოყენებული იქნება, როგორც ტრადიციული, ისე თანამედროვე გამოწვევების შესაბამისი ინოვაციური ინსტრუმენტები - კრედიტები, რევალიდაცია, რესერტიფიცირება, რელიცენზირება, წახალისება და სანქციები. ფართოდ იქნება გამოყენებული ელექტრონული ჯანდაცვის რესურსები (რეგისტრაცია და ანგარიშგება, დისტანციური სწავლება, ზედამხედველობა, ტელემედიცინა და სხვა).

მთლიანობაში ახალი, უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის პრინციპული განმასხვავებელი ნიშანი კომპეტენციაზე აგებული მიდგომაა, რომლის საკვანძო მახასიათებელს წარმოადგენს სწავლების განაწილება არა ტრადიციული სასწავლო ელემენტების, არამედ სამიზნე კომპეტენციების არსის მიხედვით, რომლებიც კოგნიტურ-მეთოდოლოგიური (ანუ ცოდნა და ნაწილობრივ უნარები) და ქმედითი (უნარები და ჩვევები) სახისაა.

განვითარების სისტემაში გამოყენებული იქნება ისეთი კომპონენტები, როგორცაა: ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და შედეგების ინდიკატორული შეფასება, სამედიცინო შეცდომების აღრიცხვისა და განხილვის პრაქტიკის დანერგვა, სოციოლოგიური შეფასებები და სხვა. დაინერგება პროფესიული განვითარების ელექტრონული რეგისტრი.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უფრო მაღალ დონეზე აწევის მიზნით პროფესიული განვითარების საბჭო მჭიდროდ ითანამშრომლებს სამედიცინო განათლების ევროპულ სააკრედიტაციო საბჭოსთან (European Accreditation Council for Continuing Medical Education EACCME).

ჯანდაცვის სექტორში მაღალი კვალიფიკაციის მედლების მწვავე დეფიციტის აღმოსაფხვრელად შეიქმნება ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის სათანადო რაოდენობისა და კვალიფიკაციის მედლებით უზრუნველყოფის სამოქმედო გეგმა. გეგმაში აისახება სასწავლო პროგრამების ხელშეწყობა, მოტივაციის მექანიზმები, პროფესიის ადვოკატირება და ა.შ.

**ამოცანა 3.3. მიზანმიმართული და რაციონალური მედიკამენტოზური მკურნალობის მიდგომების ფართოდ დანერგვისა და კონტროლის გზით მკურნალობის ეფექტიანობის გაზრდა და მედიკამენტების მოხმარების ოპტიმიზაცია; მედიკამენტებისა და სხვა სამკურნალო დანიშნულების საშუალებების ხარისხის უზრუნველყოფის ადეკვატური სისტემის შექმნა.**

მედიკამენტების რაციონალურ და ოპტიმალურ მოხმარებას, რომელიც დღეს მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, არსებითად გააუმჯობესებს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის გეგმიურ ამბულატორიულ ბლოკში დიაგნოსტიკური სერვისების გაფართოება და ადეკვატური მედიკამენტური მკურნალობის კომპონენტის გაჩენა. ამასთან, პაკეტის ფარგლებში მხოლოდ გაიდლაინების და პროტოკოლების საფუძველზე, პოზიტიური სიის მიხედვით მოხდება მედიკამენტის დანიშვნა, შეძენა კი - ელექტრონული რეცეპტების საშუალებით.

როგორც ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ფარგლებში, ისევე მის გარეთ, ანუ სრულიად ჯანდაცვის სექტორში მედიკამენტოზური მკურნალობა წარიმართება საყოველთაოდ რეკომენდირებული ჩვენებების, რეჟიმებისა თუ სამკურნალო სქემების მიხედვით, რაშიც პრიორიტეტი მიენიჭება მტკიცებულებითი მედიცინის და წარმატებულ საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაფუძნებულ მიდგომებს. ნამლების მენეჯმენტზე ქვეყნის მასშტაბით დანესდება ადეკვატური საზედამხებველო სისტემა.

ნამლების მენეჯმენტის მონესრიგება მოკლე ვადებში მკვეთრად შეამცირებს ირაციონალური მკურნალობის, პოლიფარმაციის, პოლიპრაგმაზიისა და კომედიკაციის შემთხვევებსა და ინფექციების სანინალმდგომ სამკურნალო საშუალებებისადმი რეზისტენტობაზე რისკებს.

პოზიტიური ცვლილებები იქნება მედიკამენტების უკონტროლოდ შეძენისა და თვითმკურნალობის კუთხით, რაც, საერთო ჯამში შეამცირებს ნამლების შეძენაზე განხორციელებულ ხარჯებს, რომელიც ძირითადად ჯიბიდან გადახდებით ხორციელდება.

დღევანდელი მიდგომარეობით, ფარმაცევტულ ბაზარზე იყიდება, როგორც დაპატენტებული, ორიგინალი მედიკამენტები, ასევე ჯენერიკული მედიკამენტები. ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების არსებული მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფს იმას, რომ სააფთიაქო ქსელში შეძენილი ყველა მედიკამენტი იყოს შესაბამისი ხარისხის და ეფექტურობის. ეს ხევა, როგორც ადგილობრივი წარმოების, ასევე იმპორტირებულ მედიკამენტებს. მომხმარებელი შესაძლოა შევიდეს შეცდომაში და შედარებით მცირე ფასის პირობებში აირჩიოს ჯენერიკული მედიკამენტი, რომელსაც დაბალი ხარისხი აქვს.

დღემდე გადაუჭრელი ამ პრობლემის მოსაგვარებლად განხორციელდება საკანონმდებლო ცვლილებები, რომლის შესაბამისადაც განისაზღვრება გარდამავალი პერიოდი და ამის შემდეგ ამოქმედდება რეგულაციები. კანონი გამორიცხავს ფარმაცევტულ ბაზარზე ისეთი მედიკამენტის გაყიდვას, რომელიც არ შეესაბამება მისი დოკუმენტაციით დადგენილ ხარისხს. ამ რეფორმის საბოლოო მიზანია, ქართულ ფარმაცევტულ ბაზარზე გაიყიდოს მხოლოდ ის მედიკამენტები და სამკურნალო საშუალებები, რომელთაც აქვთ ევროკავშირის ქვეყნების ფარმაცევტულ ბაზარზე დაშვება.

სიღრმისეულად გაანალიზდება ფარმაცევტული საქმიანობის საკანონმდებლო ბაზა და განხორციელდება ცვლილებები, რომელიც მეტ გარანტიებს შექმნის ფარმაცევტულ ბაზარზე საბითუმო და საცალო ვაჭრობის ისეთი რეგულირებისთვის, რათა მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი ოლიგოპოლიური ფასწარმოქმნის რისკები.

**ამოცანა 3.4. მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საქართველოს კლინიკებში დანერგვისა და საერთაშორისო სტანდარტის შესაბამისი კვლევების ჩასატარებლად სპეციალური ფონდისა და მხარდაჭერი ინსტრუმენტების შექმნა.**

მიუხედავად საქართველოში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებისა (განსაკუთრებით ცალკეული მიმართულებით) ჯერ კიდევ ბევრი სეგმენტია, სადაც ქვეყანაში სათანადო მკურნალობის გან-



ხორციელების ტექნოლოგიები არ არის დანერგილი და პაციენტებს უცხოეთში უწევთ მკურნალობა, რაც მნიშვნელოვან ხარჯებთან არის დაკავშირებული.

მედიცინაში თანამედროვე ტექნოლოგიური და პროფესიონალური რესურსების გარეშე შეუძლებელია, არამართო ქვეყნის მოქალაქეთა მკურნალობა, არამედ ადგილებზე მაღალი კვალიფიკაციის პროფესიონალების გაზრდა და კიდევ უფრო რთულია შემდგომი მუშაობისათვის მათი ქვეყანაში დატოვება.

სახელმწიფო ბიუჯეტის და დონორებისგან მოზიდული სახსრებით დაფუძნდება მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების ფონდი. ფონდი, ტენდერის საფუძველზე შერჩეული მაღალკვალიფიციური ორგანიზაციების ჩართულობით, დეტალურად შეისწავლის საქართველოში სამედიცინო ტექნოლოგიების პრობლემებს. გაანალიზებს საზღვარგარეთ სამკურნალოდ წასული პირების სტატისტიკას და უცხოეთში მიღებული სამედიცინო სერვისების სახეობებს. ანალიტიკური სამუშაოს საფუძველზე შემუშავდება სპეციალური გეგმა ახალი ტექნოლოგიების ქვეყანაში ეტაპობრივი დანერგვისთვის. ფონდი კონკურსების, ინტერესთა გამოხატვის, ასევე, კერძო-საჯარო პარტნიორობის საფუძველზე მხარს დაუჭერს სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებასთან დაკავშირებულ კვლევით პროექტებს, ტექნოლოგიების შემოტანას და მასთან დაკავშირებული ადამიანური რესურსების კვალიფიკაციის ზრდის პროექტებს.

## 5. სტრატეგიის განხორციელება, მონიტორინგი და შეფასება

სტრატეგიის განხორციელებას კოორდინაციას გაუწევს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარგლებში შექმნილი ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის რეგულირების ეროვნული საბჭო, რომლის შემადგენლობაშიც, სამინისტროს წარმომადგენლების გარდა, შედიან სხვა სახელმწიფო უწყებების, დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციების, საგანმანათლებლო პროგრამების განმახორციელებელი ინსტიტუტებისა და სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლები.

სამინისტრო არის საქართველოში ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის დანერგვის სტრატეგიის განხორციელების პროცესში წამყვანი უწყება, ხოლო ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის რეგულირების ეროვნული საბჭო წარმოადგენს სამინისტროს სათათბირო ორგანოს. ეროვნული საბჭოს ფარგლებში იფუნქციონირებს ქვესაბჭოები, მათ შორის, ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის მედიკამენტების პოზიტიური სიების ქვესაბჭო, ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების პოზიტიური სიების ქვესაბჭო, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების და ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის ფუნქციონირების სააღრიცხვო-სტატისტიკური მონაცემების ანალიზის და სისტემის კორექტირებაზე მომუშავე ქვესაბჭო. სამინისტრო უფლებამოსილი იქნება საჭიროებისამებრ შექმნას დამატებითი ქვესაბჭოები. ეროვნული საბჭოს და ქვესაბჭოების საქმიანობის ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას განხორციელებს სამინისტრო.

სტრატეგიის ეფექტიანი განხორციელებისთვის ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის რეგულირების ეროვნული საბჭო აქტიურად ითანამშრომლებს სახელმწიფო უწყებებთან, კერძო სექტორთან და სამოქალაქო საზოგადოებასთან, რაც წარმოადგენს ეფექტიანობის, გამჭვირვალობისა და ანგარიშვალდებულების გარანტს.

სტრატეგიის განხორციელების პროცესში შემუშავდება მონიტორინგის და შეფასების ერთიანი სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს კონკრეტული პოლიტიკის მიმართულებით განხორციელებული ღონისძიებების შედეგებისადმი ერთიან მიდგომას და შეფასებას, რაც მნიშვნელოვანია დაგეგმილი ღონისძიებების ეფექტიანობისთვის.

მონიტორინგის და შეფასების ერთიანი სისტემა გამოიყენებს წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებს, რომლებიც ასახავენ საწყის მდგომარეობას, სტრატეგიით გათვალისწინებული ამოცანების განხორციელებას და საბოლოო მიზნების მიღწევას.

სტრატეგიის განხორციელების მონიტორინგს უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის რეგულირების ეროვნული საბჭო.

სტრატეგიის განხორციელებასთან დაკავშირებული მონაცემების შეგროვებასა და რეგულარული მონიტორინგის ანგარიშების მომზადების კოორდინაციას უზრუნველყოფს სამინისტროს შესაბამისი სტრუქტურული ერთეული.

## 6. სტრატეგიის დანართი: ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის პაკეტის სამოქმედო პერსია

N	სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული მომსახურებები:	თანაგადახდა	ლიმიტი	მოკლე აღწერილობა
1	<b>24/7 ცხელი ხაზი</b> - ითვალისწინებს სადღეღამისო სატელეფონო სადაზღვევო კონსულტაციას, მიმდინარე სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარებას.	100%	ულიმიტო	დაზღვეულს შესაძლებლობა აქვს დღის ნებისმიერ დროს (24/7) ტელეფონით დაუკავშირდეს „ცხელი ხაზის“ ოპერატორს.
2	<b>გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება:</b>			
2.1.	<b>პროფილაქტიური გამოკვლევები</b> - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჯანმრთელობის შემონახვის მიზნით სქესის და ასაკის გათვალისწინებით სამედიცინო მომსახურებებს (განსაზღვრული სკრინინგის ცხრილის შესაბამისად)	100%	ასაკისა და სქემით გათვალისწინებული პერიოდულობით	დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით - პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე.
2.2.	<b>პირველადი დონის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება</b> - ითვალისწინებს პირადი ექიმის და ძირითადი (ენდოკრინოლოგი, გინეკოლოგი, ლარინგოლოგი, ნევროლოგი, ქირურგი, უროლოგი, კარდიოლოგი) სპეციალისტების კონსულტაციას. სამედიცინო ჩვენებით შემდეგ ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ კვ-ებს: ელექტროკარდიოგრაფია, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი და კრეატინი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;	90%	5 000 ლარი	დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე ლიცენზირებული პროვაიდერი სამედიცინო დანესებულება, სადაც მიიღებს პირველი დონის გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებას სადაზღვევოს მიერ წინასწარ შეთავაზებული ნუსხიდან. დაზღვეულისათვის ექიმ სპეციალისტის კონსულტაციის განევა ხდება პირადი ექიმის მიმართვის საფუძველზე. ექიმ სპეციალისტის მიერ განსაზღვრული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები შეთანხმებული და დანიშნული უნდა იყოს პირადი ექიმის მიერ (მიმართვის საფუძველზე).
2.3.	<b>მეორე დონის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება</b> - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით სპეციალისტის კონსულტაციას, ინსტრუმენტულ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ამბულატორიულ მანიპულაციებს (სამკურნალო მანიპულაციები, როდესაც პაციენტი კლინიკაში არ იკავებს საწოლს და დიაგნოსტიკურ მანიპულაციებს, როდესაც პაციენტის კლინიკაში დაყოვნების ხანგრძლივობა არ აღემატება 1 საწოლდღეს. გეგმიურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს.	90%	5 000 ლარი	მეორე დონის ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით კომპანიის პროვაიდერ კლინიკებში. ექიმ სპეციალისტის მიერ განსაზღვრული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები შეთანხმებული და დანიშნული უნდა იყოს პირადი ექიმის მიერ (მიმართვის საფუძველზე).
2.4.	<b>მოვლის სერვისი</b> - ითვალისწინებს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის მოვლას/ექიმის ბინაზე ვიზიტს ჰოსპიტალიზაციიდან 14 დღის მანძილზე.	90%	5 000 ლარი	დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის სერვისის მიწოდებას.
2.5.	<b>მედიკამენტური მკურნალობა</b> - ითვალისწინებს პაციენტის ამბულატორიული მკურნალობისთვის საჭირო მედიკამენტებს.	90%	5 000 ლარი	პირადი ექიმი შესაბამისი მედიკამენტის დანიშნულებას გამოწერს ელექტრონულად, რითაც პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ წილს. მედიკამენტობური თერაპია დამტკიცებული და ყოველწლიურად განახლებული ნაციონალური პროტოკოლისა და მასში შემავალი მედიკამენტების, პოზიტიური სის მიხედვით წარმოებს.

3	<p><b>გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება</b> - ითვალისწინებს ქვემოთჩამოთვლილი მდგომარეობების დროს პოზიტიური სიით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურებებს. ამასთან მომსახურება დაზღვეულს უნდა გაეწიოს შემთხვევის დადგომიდან პირველი 2-4 საათის განმავლობაში და არ უნდა აღემატებოდეს 1 საწოლ დღეს (1 საწოლ/დღე - სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში ღამისთევით მიღებული მომსახურება).</p>	100%	ულიმიტო	<p>დაზღვეულმა ან სხვა დაინტერესებულმა პირმა, აღნიშნულის შესახებ, მომსახურების მიღებამდე უნდა აცნობოს სადაზღვევო კომპანიის ცხელ ხაზს. შეტყობინება უნდა შეიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, საიდენტიფიკაციო ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო.</p>
4	<p><b>ჰოსპიტალური (სტაციონარული) მომსახურება</b> - ითვალისწინებს შესაბამისი ჰოსპიტალური მომსახურების ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეული პაციენტისათვის კონსერვატიული (თერაპიული) და ქირურგიული მომსახურების გაწევას ინტენსიური თერაპიის, რეანიმაციული ღონისძიებების, დიაგნოსტიკური მანიპულაციებისა და მედიკამენტოზური მკურნალობის ჩათვლით 1 საწოლ დღეზე მეტი ხანგრძლივობით. (საწოლ დღე-ჰოსპიტალური ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული სამედიცინო მომსახურება პაციენტის ღამისთევით დაყოვნებისას)</p>			<p>დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო კომპანიის მიერ მისთვის შეთავაზებული ნუსხიდან.</p>
4.1.	<p><b>გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება</b> - ითვალისწინებს დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებულ იმ აუცილებელ სამედიცინო ღონისძიებებს (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა), რომელთა 24 საათზე მეტი გადავადების პირობებში გარდაუვალია დაზღვეულის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და რომლებიც დაზღვეულს გაეწევა სამედიცინო დაწესებულებაში ისე, რომ პაციენტი იკავებს საწოლს სამედიცინო დაწესებულებაში ერთ საწოლ/დღე და მეტი ხნით.</p>			<p>დაზღვეულმა ან სხვა დაინტერესებულმა პირმა, აღნიშნულის შესახებ, მომსახურების მიღებამდე, უნდა აცნობოს სადაზღვევო კომპანიის ცხელ ხაზს. შეტყობინება უნდა შეიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, საიდენტიფიკაციო ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო.</p>
4.1.1.	<p><b>გადაუდებელი (კრიტიკული) ჰოსპიტალური მომსახურება</b> - სიცოცხლის გადასარჩენად მიმართული ჰოსპიტალური მომსახურება ერთდროული რეანიმაციით. ჩარევა იწყება გადაწყვეტილების მიღებიდან რამდენიმე წუთში.</p>	100%	70 000 ლარი	
4.1.2.	<p><b>სასწრაფო-დაუყოვნებელი ჰოსპიტალური მომსახურება</b> - მწვავედ დაწყებული ან/და კლინიკურად გაუარესებული, სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობების დროს განსახორციელებელი ჰოსპიტალური მომსახურება, როცა სამედიცინო მომსახურება იწყება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან არაუგვიანეს პირველ 24 საათში.</p>	100%	70 000 ლარი	
4,2	<p><b>გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება</b> - ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას ექიმის მიერ დანიშნული ჰოსპიტალური (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, სტანდარტული, ინტენსიური (პოსტოპერაციული) პალატიის ხარჯები) მომსახურებას. იგეგმება შემთხვევის დადგომიდან რამდენიმე დღეში, პაციენტისთვის, ექიმისთვის და/ან სამედიცინო დაწესებულებისათვის მოსახერხებელ დროის მონაკვეთში.</p>	90%	50 000 ლარი	<p>დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე ლიცენზირებული პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო კომპანიის მიერ მისთვის შეთავაზებული ნუსხიდან. გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 20 სამუშაო დღით ადრე; კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.</p>

5	<p><b>დღის ჰოსპიტალური/ერთ სანოლდღიანი ჰოსპიტალური მომსახურება</b> - ითვალისწინებს გადაუდებელ და გეგმიური დღის ჰოსპიტალურ (დღის ჰოსპიტალური მომსახურება, რომელიც ტარდება შესაბამისი ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, ისე რომ დაზღვეული იკავებს სანოლს) და ერთ სანოლდღიანი ჰოსპიტალურ (ერთ სანოლდღიანი ჰოსპიტალური მომსახურება), რომელიც ტარდება შესაბამისი ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, ისე დაზღვეულის დაყოვნება სანოლზე სამედიცინო ჩვენებით არ აღემატება 1 სანოლდღეს.</p>	90%	10 000 ლარი	<p>დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე ლიცენზირებული პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო კომპანიის მიერ მისთვის შეთავაზებული ნუსხიდან. გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვევლთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 10 სამუშაო დღით ადრე; - კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.</p>
6	<p><b>ონკოლოგია</b> - ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ონკოლოგიისთვის საჭირო დიაგნოსტიკურ კვლევებსა და სამკურნალო (გარდა ქირურგიისა) ღონისძიებების (მათ შორის სხივური და ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მკურნალობა) მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებას.</p>	100%	50 000 ლარი	<p>სხივურ, რადიო, ქიმიო, ადიუვანტურ თერაპიის, მონოკლონური ანტისხეულებით მკურნალობის და თერაპიული ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში იხ. ქმედება გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების დროს; ჰორმონოთერაპიის და ძვლის რეზორბციაზე მოქმედი მედიკამენტებით მკურნალობის შემთხვევაში იხ. ქმედებები მედიკამენტოზური მკურნალობის დროს.</p>
7	<p><b>მშობიარობა</b> - ითვალისწინებს ფიზიოლოგიურ მშობიარობას, სამედიცინო ჩვენებით საკეისრო კვეთას, მშობიარობის და/ან მის შემდგომ ლოგინობის ხანის გართულების სამედიცინო მომსახურებას (მედიკამენტები, მანიპულაციები, პალატა (სტანდარტული, რენიმაციული, ინტენსიური), გაუტკივარება სამედიცინო ჩვენებით). გარდა მშობიარობის შემდგომი სეფსისის, კრიტიკული (სიცოცხლის გადასარჩენად მიმართული) მდგომარეობის, საშვილოსნოს გარე ორსულობისა, რომლებიც განეკუთვნება გადაუდებელ ჰოსპიტალურ მომსახურებას.</p>	100%	500/800 ლარი	<p>შეტყობინების საფუძველზე კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან. გეგმიური საკეისრო კვეთის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვევლთან გეგმიური საკეისრო კვეთის თარიღამდე მინიმუმ 3 (სამი) სამუშაო დღით ადრე; დაუგეგმავი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში - სამშობიარო სახლიდან განერამდე 1 დღით ადრე.</p>



# ნაწილი II – სარეკომენდაციო პროექტის ძირითადი ანალიტიკური მასალები

## თავი 1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის არსებული მდგომარეობა

### 1.1. ჯანდაცვის სტრატეგიები და საყოველთაო ჯანდაცვა

ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაობა ნიშნავს იმას, რომ თითოეული ადამიანისთვის მისაწვდომია მისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება იმ ადგილზე და იმ დროს, სადაც ეს საჭიროა, თანაც ფინანსური სირთულეების გარეშე. ყოველივე ეს მოიცავს ძირითადი სამედიცინო სერვისების მთელ სპექტრს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციით დაწყებული, მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობით დამთავრებული<sup>25</sup>.

2013 წლის 21 თებერვალს საქართველოს მთავრობამ საყოველთაო ჯანდაცვა ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის მთავარ მიმართულებად განსაზღვრა<sup>26</sup>, რასაც თან ახლდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობათა უპრეცედენტო გაზრდა (2012 – 424 მლნ ლარი, 2018 – 1 056 მლნ. ლარი, 2021 – 1 600 მლნ ლარამდე) და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის (სჯდ) პროგრამის დანერგვისა და შემდგომი გაფართოების პროცესი.

მიუხედავად იმისა, რომ იურიდიული ფორმით სჯდ პროგრამაზე განსხვავდება წლების განმავლობაში მოქმედი სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისგან, პოლიტიკური და სტრატეგიული მნიშვნელობის გამო, მასზე განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება.

სჯდ პროგრამამ ჩაანაცვლა წინა ხელისუფლების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 2008 წლიდან და 2013 წლამდე ჯანდაცვის სერვისების ძირითადი მსხვილი დაფინანსების მექანიზმად რჩებოდა. ეს პროგრამა სადამღვევო მოდელს ეფუძნებოდა. სახელმწიფო პრიორიტეტული ჯგუფებისთვის განკუთვნილ ჯანმრთელობის სადამღვევო პაკეტის ღირებულებას 100%-ით ასუბსიდირებდა, რის შედეგადაც, დამღვეული ოჯახები ღებულობდნენ სახელმწიფოს მიერ გათვალისწინებულ მომსახურებებს, რომელთა ადმინისტრირებას კერძო სადამღვევო კომპანიები ახდენდნენ. პროგრამის წილად 2011 წლის ჯანმრთელობის მთლიანი ბიუჯეტის 45% მოდიოდა<sup>27</sup>.

2012 წლის სექტემბრიდან ეს პროგრამა გაფართოვდა და მოიცვა ყველა პენსიონერი, 6 წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები (დამატებით 800 000 ადამიანზე მეტი). პროგრამამ მოიცვა მოსახლეობის დაახლოებით 45%. ამ გაფართოებას თან ახლდა გაუარესებული წლიური ლიმიტები წამლების დაფინანსების ნაწილში, ასევე სასწრაფო დახმარებაზე, საავადმყოფოს, არჩევითი ქირურგიის, ონკოლოგიური და სამედიცინო მომსახურების საფასურზე 10-20% თანადაფინანსების შემოღება.

ამასთან ერთად, მოსახლეობის დანარჩენ ჯგუფებს, რომელიც ძირითად დასაქმებულ მოსახლეობას მოიცავდა, მხოლოდ ე.წ. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამებით შეეძლოთ სარგებლობა, რაც ფაქტობრივად ნიშნავდა იმას, რომ ისინი გადაუდებელი და გეგმიური სომატური მდგომარეობების მართვის კუთხით სახელმწიფოს მიერ არ იყვნენ დაზღვეული.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, 2013 წლის თებერვლიდან ახალმა ხელისუფლებამ რადიკალურად შეცვალა ჯანდაცვის პოლიტიკა, შემოიღო რა თამამი პროგრამა, რომლის მკაფიო მიზანი იყო საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის მიდგომის დამკვიდრება.

ე.წ. მინიმალური პაკეტი, რომელიც მოიცავდა ძირითად პირველად ჯანდაცვასა და გარკვეულ სადი-აგნოსტიკო ამბულატორიულ მომსახურებას (20-30%-ის ჯიბიდან თანადაფინანსებით), ასევე გადაუდებელ დახმარებას (15 000 ლარის ფარგლებში), ხელმისაწვდომი გახდა მოსახლეობისათვის. სამედიცინო სერვისების ადმინისტრირებას ჯერ სსიპ სოციალური მომსახურების (2013–2020), ხოლო შემდეგ – სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოები ახორციელებდნენ და არა კერძო სადამღვევო კომპანიები. ყოველივე ამან ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მიდგომის ფუნდამენტური ცვლილება გამოიწვია.

25 [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1)

26 საქართველოს მთავრობის დადგენილება #36 (21.02.2013, თბილისი) „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1852448?publication=0>

27 UNICEF, საქართველო და იორკის უნივერსიტეტი, 2012

დანერგვის საწყის ეტაპზე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეები გახდნენ საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მონობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები. ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე და თავშესაფრის მაძიებელი პირები.

მინიმალური პაკეტი, რომელიც 2013 წელს იქნა შემოღებული, შემდგომში უფრო გაფართოვდა და უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მეტი მომსახურება მოეწეა.

2017 წლის მაისიდან ყველაზე მაღალშემოსავლიანი ნაწილი (მოსახლეობის 1.2%) ამოირიცხა უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამიდან იმ მოტივით, რომ მათ შეეძლოთ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევას შეეძინათ.

დღევანდელი მდგომარეობით, სჯდ პროგრამა ღიაა ყველა მოქალაქისა და თავშესაფრის მაძიებლისთვის, ვინც არ არის დაზღვეული და წელიწადში გამოიმუშავებს 40 000 ლარზე ნაკლებს.

ოფიციალური სტატისტიკით, სჯდ პროგრამის სერვისებით იფარება მოსახლეობის 95%-ზე მეტი, რაც ემყარება ადამიანთა რაოდენობას, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან.

დღევანდელი მდგომარეობით, შედავათების პაკეტი დიფერენცირებულია მოსახლეობის შემდეგი კატეგორიების მიხედვით, რომელთაგან ზოგიერთი ჯგუფი ემყარება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მინიჭებულ სარეიტინგო ქულას:

1. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრები ოჯახები (რომელთა სარეიტინგო ქულა <70 000), სახალხო არტისტები, მასწავლებლები, მინდობით აღზრდაში მყოფი ბავშვები, იძულებით გადაადგილებული (იგპ) პირები;
2. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, 5 წლამდე ბავშვები, მოსწავლეები და პენსიონერები;
3. დაუზღვეველი ვეტერანები;
4. დაბალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეები (70 000-100 000 სარეიტინგო ქულით) და 6-18 წლის ბავშვები;
5. სხვა მოქალაქეები საპენსიო ასაკის ქვემოთ, უფრო მაღალი შემოსავლით:
  - ა. ისინი, ვინც იღებენ 1000 ლარზე ნაკლებს თვეში ან აქვთ არარეგულარული შემოსავალი/თვითდასაქმებულები;
  - ბ. ისინი, ვინც იღებენ 40 000 ლარზე ნაკლებს წელიწადში, მაგრამ 1000 ლარზე მეტს თვეში.
  - გ. ვინც იღებს 40 000 ლარზე მეტს წელიწადში.

ყველაზე მაღალი შემოსავლის (40 000 ლარზე მეტი შემოსავლის მქონე) ჯგუფი 2020 წელს შეადგენდა, დაახლოებით, 66 000 კაცს და ისინი ამოირიცხულია უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამიდან. თუმცა, ისინი მაინც სარგებლობენ შერჩეული სერვისებით, რომლებიც დაფარულია საყოველთაო ჯანდაცვით და ვერტიკალური პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისებით, თანაგადახდის პირობით.

## 1.2. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობა

ასეთი მასშტაბის ჯანდაცვითი პროგრამის წარმატებით მართვა, მონიტორინგისა და შეფასების ადეკვატური სისტემის გარეშე, პრაქტიკულად შეუძლებელია. პროგრამის ფარგლებში გამოყენებული აღრიცხვიანობის მექანიზმები, კერძოდ, შემთხვევების რაოდენობის აღრიცხვა კი არასაკმარისია შედეგიანობის შესაფასებლად. შესაბამისად, შეუძლებელია იმის დადგენა, რამდენად ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება მიენიჭა მოსახლეობას. ისევე, როგორც უცნობია, რამდენად პოზიტიურად აისახა სახელმწიფოს მიერ გაზრდილი დაფინანსება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, გარდა გაზრდილი უტილიზაციის გარკვეული მაჩვენებლებისა. აღნიშნული კუთხით პროგრამასთან დაკავშირებული ოფიციალური სტატისტიკაც ძალზე მწირია. მაგალითად, ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წლიდან არც კი გამოქვეყნებულა.

ასეთ ვითარებაში სჯდ პროგრამის ეფექტიანობის შეფასება შესაძლებელი არის საერთაშორისო პროექტებისა და მისიების პროტოკოლების მიხედვით, ერთეული კვლევების რეზულტატებზე დაყრდნობით, ირიბი მიდგომებითა და საექსპერტო შეფასებებით.



2021 წლის მდგომარეობით, სჯდ პროგრამა ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ (პირველადი ჯანდაცვის გარკვეული სერვისების ჩათვლით), გადაუდებელ ამბულატორიულ-სტაციონარულ და გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას. ასევე, ონკოლოგიური (ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია და ამ პროცედურებთან დაკავშირებულ გამოკვლევებსა და მედიკამენტებს) და ინფექციური დაავადებების მკურნალობას, მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას.

მიუხედავად იმისა, რომ ამბულატორიული მომსახურება შეტანილია მომსახურების ნუსხაში, ხოლო თანამედროვე ჯანდაცვის ერთ-ერთი აუცილებელი კომპონენტი - პირველადი ჯანდაცვა, პრიორიტეზირებულია ქვეყნის მთავრობის მიერ<sup>28</sup>, რეალური მდგომარეობა სრულიად განსხვავებულია.

პროგრამის მოსარგებლებს პირველადი ჯანდაცვის სერვისები სჯდ და სოფლის ექიმის (იხილეთ ქვემოთ) პროგრამის მიხედვით მიეწოდება.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის მრავალრიცხოვან სისუსტეებზე, პირველ რიგში კი, „მეკარიბ-ჯის“ უმნიშვნელოვანესი ფუნქციის არარსებობაზე რამდენიმე ანგარიში ცხადყოფს<sup>29</sup>.

ჯანმო-სა და სხვა დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სჯდ სერვისების მწირ უტილიზაციას ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული არაჯანსაღი სტიმულები, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებში, პაციენტების სჯდ დონეზე შეკავების ნაცვლად, მათი საავადმყოფოში გადამისამართების მოტივაციას ახდენს. ყურადღება გამახვილებულია სერვისების ანაზღაურების არსებული მეთოდების ნაკლოვანებებზე, რომელიც შედეგებთან და გამოძვად ინდიკატორებთან დაკავშირებული არ არის.

სჯდ პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მიმართვიანობა, როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებებში, მკვეთრად გაიზარდა. 2020 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე, წინა წელთან შედარებით, არ შეცვლილა<sup>30</sup> (ცხრილი 1.1.). თუმცა, ეს მაჩვენებელი მაინც დაბალია, რადგან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული რეგიონის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელი არის 6. ამასთან ერთად, ევროკავშირის ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის წარმატებული სისტემა და ძლიერი პირველადი ჯანდაცვაა, ეს ინდიკატორი კიდევ უფრო მაღალია. სტატისტიკურ ცნობარში წარმოდგენილი მასალიდან შეუძლებელია იმის დადგენა, თუ რამდენია უშუალოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის სერვისის ხვედრითი წილი, არაფერი რომ არ ითქვას ე.წ. სოფლის ექიმებზე.

**ცხრილი 1.1.** ამბულატორიაში ექიმთან მიმართვათა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების რაოდენობები 1 სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, საქართველო

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ექიმთან მიმართვა	1.8	1.8	2.1	2.4	3.1	3.4	3.4	3.0	3.2	3.6	3.6
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3

თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის სჯდ სერვისებით უზრუნველყოფა არაერთი პრობლემების მქონე სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში წარმოებს (იხილეთ ქვემოთ), მდგომარეობა კიდევ უფრო დრამატულია. ანუ ქვეყნის არსებითი ნაწილი (დაახლოებით 40%) მოკლებულია სრულფასოვან სჯდ-ის მომსახურებას.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ორ პროგრამას შორის (სჯდ და სოფლის ექიმის პროგრამები), რომელიც საერთო პრიორიტეტულ მიმართულებას – პირველად ჯანდაცვას ემსახურება, კოორდინაცია არ არსებობს.

სჯდ პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის სერვისების დაბალი უტილიზაციის მთავარი მიზეზი პროგრამის სტაციონარულ დახმარებაზე ორიენტაციაა, რომლის კიდევ ერთ გამოვლენას

28 საქართველოს მთავრობის # 724 დადგენილება (26.12.2014) „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2657250?publication=0>

29 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში, 2018, გვ. 52  

<https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/>  
 საერთაშორისო ფონდი კურაციო. “ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა - პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა.  
<http://curatiofoundation.org/ge/projects-and-publications-ge/>

30 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2 020  
<https://www.ncdc.ge/#/pages/file/ebe72ea5-5087-4dc3-aaf1-c94cda232ad2>

მთლიანობაში ინსტრუმენტული და კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების მოკრძალებული ასორტიმენტი წარმოადგენს.

ეს საკითხი კიდევ უფრო სერიოზულია წლიურად 40,000 ლარზე ნაკლები და თვეში 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირებთან მიმართებაში, რადგან სჭირდება მათ გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებას (სპეციალისტების კონსულტაციები, ინსტრუმენტული და კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევები) საერთოდ არ ითვალისწინებს. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ, სულ მცირე, 1,5 მლნ ადამიანი სჭირდება პროგრამის ფარგლებში მოკლებულია გეგმიურ სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ მომსახურებას (40 000 ლარზე მეტი შემოსავლის მქონეთა ჩათვლით).

ამბულატორიულ მომსახურებას სჭირდება პროგრამაში კუთვნილი ადგილი რომ არა აქვს, ჯანდაცვაზე დანახარჯების ანალიზიც (2012–2018) მიუთითებს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ პერიოდში ამბულატორიულ მომსახურებაზე სახელმწიფო დანახარჯი გაორმაგდა, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯის წილი 2016 წლის შემდეგ ფაქტობრივად არ შეცვლილა და მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის მხოლოდ 1/4-ს შეადგენდა. ეს მაშინ, როდესაც ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები იზრდებოდა და 2015 წლიდან მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს. 2013–2017 პერიოდში ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად განეულ მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 43.3% იყო, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე მთლიან დანახარჯებში – 71%.<sup>31</sup> ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სოლიდურად გაზრდის მიუხედავად, ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხა კვლავ ჭარბობს (48.4%), რაც მძიმე ფინანსური ტვირთია.

ადეკვატური მედიკამენტოზური მკურნალობა საქართველოს ჯანდაცვის ძალიან სერიოზული და დღემდე გადაუჭრელი პრობლემაა. სჭირდება პროგრამის ამბულატორიულ კომპონენტში, განსაკუთრებით კი მისი დანერგვის სანყის ეტაპებზე, წამლებით მკურნალობის წილი მიზნობრივი იყო. ამ სერიოზული ჩამორჩენის საკომპენსაციოდ 2017 წლის აპრილიდან ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. თუმცა, ამ პროგრამის პოტენციური საკმაოდ მწირია და იგი განკუთვნილია კონკრეტული დაავადებების მქონე ბენეფიციართა ჯგუფებისთვის (იხილეთ ქვემოთ). ყოველივე ეს ნიშნავს იმას, რომ სჭირდება პროგრამის მოსარგებლეთა ძალიან დიდი ნაწილი გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კუთხით მოკლებულია ადეკვატურ მედიკამენტოზურ მკურნალობას.

2014 წლიდან დღემდე, როგორც ამბულატორიულ, ისე ჰოსპიტალურ სერვისებზე ფასების ზრდა პერმანენტულ ხასიათს ატარებს. პირველ რიგში ეს მედიკამენტებსა და ამბულატორიულ დახმარებას ეხება, რაც მოსახლეობისთვის მძიმე ტვირთია, რადგან ასეთი ტიპის ხარჯებში უდიდესი წილი ჯიბიდან გადახდაზე მოდის. მედიკამენტების ეს პრობლემა განიხილება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიშში<sup>32</sup>.

მართალია, ეს ანგარიში ეფუძნება 2015 მონაცემებს, თუმცა, უფრო მოგვიანებით ჩატარებული შეფასებებით მდგომარეობა კიდევ უფრო დრამატულია<sup>33</sup>. ჯანმო-ს შეფასებით, მოსახლეობის, დაახლოებით, 14% განიცდის ჯანდაცვაზე კატასტროფულ დანახარჯს, ხოლო ჯიბიდან გადახდების სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი (60%) მედიკამენტებზე გადახდილ თანხებს უკავია.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშის მიხედვით, მოსახლეობის მედიკამენტებზე დანახარჯი 2016 წელს იყო 687 მლნ ლარი, რომელიც შემდეგ წლებში გაიზარდა 1 მილიარდ ლარამდე.

მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესება ვერც 2017 წელს დანერგილმა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამამ მოახდინა. უფრო მეტიც, ცნობილია, რომ ამ პროგრამაზე გამოყოფილი 13.4 მლნ ლარი (რაც მედიკამენტებზე მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდილი თანხების მხოლოდ 2%-ია) სრულად ვერ დაიხარჯა 2017-2018 პერიოდში.

ბუნდოვანია, რა ადმინისტრაციულ ხარჯებთან არის დაკავშირებული სახელმწიფო სტრუქტურის მხრიდან სჭირდება პროგრამის მართვა, რითი და როგორ ფასდება მართვის ეფექტიანობა და როგორია შედეგები. ასევე, რამდენად სწორია, რომ ასეთი მასშტაბის პროგრამის მართვა და მისი სამედიცინო მომსახურების ადმინისტრირება პრაქტიკულად ერთი უწყების მიერ ხდება.

31 საერთაშორისო ფონდი კურაცი. “ჯანდაცვის სფეროს გამომწვევა - პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა”.  
<http://curatiofoundation.org/ge/projects-and-publications-ge/>

32 Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe (2019)  
<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>

33 რამდენად შეუძლიათ ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? ახალი მტკიცებულებები საქართველოში ფინანსურ უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით; ჯანმო-ს ჯანდაცვის სისტემების ფინანსირების ბარსელონას ოფისი; 2021; pdf 119.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342814/WHO-EURO-2021-2532-42288-58479-geo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

### 1.3. ჯანმრთელობის დაცვის ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამები უნივერსალური მოცვის კონტექსტში

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან ერთად, ქვეყანაში მოქმედებს 23 მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა და ქვეპროგრამა (რეფერალური მომსახურების პროგრამაში 7) .

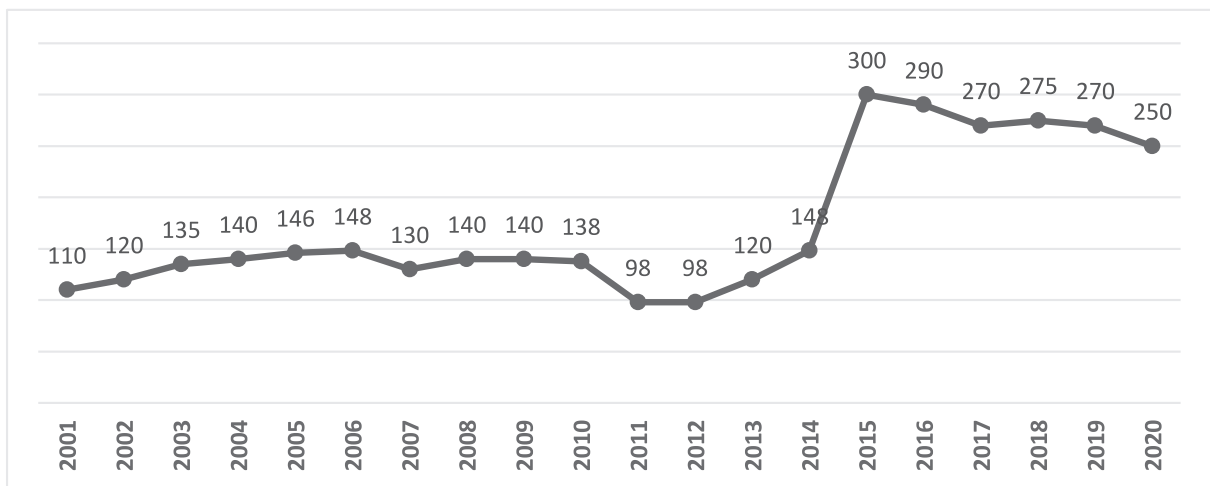
გარკვეულ პროგრამებს გააჩნიათ მართვის, მონიტორინგისა და შეფასების ადეკვატური კომპონენტი (C ჰეპატიტის ელიმინაციის, აივ-ინფექცია/შიდსის და ტუბერკულოზის მართვის, ასევე იმუნოზაციის სახელმწიფო პროგრამები). აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ამ პროგრამების აბსოლუტური უმრავლესობა საერთაშორისო პარტნიორობის ფორმატშია მოქმედი (CDC, USAID, WHO, GFATM).

სამწუხაროდ, დანარჩენი პროგრამების დიდი უმრავლესობა მოკლებულია მართვის და განსაკუთრებით კი, მონიტორინგისა და შეფასების აუცილებელ კომპონენტებს, რაც იმას ნიშნავს, რომ მათი ეფექტიანობის საფუძვლიანი შეფასების ინსტრუმენტი არ არსებობს, რის გამოც, მათი შეფასება შესაძლებელია მხოლოდ ირიბი მდგომარეობით, ერთეული კვლევებით თუ შემფასებელი მისიების პროტოკოლების მიხედვით.

**დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა**

არაერთი ეპიდემიოლოგიური მონაცემი ადასტურებს იმას, რომ პრევენციულ მედიცინას ქვეყნის ჯანდაცვაში კუთვნილი უმნიშველოვანესი ადგილი დათმობილი არა აქვს, რაც პირველ რიგში, არაინფექციურ დაავადებებს ეხება. ამის ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაგალითი ონკოლოგიურ დაავადებათა კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით 2015 წლიდან დანერგილი კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებია, რომელთა მიხედვითაც, ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა ქვეყანაში სერიოზულია.

**დიაგრამა 1.1.** ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე (NCDC 2020)



2015-2020 წლებში დაავადების I და II სტადიებზე რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 41.6%; III და IV სტადიებზე რეგისტრირებული დაავადებების წილი კვლავ მაღალია (41.4%).

**ცხრილი 1.2.** კიბოს ახალი შემთხვევების განაწილება სტადიების მიხედვით (%), საქართველო (NCDC 2020)

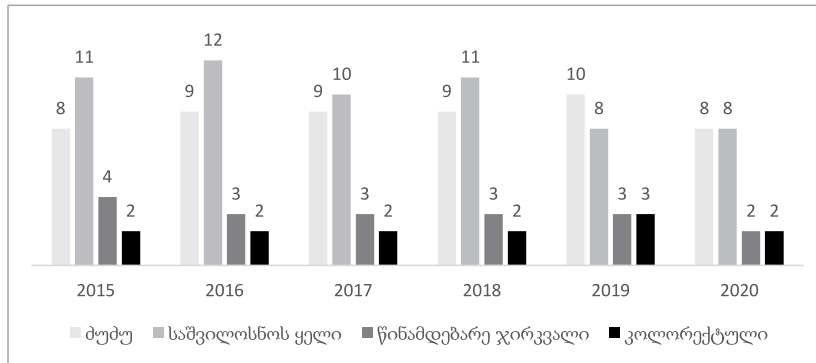
სტადია	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I	21,1	23,9	23,6	24,4	24,7	22,1
II	20,9	18,4	18,0	16,9	18,3	19,5
III	21,5	20,0	20,0	18,7	19,7	17,9
IV	26,5	25,5	25,5	24,0	21,2	22,6
დაუდგენელი	10,1	12,2	12,2	16,0	16,1	17,9

ყოველივე ეს კიბოს დაგვიანებით დიაგნოსტირებასა და მისი ადრეული გამოვლენის არაადეკვატურობაზე მიუთითებს.

დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის სისუსტეები: (დიაგრამა 1.2.)



**დიაგრამა 1.2.** მიზნობრივი პოპულაციის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები (%), საქართველო



**ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა**

ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა 2017 წლიდან მოქმედებს, რომლის განმახორციელებელი 2021 წლამდე იყო სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო, ხოლო 2021 წლიდან - სსიპ ჯამრთელობის ეროვნული სააგენტო. პროგრამის მიზანი იყო ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით ზოგიერთი ქრონიკული დაავადებით დაავადებულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესება. 2017 წელს პროგრამის მოსარგებლებებს წარმოადგენდნენ პირები, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მათზე მინიჭებული სარეიტინგო ქულა 100 000-ს არ აღემატებოდა.

2018 წლის აგვისტოდან მოსარგებლებები ასევე გახდნენ ასაკით პენსიონერები და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები. ასევე, მკვეთრად ან მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირები. 2019 წლის სექტემბრიდან პროგრამაში ჩაერთვნენ პროგრამის ვეტერანებიც, რომლებიც იძენენ მედიკამენტებს სიმბოლურ ფასად – 1 ლარად, საპენსიო ასაკის მოსახლეობის, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვებისა და აგრეთვე მკვეთრად ან მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირებისა და სოციალურად დაუცველთა მსგავსად.<sup>34</sup>

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავდა მედიკამენტების შესყიდვასა და ლოჯისტიკურ მომსახურებას ისეთი ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ, როგორებიცაა: გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებები, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები, დიაბეტი (II ტიპი), ეპილეფსია, პარკინსონის დაავადება, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები.

აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ქრონიკული დაავადებების დიდ უმრავლესობის მიზნმიმართული და რაციონალური მკურნალობა რამდენიმე ჯგუფის მედიკამენტს საჭიროებს, რის შესაძლებლობას ამ პროგრამის ნუსხა არ იძლევა, არაფერი რომ არ ითქვას, წამლების შერჩევის შესაძლებლობაზე, რომელიც მედიკამენტობური მკურნალობის საკმაოდ ხშირი აუცილებლობაა. ძალიან მნიშვნელოვანია სოფლის ექიმის პროგრამის მოსარგებლეთათვის განკუთვნილი მედიკამენტების ნუსხა. და რაც მთავარია, ექიმის რეალური ჩართულობის გარეშე, (პირველ რიგში ჰჯდ ექიმის) „წამლების ხელზე დარიგების“ პრაქტიკა ნეგატიური გამოცდილებაა, რადგან ის არაერთ პოტენციურ რისკის შეიცავს.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა პროგრამის შესაბამისობის აუდიტი (1.01.2017 – 01.01.2019 წწ პერიოდი), რომელმაც რიგი სერიოზული ნაკლოვანება დააფიქსირა<sup>35</sup>. კერძოდ,

სამინისტროსა და სააგენტოს მიერ შემუშავებული მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფენ ბენეფიციარებისათვის მედიკამენტების მისაწვდომობას (მხოლოდ 9%), სრულად ვერ აკონტროლებენ წამ-

34 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-1328/ო, 2018 წლის 9 დეკემბერი. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის“ ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 8 აგვისტოს N01-177/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-245/ო, 2019 წლის 29 ივლისი. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის“ განხორციელების მიზნით გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ“. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-65/ო, 2019 წლის 12 თებერვალი. ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 8 აგვისტოს N01-177/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ.  
[http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=&sec\\_id=1291](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=1291)

35 ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის აუდიტის ანგარიში; შესაბამისობის აუდიტი პერიოდი: 2018, 2017  
<https://www.sao.ge>

ლების ვარგისიანობის ვადებს და ვერ ახდენენ შედეგის გამომვას და პროგრამის ეფექტიანობის შეფასებას.

2021 წლიდან მოხდა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ერთგვარი ინტეგრაცია და ამ ორი პროგრამის მართვა-კოორდინაციაზე პასუხისმგებელი გახდა სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. მნიშვნელოვანი ცვლილებები მედიკამენტების კომპონენტში არ მომხდარა, გარდა იმისა, რომ ბენეფიციართათვის გაადვილდა წამლების მიღების პროცედურა. წამლების ნუსხა და წლიური ლიმიტები კვლავინდებურად შეზღუდულია და რაც მთავარია, სჯდ პროგრამის სუსტი გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის გამო, მედიკამენტობური თერაპია კვლავინდებურად მოკლებულია ესოდენ აუცილებელ საეჭიმო მონიტორინგს.

### **სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა**

ჯერ კიდევ 2009 წლიდან ამოქმედებული სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მთავარი მიზანი იყო სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მისაწვდომობის (პირველ რიგში გეოგრაფიული) გაზრდა. ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, ეს პროგრამა სჯდ სერვისებით უნდა ფარავდეს ქვეყნის მოსახლეობის 40.1%-ს.

2019 წლამდე პროგრამა იმართებოდა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ, რომელიც ხელშეკრულებას ფიზიკურ პირთან - სოფლის ექიმთან/ექთანთან, აფორმებდა. 2009 წლიდან სოფლის ექიმები არიან ინდემნარმე/ფიზიკური პირები, რომლებიც უმეტესად განთავსებულნი არიან სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ამბულატორიებში, მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში არსებულ შენობებსა და ზოგჯერ საკუთარ სახლებშიც კი.

მუნიციპალურ დონეზე პოლიკლინიკები და ამბულატორიები ინტეგრირებულია სამედიცინო ცენტრებში/ჰოსპიტლებში. ამასთან, მსხვილ ქალაქებში სჯდ სერვისების პროვაიდერი ორგანიზაციების უმეტესობა პრივატიზებულია.

სოფლის ექიმების დაფინანსების არსებული მოდელის მიხედვით, სახელმწიფო ფიზიკური პირისგან/ინდემნარმისაგან - სოფლის ექიმისგან, შესყიდის სამედიცინო მომსახურებას. დღეისთვის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ქონების ნაწილი სახელმწიფო საკუთრებაშია (მათ მართავს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო), ნაწილი მუნიციპალიტეტებს გადაეცა საკუთრებაში, ნაწილი კი კერძო საკუთრებაა. ბოლო წლებში ჩატარებულმა რამდენიმე ადგილობრივმა მისიამ და საერთაშორისო კვლევამ არაერთი ნაკლოვანება დააფიქსირა პროგრამის დიზაინის, ადმინისტრირების, დაფინანსების და მონიტორინგის კუთხით<sup>36</sup>. კერძოდ:

- საეჭიმო პუნქტების უთანაბრო განაწილებითა და სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი თუ ფუნქციონალური დეფიციტით გამოწვეული პირველადი ჯანდაცვის სერვისებით დაფარვის შევიწროვებული არეალი;
- მედპერსონალის დაბალი პროდუქტიულობა და ეფექტიანობა;
- პროგრამის დაფინანსების არაადეკვატური მოდელი;
- შრომის ანაზღაურების სიმწირით მოტივირებული სოფლის ექიმების სხვა სამსახურის შეთავსების ტრადიციად ქცეული პრაქტიკა;
- ადგილობრივი პერსონალის (ექმნის) მოძიებასთან დაკავშირებული სირთულეები და ზოგადად მედდების დეფიციტი;
- პროფესიონალური განვითარებისათვის აუცილებელი სისტემის არარსებობა;
- პროგრამის ეფექტიანობის შეფასებისთვის აუცილებელი ინსტრუმენტების არარსებობა;
- ექიმის მომსახურების პუნქტების დიდ ნაწილში შრომის სათანადო პირობების შექმნასთან დაკავშირებული სირთულეები;
- იშვიათი გამონაკლისების გარდა, IT ტექნიკისა და გამართულად მოფუნქციონირე პროგრამების დეფიციტი და ინტერნეტის არარსებობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2018 წელს გამოქვეყნებულ ანგარიშში - „პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში“, გამოვლენილი პრობლემების გადასაჭრელად შეთავაზებულ იქნა ღონისძიებათა და რეგულაციათა ვრცელი პაკეტი.

36 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში, 2018, გვ. 52 [geo-qocphc-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/geo-qocphc-eng.pdf)

Welfare Foundation, საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი, „სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი“, 2020;44 გვ; [https:// \(osgf.ge\)](https://osgf.ge)

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი, 2015 წ. გვ. 66

საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მონიტორინგი <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020071613142144959.pdf>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჯანდაცვის სისტემა, კვლევა საქართველოში, 2017, გვ. 44 <https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/>

2019 წლის ნოემბრიდან სოფლის ექიმის პროგრამაში შევიდა ცვლილება და მისი ადმინისტრირების ფუნქცია სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს გადაეცა. ამავე ცენტრს დაევალა საექიმო პუნქტებისთვის ამბულატორიული მომსახურებისთვის აუცილებელი მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ექიმის ჩანთის, სამედიცინო დოკუმენტაციის ბეჭდვის მომსახურების, სამედიცინო ნარჩენების მართვის მომსახურების და/ან კონტეინერებისა და სოფლის ექიმის/ექთნის უნიფორმის შესყიდვა.

ადგილობრივი ორგანიზაციების რეკომენდაციებმა ხელისუფლების მიერ მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით წარმოებულმა გარკვეულმა ქმედებებმა სასურველი შედეგი ვერ გამოიღო, რადგან შეთავაზებული რეკომენდაციები დიდწილად არ იქნა გათვალისწინებული, ხოლო ხელისუფლების ჩარევები იყო კოსმეტიკური და, შესაბამისად, სისტემურობას მოკლებული. შედეგად, ქვეყნის მოსახლეობის 40% მოკლებულია ან მხოლოდ ნაწილობრივ იღებს მისთვის აუცილებელ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას.

## 1.4. ჯანდაცვის პროფესიული რესურსები და მათი განვითარება

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში პროფესიულ რესურსებთან დაკავშირებული სისტემური ანალიტიკური კვლევები ერთეულია, ხოლო სტატისტიკური ინფორმაცია გარკვეული უმნიშვნელოვანესი საკითხის ირგვლივ – არასრულფასოვანია.

დამოუკიდებლობის მოპოვების პირველ წლებში (1991–1995)<sup>37</sup> საქართველოში მკვეთრად შემცირდა ექიმების რაოდენობა (1 000 მოსახლეზე 3,2). თუმცა, მალევე ზრდის ტენდენცია დაფიქსირდა<sup>38</sup>. 2006 წლიდან ექიმთა რაოდენობა მკვეთრად მატულობს და დღევანდელი მდგომარეობით მნიშვნელოვნად აღარბებს ევროკავშირის ქვეყნების ანალოგიურ ინდიკატორებს (1000 მოსახლეზე შესადარებლად: საქართველო – 5,94 [2020]<sup>39</sup> ., საფრანგეთი – 3,3, ნიდერლანდები – 2,4, ესტონეთი – 3,47, სლოვაკეთი - 3,2 – [2019])<sup>40</sup>.

უკვე არაერთი წელია, რაც ექიმების სიჭარბის ფონზე, მათი ქვეყანაში გადანაწილება არათანაბარია: თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის, დაახლოებით, 30% ცხოვრობს, დაახლოებით 15000 ექიმი ემსახურება, ხოლო ქვეყნის დანარჩენ მოსახლეობას – დაახლოებით, 8 000. ექიმების სიჭარბისა და მოსახლეობის მხრიდან უპირატესად ამბულატორიული სერვისების დაბალი მოხმარების ფონზე, ექიმების პროდუქტიულობა დაბალია, როგორც პოსპიტალურ, ისე ამბულატორიულ სექტორებში<sup>41</sup>.

პოსპიტლის ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 42 პაციენტს მკურნალობს (2016), ანუ, ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით, 2,5–3-ჯერ ნაკლებს (2017). ამბულატორიულ სექტორში 1 ექიმი წელიწადში საშუალოდ 1,062 პაციენტს ემსახურება (1 დღეში საშუალოდ ოთხს). შესადარებლად, უნგრეთში 104-სა და გერმანიაში 116-ს<sup>42</sup>, ანუ დღეში თითქმის სამჯერ მეტს.

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა კვალიფიციური, საექიმო საქმის თანამედროვე კონცეფციის მქონე ექთნების უმწვავეს დეფიციტს განიცდის. დარგში დასაქმებული ექთნების 20%-ზე მეტმა 2015 წელს უკვე მიაღწია საპენსიო ასაკს<sup>43</sup>.

1990-იან წლებში არსებული ექთნების ისედაც მწირი რაოდენობა მომდევნო წლების განმავლობაში (1996–2007)<sup>44</sup> დრამატულად მცირდებოდა და მიუხედავად ზრდის ბოლოდროინდელი ტენდენციისა, მათი რაოდენობა დღესაც დაბალია (სულ 22 126. 5,94 ექთანი 1000 მოსახლეზე [2020]) და მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებს. შესადარებლად, ნიდერლანდებში, ჩეხეთში, ესტონეთსა და საფრანგეთში შესაბამისად 7,8; 8,56; 6,2 და 11,1 ათას მოსახლეზე (2019)<sup>45</sup>.

37 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 1996

38 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2010–2019

39 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2020 <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/ebe72ea5-5087-4dc3-aaf1-c94cda232ad2>

40 European Health Information Gateway :<https://gateway.euro.who.int/en/>

41 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეათე ტალღა, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019 [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

42 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) iLibrary <https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>

43 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეათე ტალღა, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019 [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

44 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2010–2019

45 European Health Information Gateway :<https://gateway.euro.who.int/en/>



საქართველოს მოსახლეობის მსგავსი რაოდენობის მქონე ქვეყნის ჯანდაცვას, ასაკობრივი განთესვისა და ბიოლოგიური დანაკარგების გათვალისწინებით, ყოველწლიურად ესაჭიროება, დაახლოებით, 1200 ექთნით შევსება. დისბალანსი აღინიშნება საექთნო ადამიანური რესურსის გეოგრაფიულ გადანაწილებაშიც. ექთნების ძირითადი მასა დედაქალაქშია თავმოყრილი, სადაც 1 ექთანზე 2 ექიმი მოდის. ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში (რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთი; მცხეთა-მთიანეთი) ექთან/ექიმის თანაფარდობა აღემატება საქართველოს საშუალო მაჩვენებელს (0,8 [2016]).<sup>46</sup> 2020 წლის მონაცემებით ეს პროპორცია 0,87-ია. შესადარებლად, ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელი 2,4-ია (2018).

საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის შემცირების მრავალ მიზეზთა შორის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი (გარკვეული გამოწვევების გარდა) ფინანსური მოტივაციის არარსებობაა, რაც პირველ რიგში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლს ეხება. სოფლიდან ქალაქში უწყვეტი და მზარდი მიგრაცია<sup>47</sup> და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არაერთი პრობლემა (სოფლის ექიმის პროგრამის ჩათვლით) რეგიონებში ექთნების დეფიციტს კიდევ უფრო აღრმავებს. საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის შემცირების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზი ამ პროფესიის არაპრესტიჟულობაა. სოციოლოგიურ კვლევის თანახმად, ექიმების, მენეჯერებისა და თვით ექთნების ნახევარზე მეტი საექთნო საქმეს არაპრესტიჟულად თვლის. ამასთან, ამავე ქვეყანის, როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო საზოგადოებას, აქვს საექთნო პროფესიის რაობისა და მისი ფუნქციების ცოდნის დეფიციტი.

2015–2017 წლებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, საექთნო პროფესიები მოთხოვნად პროფესიებს არ განეკუთვნება. საექთნო პერსონალის შემცირებაში მნიშვნელოვან როლს „საექთნო საქმის“ მიმნიჭებელი კვალიფიკაციის საბაკალავრო პროგრამებზე დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობაც თამაშობს.<sup>48</sup>

საექთნო საქმე რეგულირებად პროფესიას არ განეკუთვნება და არ არსებობს ექთანთა უწყვეტი განათლების სისტემა, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს, როგორც პროფესიის პრესტიჟულობაზე, ისე ექთანთა კვალიფიკაციაზე. საქართველოს მთავრობამ, მართალია, ძალიან გვიან, მაგრამ მაინც დაინახა პრობლემის მასშტაბურობა და მოსალოდნელი რისკები და მათ საპასუხოდ დაამტკიცა დადგენილება N334 (16 ივლისი, 2019)<sup>49</sup>.

**ცხრილი 1.3. პროფესიული რესურსები, საქართველო, 2020**

ექიმების საერთო რა-ბა (სტომატოლოგების ჩათვლით)	25 429
ექიმები 1000 მოსახლეზე	6,83
საექიმო საქმიანობაში ჩართული ექიმები*	20 379
საექიმო საქმიანობაში ჩართული ექიმები* 1000 მოსახლეზე	5,47
ექთნები	22126
ექთნები 1000 მოსახლეზე	5,94
მიმართვა ექიმთან	12 807 695
ექიმების ბინაზე ვიზიტები	152706
სოფლის ექიმი (ფიზიკური პირი) რაოდენობა	1264

**შენიშვნა:** არ მოიცავს: სტომატოლოგებს, ყბა-სახის ქირურგებს, ადმინისტრაციაში და კვლევებში მომუშავე ექიმებს, ასევე დაუსაქმებელ, პენსიონერ და საზღვარგარეთ მომუშავე ექიმებს.

**საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის მიზანია** „ჯანდაცვითი სერვისების ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა საექთნო სფეროში კვალიფიციური ადამიანური რესურსის გენერირების და პროფესიული რეგულირების მდგრადი სისტემის ჩამოყალიბების გზით“. ეს დოკუმენტი, რომელიც, როგორც ჩანს, კვალიფიციური პროფესიონალების მიერაა შემუშავებული, უფრო კარგი პროექტია, ვიდრე კონცეფცია, რადგან ამ სტრატეგიის შესაბამისი ჩარევები/აქტივობები არაა საკმარისი ექთნების დეფიციტისა და კვალიფიკაციის პრობლემების დროულად მოწესრიგებისთვის. უფრო მეტიც, არ ჩანს კავშირი იმ აუცილებელ სისტემურ ცვლილებებთან (თუ ასეთს ხედავს მთავრო-

46 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეათე ტალღა, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019 [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)  
 47 მიგრაციის საკითხთა სამთავრობო კომისია საქართველოს 2019 წლის მიგრაციის პროფილი, 2020  
 48 საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე: საქართველოს მთავრობის დადგენილება N334 (2019 წლის 16 ივლისი) საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4617071?publication=0>  
 49 საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე: საქართველოს მთავრობის დადგენილება N334 (2019 წლის 16 ივლისი) საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4617071?publication=0>

ბა), რომელიც, თუნდაც პროფესიული რესურსების კუთხით, რეალურად ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შექმნას.

N334 დადგენილების მიხედვით, სტრატეგია რეალიზაციის მეორე წელს ასრულებს და საინტერესოა, რამდენად მიღწეულ იქნა პროექტის მონიტორინგის და შეფასების კომპონენტით განსაზღვრული სამიზნე პარამეტრები. თუმცა, სამწუხაროდ, ინფორმაცია ამის შესახებ არ არსებობს.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრეზენტაციაა. დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების კოორდინაციასა და ხარისხზე პასუხისმგებელია განათლების და ჯანდაცვის სამინისტროები.

დიპლომირებული მედიკოსების 6-წლიანი სასწავლო პროგრამის რეალიზაციაში 15 დაწესებულება მონაწილეობს, ხოლო პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების სფეროში - სახელმწიფო/კერძო საგანმანათლებლო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები.

საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ კვლევის თანახმად, დიპლომირებული მედიკოსის 6-წლიანი პროგრამა 2016 წელს დაუმთავრებია 684 ქართველ სტუდენტს, რაც იმას ნიშნავს, რომ 100 000 მოსახლეზე ახალი კურსდამთავრებული ექიმების რაოდენობა 2-ჯერ აღემატება ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს.

დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების ხარისხის უზრუნველყოფა ინსტიტუციური და პროგრამული აკრედიტაციის გზით ხდება. რეზიდენტურის პროგრამებში მონაწილეობის მიზნით სამედიცინო დაწესებულებები ან/და სასწავლებელი გადის აკრედიტაციას. ამ პროცესს არეგულირებს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო. წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების საფუძველზე ხდება დაწესებულებების მზაობის შეფასება და განისაზღვრება კვოტა, რომლის ფარგლებშიც დაწესებულება შეძლებს ხარისხიანი განათლების მიწოდებას მაძიებლისთვის.

უწყვეტმა პროფესიულმა (სამედიცინო) განვითარების (უპგ) სისტემამ, თუ შეიძლება, არაერთი ხარვეზის მიუხედავად, დამოუკიდებელი საქართველოს რეალობაში მხოლოდ 4 წელი იარსება (2001–2004).

პროფესიული განვითარება, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემური კომპონენტია<sup>50</sup>, სრულფასოვანია მაშინ, როდესაც არსებობს მედიკოსის პროფესიული საქმიანობის ობიექტური მონიტორინგ/შეფასებისა და მისი პროფესიული განვითარების ადეკვატური ინსტრუმენტები და მექანიზმები.

დღევანდელი მდგომარეობით, შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში პრაქტიკულად არ არსებობს მედიკოსთა უწყვეტი განვითარების სისტემა<sup>51</sup>, რადგან:

- საკითხთან დაკავშირებულ საკანონმდებლო ბაზაში არაერთი შეუსაბამობაა;
- ექიმი, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, მხოლოდ საკუთარი სურვილით თუ ერთვება უწყვეტი პროფესიული განვითარების აქტივობებში, რასაც კანონი ექიმის საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად მიაჩნევს. თუმცა, ამ ვალდებულების შეუსრულებლობაზე კანონი არავითარ სანქციას არ აწესებს;
- ბუნდოვანია უწყვეტი პროფესიული განვითარების სტანდარტი - კონკრეტული მოთხოვნები უპგ-ს მიმწოდებელთა მიმართ არ არსებობს და ვინროა უწყვეტი სასწავლო პროგრამების ნუსხა;
- იგნორირებულია ექთნების უწყვეტი პროფესიული განვითარება.

ამჟამად ევროკავშირის 28 ქვეყანაში უსგ-ს სავალდებულო სისტემა მოქმედებს. საქართველოში კი ამ მხრივ ვითარება ასეთია - ექთნებისთვის განკუთვნილ საბაკალავრო პროგრამას საქართველოში 5 დაწესებულება ახორციელებს, ხოლო პრაქტიკოსი ექთნების პროგრამას – 20 პროფესიული კოლეჯი.

საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ კვლევის მიხედვით, საექიმო საქმის საბაკალავრო პროგრამა 2016 წელს დაამთავრა 23-მა ქართველმა სტუდენტმა. მათ რიცხვში არ შედის პროფესიული კოლეჯების კურსდამთავრებულთა რაოდენობა, მონაცემებთან წვდომის არქონის გამო.

სამთავრობო წყაროების თანახმად, 2019 წელს საბაკალავრო პროგრამა წარმატებით დაასრულა 99 სტუდენტმა. იმავე წყაროს საექსპერტო შეფასებით, პროფესიულ კოლეჯს ყოველწლიურად ამთავრებს 350-მდე მოსწავლე.

ჯანდაცვის სექტორში საკადრო სტრატეგიებზე უარის თქმამ, ხოლო შემდგომ პერიოდში ამ მიმართულებით პასიურობამ კიდევ უფრო გააღრმავა ჯერ კიდევ საბჭოთა პერიოდში წარმოქმნილი პრობლემა. ჯანდაცვის სისტემაში, დღევანდელი მდგომარეობით, მთლიანობაში ექიმთა პროფესიული, მუნიციპალიტეტში კი – გარკვეული სპეციალობების დეფიციტი. კვალიფიცირებული მედიკოსების სიმნი-

50 Accreditation Council for Continuing Medical Education <https://www.accme.org/>  
Continuing Medical Education in Europe: Evolution or Revolution? Published by MedEd Global Solutions, May 2010 [ [www.continuingmedicaleducation-europe.com](http://www.continuingmedicaleducation-europe.com) ]

51 გ.ბერია, ვ.სურგულაძე, თ.გიორგაძე ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია 2019;5(2)

რე და მედიკოსების უთანაბრო გეოგრაფიული გადანაწილება სერიოზულ ნეგატიურ გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. ქვეყანაში მოქმედი პროფესიული განვითარების მოდელი სუსტი და სადღეისო გამოწვევების არაადეკვატურია, მისი პირველი კომპონენტი – არაფორმალური უწყვეტი განათლება, სამართლებრივი კუთხით გაუმართავია. ასევე, დღემდე არ არსებობს ექთნების პროფესიული განვითარების სისტემა.

## 1.5. მოსახლეობის ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა გაერო-ს მდგრადი განვითარების (SDG) ინდიკატორების მიხედვით

მდგრადი განვითარების N3 მიზნის 14 ინდიკატორის ანალიზი, გარკვეული მიმართულებით პროგრესის მიუხედავად, ქვეყნის სოციალურ სფეროსა და კონკრეტულად ჯანდაცვაში არსებულ არაერთ ნეგატიურ ტენდენციაზე მეტყველებს (ცხრილი 1.4.).

ცხრილი 1.4. საქართველო- SDG N3 ინდიკატორები<sup>52</sup>

N	SDG №3-ის ინდიკატორები	არსებული მაჩვენებელი	გრძელვადიანი სამიზნე მნიშვნელობა
1	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (100 ათას ცოცხალშობილზე)	25,0	3,4
2	ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1000 ცოცხალშობილზე)	4,9	1,1
3	5 წლამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1000 ცოცხალშობილზე)	9,6	2,6
4	ტუბერკულოზის ინციდენტობა (100 ათას მოსახლეზე)	74,0	≤0
5	აივ ინფექციის პრევალენტობა (1000 არაინფიცირებულ მოსახლეზე)	0,22	≤0
6	გულ-სისხლძარღვთა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით, კიბოთი და დიაბეტით გამოწვეული 30-70 წლის მოზრდილთა სიკვდილიანობის, ასაკის მიხედვით სტანდარტიზირებული მაჩვენებელი (100 ათას მოსახლეზე)	24,9	9,3
7	საყოფაცხოვრებო და გარემოს ჰაერის დაბინძურებით გამოწვეული სიკვდილიანობის, ასაკის მიხედვით სტანდარტიზირებული კოეფიციენტი (100 ათას მოსახლეზე)	102,0	0
8	საგზაო შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილიანობა (100 ათას მოსახლეზე)	12,41	3,2
9	სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას (წლები)	73,28	83
10	მომარდთა ფერტილობა (დაბადებულები 1000 ქალზე)	45,19	2,5
11	მშობიარობები, მიღებული კვალიფიცირებული პერსონალის მიერ (%)	99,9	100
12	ჩვილთა რაოდენობა (%), რომელთაც ჩაუტარდათ ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებული 2 აცრა	94,0	100
13	საყოველთაო ჯანდაცვით მოცვის ინდექსი	66,0	100
14	სუბიექტური კეთილდღეობა	5,1	7,6

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის კუთხით მნიშვნელოვანი პროგრესი დაფიქსირდა. (ცხრილი 1.4. ინდიკატორები NN1–3, 11–12)

წლების განმავლობაში ტუბერკულოზის კონტროლში მიღწეული პროგრესის მიუხედავად, ამ გადამდები სნეულებით ავადობის მაჩვენებელი მაინც მაღალია (74,0). ამის გამო, ჯანმო-ს ევრაზიური რეგიონის რეესტრში საქართველოს 45-ე ადგილი უკავია (ცხრილი 1.4.). საქართველო დგას რეგიონის იმ 18 ქვეყანათა რიგში, რომელთაც ტუბერკულოზის წამლებისადმი მდგრად (MDR) ფორმებთან ბრძოლის ტვირთის 99%-ის ტარება უწევთ. ყოველივეს ეს, მთლიანობაში, საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის სექტორების არაადეკვატურობის უტყუარი დასტურია.

გულ-სისხლძარღვთა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით, კიბოთი და დიაბეტით გამოწვეული 30-70 წლის მოზრდილთა სიკვდილიანობის ინდიკატორი, რომელსაც ხშირად „სიკვდილი, რომელიც არ უნდა დამდგარიყოს“ უწოდებენ, სამწუხაროდ, საკმაოდ მაღალია - 24,9 (ცხრილი 1.4.). საყურადღებოა, რომ საქართველოს ეს პარამეტრი ჯანმო-ს ევრაზიურ რეგიონში მხოლოდ თურქმენეთზე, რუსეთსა და ტაჯიკეთზეა უკეთესი.

პრევენციული მედიცინისა და გარემოს დაცვის სერიოზულ პრობლემებზე მეტყველებს საყოფაცხოვ-

52 <https://dashboards.sdgindex.org/>



რეზო და გარემოს ჰაერის დაბინძურებით გამოწვეული სიკვდილიანობის კოეფიციენტის ძალიან მაღალი მაჩვენებელი (ცხრილი 1.4.).

დეკლარირებულ უნივერსალურ მოცვას ბოლომდე ვერ ადასტურებს ჯანდაცვითი სერვისებით მოცვის ინდიკატორის სიდიდე (66,0) (ცხრილი 1.4.). ამ ინდექსის მიხედვით, საქართველო მხოლოდ სერბეთს და ბოსნია-ჰერცეგოვინას უსწრებს ჯანმო-ს ევრაზიური რეგიონში.

მიუხედავად იმისა, რომ საგზაო შემთხვევით გამოწვეულ სიკვდილიანობაზე ჯანდაცვის სისტემის ქმედითუნარიანობა მხოლოდ ნაწილობრივად ახდენს გავლენას (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება და სხვა), მისი ასეთი დიდი მნიშვნელობა (ცხრილი 1.4.) და ჯანმო-ს ნუსხაში 45-ე ადგილი სერიოზულ გამოწვევად უნდა ჩაითვალოს.

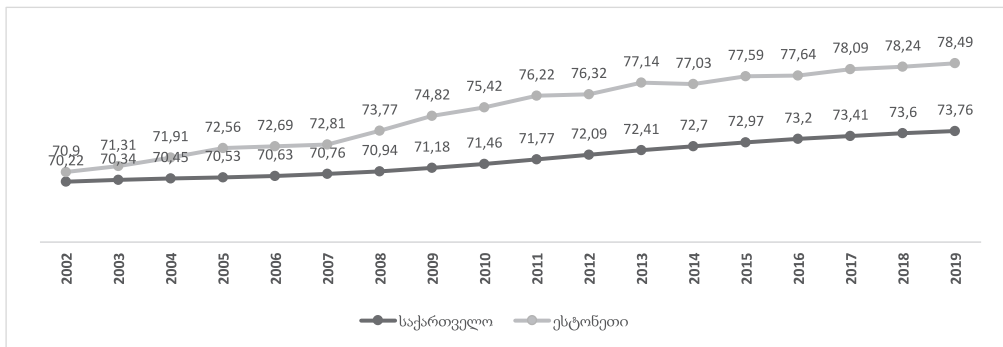
მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების არასაკმარის სექსუალურ კულტურასა და ინფორმაციულობაზე მიუთითებს მობარდთა ფერტილობის ინდიკატორი (ცხრილი 1.4.) და სიაში 47-ე ადგილი (მომდევნო ქვეყნებია მხოლოდ ტაჯიკეთი და აზერბაიჯანი).

სუბიექტური კეთილდღეობისა და დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ინდიკატორების მიხედვითაც საქართველო არ არის სასურველ მდგომარეობაში (ცხრილი 1.4.). სუბიექტური კეთილდღეობის ინდექსის მიხედვით, ქვეყანა ბოლოსწინა, 48-ე ადგილზეა, თურქეთის წინ.

დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ინდიკატორის სიდიდით საქართველო რეგიონში უსწრებს მხოლოდ 4 ქვეყანას (ცხრილი 1.4.).

საგულისხმოა, რომ 90-იანი წლების დასასრულს საქართველოსა და ესტონეთის ეს მაჩვენებლები მცირედ განსხვავდებოდა ერთმანეთისგან. თუმცა, 20 წლის შემდეგ, ესტონეთში, რომელიც სოციალური პოლიტიკის კუთხით რეგიონის ლიდერია, ამ წონადი ინდიკატორის ზრდა ძალიან მთამბეჭდავია (დიაგრამა 1.3).

**დიაგრამა 1.3.** დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებლები საქართველოსა და ესტონეთში



ვაშინგტონის უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის გამოძვებისა და შეფასების ინსტიტუტის (IHME) მონაცემები<sup>53</sup> საქართველოში სიკვდილიანობის 10 ნამყვანი მიზმის შესახებ და 2009-2019 წლების დინამიკა წარმოდგენილია ცხრილი 1.5.

**ცხრილი 1.5.** სიკვდილის 10 ნამყვანი მიზმები და მათი დინამიკა 2009–2019 წწ, საქართველო

რეიტინგი	პროცენტული ცვლილება, 2009-2019
გულის იშემიური დაავადება	-15,30%
ინსულტი	-17,60%
გულის ჰიპერტონული დაავადება	44,40%
ფილტვის კიბო	10,70%
ალკჰვიმერის დაავადება	16,50%
ცეროზი	-1,40%
დიაბეტი	22,80%
COPD	-9,70%
ფილტვის კიბო	-5,20%
კუჭის კიბო	-6,60%

53 Georgia | Institute for Health Metrics and Evaluation (healthdata.org)

## თავი 2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფინანსები

ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტიანი სისტემის არსებობისა და მისი მდგრადობისთვის უმნიშვნელოვანესია მოქმედი სქემების ფინანსურ-ეკონომიკური გამართულობა. ბოლო 30 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა რეფორმების კვალდაკვალ არაერთხელ შეიცვალა. 90-იანი წლების დასაწყისში სახელმწიფო დაფინანსება ფაქტობრივად არ არსებობდა. მხოლოდ 1995 წლიდან დაიწყო რეალური ძალისხმევა სამედიცინო/სოციალური დაზღვევის და, შესაბამისად, ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფის სისტემის შესაქმნელად. ახალი საუკუნის პირველი ათწლეულიდან ახალი მიმართულებით გადაიდგა ნაბიჯები - დანესებულებების მასობრივი პრივატიზების და კერძო დაზღვევაზე ორიენტირებული მოდელისკენ. ამავე პერიოდის ბოლოს კი დაიწყო სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სერვისებით მზარდი რაოდენობის მიზნობრივი ჯგუფების უზრუნველყოფა.

2013 წლიდან მოხდა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსის რადიკალური ცვლილების დეკლარირება - დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც მიზნად ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის არმქონე მთელი მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის პაკეტის დაფინანსებას ისახავდა. თუმცა, ბოლო წლებში თავი იჩინა საყოველთაო მოცვისთვის არასაკმარისი ფინანსური უზრუნველყოფის პრობლემამ, რაც ქვეყანის ჯანდაცვის სისტემასა და მის დაფინანსებაში ფუნდამენტური ცვლილებების საჭიროების წინაშე გვაყენებს.

### 2.1. დანახარჯები ჯანმრთელობის დაცვაზე

2011 წლის შემდეგ საქართველოში ჯანდაცვაზე მიმდინარე ხარჯები ყოველ წელს მშპ-ის 7-8.5%-ს შორის მერყეობდა. ეს მაჩვენებელი მცირედით ჩამორჩება ევროპის კავშირის საშუალო ინდიკატორს, თუმცა რეგიონის ქვეყნებს შორის ერთ-ერთი უმაღლესია (ცხრილი 2.1.).<sup>54</sup>

**ცხრილი. 2.1.** ჯანმრთელობის დაცვაზე დანახარჯების, როგორც მშპ-ის წილი, საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში

ქვეყნები	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
სომხეთი	9	9	10	10	10	10	10	10
აზერბაიჯანი	2	3	3	3	4	4	4	4
ბელარუსი	5	5	6	5	6	6	6	6
ჩეხეთი	7	7	8	8	7	7	7	8
ფინეთი	9	10	10	10	10	9	9	9
საქართველო	8	8	8	8	8	8	7	7
გერმანია	11	11	11	11	11	11	11	11
ნიდერლანდები	10	11	11	11	10	10	10	10
პოლონეთი	6	6	6	6	6	7	7	6
პორტუგალია	10	9	9	9	9	9	9	9
მოლდოვა	9	9	9	9	9	8	7	7
რუსეთის ფედერაცია	5	5	5	5	5	5	5	5
სლოვაკეთი	7	8	8	7	7	7	7	7
შვეიცარია	10	11	11	11	11	12	12	12
თურქეთი	5	4	4	4	4	4	4	4
უკრაინა	7	7	7	7	8	8	7	8

წყარო: WHO, Global Health Expenditure Database

თუმცა, აბსოლუტურ მაჩვენებლებში ერთ სულზე გაანგარიშებული ჯანდაცვის მთლიანი მიმდინარე ხარჯის საქართველოს მაჩვენებელი, ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით, დაბალია, ხოლო რეგიონის მასშტაბით - საშუალოსთან მიახლოებული (ცხრილი 2.2.).

54 WHO, Global Health Expenditure Database.

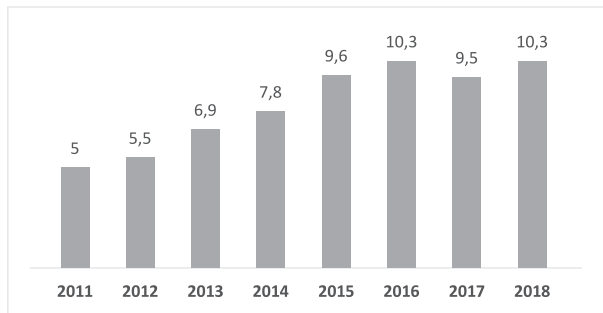
**ცხრილი 2.2.** ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯი ერთ სულზე, PPP, ქვეყნების მიხედვით

ქვეყნები	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
სომხეთი	658	699	826	855	883	877	997	1,037
აზერბაიჯანი	387	482	525	603	740	705	655	634
ბელარუსი	842	939	1,047	1,026	1,121	1,076	1,095	1,132
ჩეხეთი	2,011	2,043	2,380	2,472	2,442	2,522	2,753	3,041
ფინეთი	3,773	3,917	4,069	4,084	4,099	4,212	4,340	4,457
საქართველო	583	637	660	707	693	778	735	796
გერმანია	4,587	4,709	4,953	5,193	5,355	5,574	5,931	6,098
ნიდერლანდები	4,779	4,989	5,219	5,214	5,205	5,280	5,499	5,635
პოლონეთი	1,424	1,478	1,575	1,627	1,717	1,851	1,979	2,015
პორტუგალია	2,549	2,467	2,529	2,587	2,659	2,972	3,084	3,242
მოლდოვა	456	464	489	521	520	484	481	480
რუსეთის ფედერაცია	1,156	1,265	1,323	1,347	1,287	1,280	1,389	1,488
სლოვაკეთი	1,919	2,035	2,101	1,999	2,034	2,110	2,094	2,180
შვეიცარია	5,841	6,175	6,551	6,846	7,309	7,573	7,928	8,114
თურქეთი	921	923	981	1,042	1,061	1,136	1,176	1,171
უკრაინა	566	605	603	597	591	597	617	683

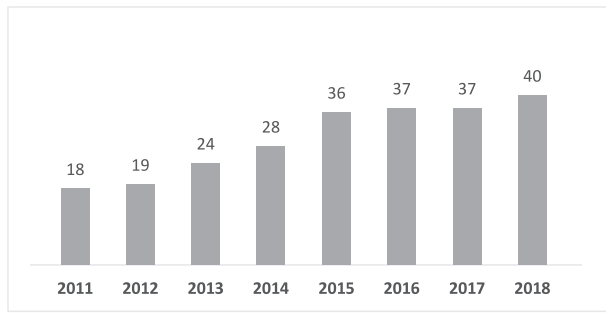
წყარო: WHO, Global Health Expenditure Database

სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანმრთელობის დაცვაზე ხარჯების წილი გრძელვადიან პერსპექტივაში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება (დიაგრამა 2.1.).

**დიაგრამა 2.1.** ჯანმრთელობის დაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯის წილი მთლიანი საბიუჯეტო ხარჯებიდან (%)



**დიაგრამა 2.2** ჯანმრთელობის დაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯების წილი ჯანდაცვის ეროვნულ მიმდინარე ხარჯში (%)



2011-დან 2016 წლამდე ჯანდაცვის ბიუჯეტი, როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტის წილი, გაორმაგდა (გაიზარდა 5-დან 10%-მდე) და შემდგომში დაახლოებით ათპროცენტთან ნიშნულზე დარჩა. ეს მნიშვნელოვანი ზრდა განაპირობა საერთო პოლიტიკური პრიორიტეტების სოციალური ხარჯების სასარგებლოდ ცვლილებამ. ამასთანავე, სახელმწიფოს ხარჯის, როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი მიმდინარე ხარჯის წილის დაბალი მაჩვენებელი (17.5% 2011 წელს) 2018 წელს უკვე 40 პროცენტამდე გაიზარდა (დიაგრამა 2.2.).

თუმცა, ეს მიღწეული სიდიდე ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამოუვარდება WHO ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს. აქვე აღსანიშნავია, რომ ამ მაჩვენებლის ზრდის ტემპი მნიშვნელოვნად შენედა 2015 წლის შემდეგ. ამრიგად, **ჯანდაცვაზე მიმართული საჯარო ფინანსების მოცულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საშუალოევროპულს, როგორც აბსოლუტური მაჩვენებლით, ასევე, წილობრივ გამოსახატულებაში მთლიანი ეროვნული დანახარჯიდან.**

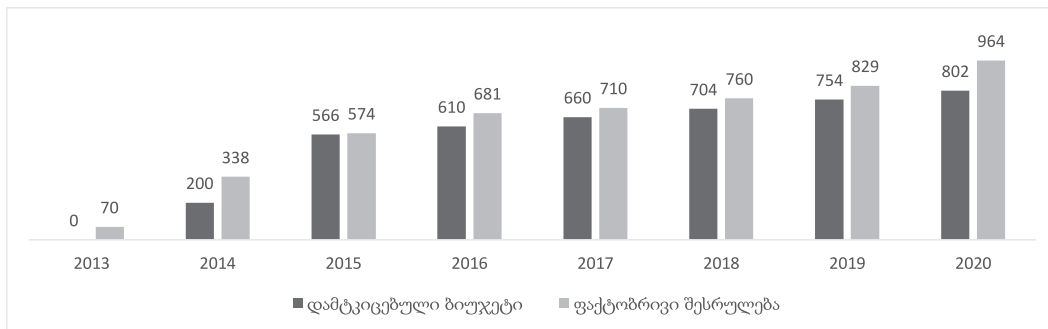
2013 წელს ჯანდაცვაზე მიმდინარე ხარჯის ნახტომისებური ზრდა სახელმწიფოს მხრიდან შესაბამისი მომსახურებებით მოსახლეობის მნიშვნელოვნად გაზრდილი ნაწილის მოცვის შედეგი იყო. ამ პერიოდიდან ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მუდმივად



დომინირებს. ამ პროგრამის წილმა 2016 წელს ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯების 3/4 შეადგინა. ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯების 67% მოდიოდა საავადმყოფოს მომსახურებაზე, ხოლო 25% - პირველად ჯანდაცვაზე.<sup>55</sup> ეს თანაფარდობები არსებითად არ შეცვლილა მომდევნო წლებშიც.

აღსანიშნავია, რომ 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის შესრულება დაგეგმილზე ბევრად დაბალი იყო (69%), რადგან პროგრამა ივლისიდან გაფართოვდა. უკვე 2014 წლისთვის ამ პროგრამის ხარჯები დაგეგმილზე ერთი მესამედით მაღალი იყო. 2015 წელს ბიუჯეტის გეგმა 39%-ით გაიზარდა, მაგრამ ხარჯებმა მაინც გადააჭარბა დაგეგმილს. 2016 წლისთვის დაგეგმილი ბიუჯეტი შენარჩუნდა იმავე დონეზე, როგორც 2015 წელს, რადგან რთული ფისკალური გარემო იყო.<sup>56</sup> აღნიშნული გადახარჯვები დიდწილად განპირობებული იყო ჯანდაცვაზე მოთხოვნის მოულოდნელი ზრდით იმათი მხრიდან, ვინც ადრე არ მონაწილეობდა პროგრამაში. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის გადახარჯვის ტენდენცია შენარჩუნდა მომდევნო წლებშიც. შედეგად, სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მუდმივად მზარდი და არაკონტროლირებადია. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის გადახარჯვამ 7 წლის განმავლობაში (2014-2020 წწ.) ჯამურად, დაახლოებით, 560 მლნ. ლარი, ანუ დამტკიცებულ ბიუჯეტთან შედარებით 13%-ით მეტი შეადგინა (დიაგრამა 2.3.).<sup>57</sup>

**დიაგრამა 2.3.** მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში ბიუჯეტით დაგეგმილი და ფაქტობრივი შესრულება დახარჯული თანხები



წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ხარჯების სახეობების მიხედვით, ჯანმრთელობის დანახარჯებში მაღალია ფარმაცევტულ პროდუქტებზე განეული ხარჯები. ჯანდაცვის მთლიანი ეროვნული დანახარჯიდან 2014-2020 წლებში საშუალოდ 36.9% წმინდა ფარმაცევტული ხარჯია, რომელსაც ძირითადად მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის (96%). დანარჩენი სამედიცინო სერვისების მიწოდებას ხმარდება, რომლის უმეტესი ნაწილიც ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ სერვისებზე იხარჯება. როგორც ზემოთ, დიაგრამა 2.2.-ში, იყო ნაჩვენები, ჯანდაცვის მომსახურებების ნაწილში სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსების წილი 2015 წლის მერე 37-42%-ის ფარგლებშია.<sup>58</sup>

## 2.2. დაფინანსების წყაროები და ნაკადები

ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტი დაფინანსებას შემდეგი სქემების მეშვეობით ახორციელებს: (i)საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, (ii)საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ოცნება მეტი სახელმწიფო („ვერტიკალური“) პროგრამა და (iii)პროგრამები პრიორიტეტული დაავადებებისა და მდგომარეობებისათვის, რომლებიც ცდილობენ, უზრუნველყონ მომსახურების ხელმისაწვდომობა მთელი მოსახლეობისთვის, მაგრამ აქვთ დაფარვის სხვადასხვა მაჩვენებელი.

ჯანდაცვაზე მიმართული სახელმწიფო ხარჯები, როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი მიმდინარე დანახარჯის წილი, 2000 წლიდან მზარდია, თუმცა ის ჯერ კიდევ დაბალია განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით და ამასთანავე, ჯიბიდან გადახდები კვლავ რჩება დაფინანსების უმნიშვნელოვანეს წყაროდ. მათ 2018 წელს ჯანდაცვაზე მთლიანი მიმდინარე ხარჯის 48% შეადგინეს. ჯიბიდან გადახდების წილი შესამჩნევად შემცირდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ, 2013 წლიდან. ბოლო წლებში ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების მცირე წილს შეადგენს (2018 წელს მხოლოდ 4%). ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება გაიზარდა 2012 წელს არსებული 5.6%-დან და 2015-2018 წლებში მთავრობის მთლიანი ხარჯების 10%-ს მიაღწია.<sup>59</sup>

55 მსოფლიო ბანკი, 2017

56 იქვე

57 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ადაპტირებულია „ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრის მე-14 ტალღის“ მიხედვით.

58 იქვე

59 WHO, Global Health Expenditure Database

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის წილი ჯანდაცვაზე მიმდინარე ხარჯებში იზრდებოდა შესაბამისი პოლიტიკის შედეგად 2012 წლამდე, მაგრამ უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვით მისი როლი სისტემაში მნიშვნელოვნად შემცირდა.<sup>60</sup>

## ■ ფინანსების მოზიდვა და განაწილება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების (ჯანმრთელობის მონიტორინგი, იმუნიზაცია და ა.შ.) ვერტიკალური დაფინანსება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) ქვეშ არის გაერთიანებული.

ჯანმრთელობის დაცვაზე ჯიბიდან გადახდების კონკრეტული მიმართულებები, ბუნებრივია, არ არის წინასწარ განსაზღვრული. თანხების აკუმულაცია ხდება სამედიცინო დაზღვევის კერძო კომპანიების მეშვეობითაც, რომლებიც უზრუნველყოფენ შედარებით სრულყოფილ კომერციულ დაფარვას რიგ სექტორებში/სანარმოებში დასაქმებულებისთვის. თუმცა, 2017 წელს ეს ხარჯები მთლიანობაში ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯების მხოლოდ 6%-ს და ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების 9%-ს შეადგენდა.<sup>61</sup>

საგულისხმოა, რომ ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვისთვის წინასწარ არ არის განსაზღვრული (სახელმწიფო) დაფინანსების წყაროები და მთლიანი ბიუჯეტი ყოველწლიურად თანხმდება ფინანსთა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის. საბოლოო გადაწყვეტილება კი ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტის შესახებ პარლამენტს ეკუთვნის.

ადგილობრივ ხელისუფლებას უფლება აქვს, გამოეყოს დამატებითი დაფინანსება ჯანდაცვის სერვისებისთვის, თუ ასეთი რესურსი გააჩნია. ისტორიულად ეს დაფინანსება მნიშვნელოვანია თბილისსა და აჭარაში, სადაც ადგილობრივი მთავრობა აფართოვებს დაფინანსების სახელმწიფო სექტორს და სულ უფრო მეტ ოჯახს მოიცავს. ადგილობრივ მთავრობებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ საგანგებო ფონდები, რათა აანაზღაურონ ფინანსურად შეჭირვებული მოქალაქეების ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და ვერტიკალურ პროგრამებში მომსახურების პრიორიტეტებს წყვეტს მთავრობა, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან კონსულტაციით და თითოეულ პროგრამას აქვს თავისი ბიუჯეტი. ეს ბიუჯეტი განისაზღვრება ყოველწლიურად. რესურსების გადანაწილება ქვესექტორებს შორის, როგორც წესი, არ ხდება საბიუჯეტო წლის განმავლობაში. თუკი მთავრობა ცვლის თავის პრიორიტეტებს, ეს აისახება მომდევნო წლის ბიუჯეტში.

2014 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის მოცულობა ემყარება პროვაიდერების წინა წლის მოთხოვნებს, რომლებიც ინფლაციის მიხედვით კორექტირდება. 2014 წლის სექტემბრიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შექმნილი სერვისებისთვის თანხა გამოეყოფოდა სოციალური მომსახურების სააგენტოს, რომელიც უშუალოდ მომსახურების მიმწოდებლებს უნაზღაურებდა განუვლი სერვისების თანხას. აღსანიშნავია, რომ 2020 წელს ეს ფუნქცია ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოს გადაეცა (ქვემოთ ტექსტში - სააგენტო).

## ■ შესყიდვა და შესყიდვალ-პროვაიდერის ურთიერთობა

მყიდველებსა და პროვაიდერებს შორის ორგანიზაციული ურთიერთობა არსებული ინტეგრირებული მოდელიდან სახელმწიფოებრივ მოდელით შეიცვალა. ხოლო მათთვის, ვისაც აქვს ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა, ჯანმრთელობის დაზღვევის კერძო კომპანიები ყიდულობენ მომსახურებას. გადახდის ყველაზე გავრცელებული მექანიზმია „საფასური მომსახურებისთვის“. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ან ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის მიღმა ნებისმიერი სერვისის შექმნა ხდება მოსახლეობის მიერ მომსახურების მიმწოდებლისგან მათი საკუთარი არჩევანით ღია ბაზარზე, უმეტეს შემთხვევაში ჯიბიდან გადახდის საშუალებით. ჯანდაცვის მომსახურებების შექმნას მომსახურების მიმწოდებლებისგან ახდენს სააგენტო. ამ პროცესში არ აქვს მნიშვნელობა არც იურიდიულ სტატუსს და არც საკუთრების ფორმას, კერძო და საჯარო დაწესებულებები თანაბარ პირობებში განიხილება. სააგენტო მომსახურების ფასების ჩამონათვალს საავადმყოფოებისთვის (ნოზოლოგიების ჯგუფების მიხედვით) და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ერთ სულ მოსახლეზე განაკვეთებს აწვდის პროვაიდერებს. ეს ასანაზღაურებელი ფასები, როგორც წესი, მიბმულია კერძო სადაზღვევო კომპანიების ფასებთან. ნებისმიერ პროვაიდერს შეუძლია, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში განუვლი მომსახურების ასანაზღაურებლად მოითხოვოს სააგენტოს მიერ დაფიქსირებული ფასი. გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის პაციენტები ირჩევენ ნებისმიერ დაწესებულებას, რომელიც უზრუნველყოფს დადგენილი მანიპულა-

60 Health Systems in Transition, Georgia, 2017.

61 WHO, 2020

ციის შესრულებას და რომელიც ეთანხმება სააგენტოს ანამბლაურების პროცედურებს (პრაქტიკაში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობის მიზნით, ამას თითქმის ყველა დაწესებულება აკეთებს). პაციენტები კონკრეტულ ჯანდაცვის დაწესებულებაში მომსახურების მისაღებად ყველა საჭირო დოკუმენტაციას და თანხმობას იღებენ სააგენტოში.

სამინისტრო განსაზღვრავს აუცილებელი სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვალს და სააგენტოს მიერ მომსახურების მიმწოდებლებისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ანამბლაურების ფასებს. სააგენტო უნდა გახდეს ჯანდაცვის სერვისების შემსყიდველი, მთელ სისტემაში შერჩევითი ხელშეკრულებების გამოყენებით. თუმცა, ჯერჯერობით უფრო საბიუჯეტო სახსრების ადმინისტრატორია. სოციალური მომსახურების სააგენტომ 2017 წლიდან წამოიწყო შერჩევითი კონტრაქტირება ზოგიერთ კლინიკურ სფეროში, წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმებისა და სახელშეკრულებო შეთანხმებების საფუძველზე. ეს ურთიერთობა ასევე ითვალისწინებს ჯანდაცვის დაწესებულებების მხრიდან, რომლებიც უზრუნველყოფენ ამ მომსახურებას, ხარისხის ინდიკატორების სავალდებულო ანგარიშგებას. აღნიშნული სელექტიური კონტრაქტირება შემდეგი კრიტერიუმების შესაბამისად წარმოებს: სერვისების მოცვა, სერვისების ხარისხი, სერვისების მოცულობა, ფინანსური გამჭვირვალობა და საჯარიმო სანქციებზე „დამყოლობა“. სხვა მხრივ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ხარჯებისა და ხარისხის კონტროლის რაიმე გზა დღესდღეობით განსაზღვრული არ არის.

## ■ ჯიბიდან გადახდები

სახელმწიფოს მხრიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, ჯანმრთელობაზე ხარჯების გაზრდის შედეგად შესაძლებელი გახდა სისტემაში ჯიბიდან ხარჯების შემცირება (2010 წელს 73%-დან 2018 წელს 48%-მდე). თუმცა, ბოლო წლების დაღმავალი ტენდენციის მიუხედავად, **ჯიბიდან გადახდები ქვეყანაში კვლავ ჯანდაცვის დაფინანსების დომინანტურ წყაროდ რჩება.**

მთლიანობაში, 2008 წლიდან 2012 წლამდე აქცენტი კეთდებოდა არსებული საჯარო რესურსის მოსახლეობის უდარიბეს სეგმენტზე ორიენტირებაზე. 2013 წლიდან კი აქცენტი გადატანილია საყოველთაო ჯანდაცვის უზრუნველყოფაზე, როცა სახელმწიფო ცდილობს, რომ შეღავათების პაკეტი შეუსაბამოს გამოყოფილ საბიუჯეტო რესურსებს.

საქართველოს საკმაოდ მაღალი სიღარიბის კოეფიციენტი და ჯანდაცვაზე კატასტროფულად მაღალი დანახარჯები აქვს, ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით. **კატასტროფული დანახარჯები ძირითადად განპირობებულია, როგორც ამბულატორიულ სამკურნალო საშუალებებზე, ასევე სტაციონარულ და ამბულატორიულ მკურნალობაზე ჯიბიდან გადახდებით.**<sup>62</sup>

2020 წლის ბოლოს სახელმწიფოს მხრიდან მოხდა პროვაიდერებისთვის ასანამბლაურებელი ტარიფების ლიმიტების დაწესება. გამოწვეული დანაკარგი სამედიცინო დაწესებულებების ნაწილმა, სავარაუდოდ, ჭარბი ან არასაჭირო მომსახურების განწევით დააბალანსა, რაც ჯიბიდან გადახდების მოცულობის მრდას იწვევს და მძიმე ტვირთად აწვება პაციენტებს.

მოსახლეობის კატასტროფული დანახარჯები ჯანდაცვაზე იზრდებოდა და 2017 წლისთვის 34% შეადგინა. სავარაუდოდ, ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო გაიზრდება.<sup>63</sup>

## ■ თანაგადახდა (მომხმარებლის ხარჯები)

ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტო განსაზღვრავს პაციენტების მხრიდან მომსახურების ღირებულების თანაგადახდის დონეს და მის მიერ მისაღები სარგებლის წლიურ ზედა ზღვარს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში განეული სხვადასხვა მომსახურების თანადაფინანსების დონის და ოდენობის შესახებ ინფორმაცია ფართოდ ხელმისაწვდომია, **მაგრამ პროგრამით გათვალისწინებული სარგებელი არ არის საკმარისად მკაფიოდ განსაზღვრული და კარგად გასაგები მოსახლეობისთვის,** რაც ქმნის შესაძლებლობას, პაციენტებს გადაახდევინონ იმ მომსახურებისთვის, რომელიც დაფარულია საყოველთაო პაკეტით ან შესაძლოა, მოხდეს ამავე მიზნით პროცედურის „გადაკლასიფიცირება“ (სმიტი, 2013). ძირითადი სამიზნე ჯგუფის ბენეფიციარებისთვის ოფიციალურად არ არის განსაზღვრული სერვისებზე წვდომისათვის საჭირო თანადაფინანსება. სამწუხაროდ, **საჯარო რესურსების შემზღუდულობის მიზეზის მიღმა სისტემაში არ არსებობს თანადაფინანსების დაწესების მკაფიო მიზნები ან პრინციპები.**

მისაღები სარგებლის ზედა ლიმიტის არსებობა და პაციენტისთვის სააგენტოს ანამბლაურებასა და საავადმყოფოს საფასურს შორის სხვაობის გადახდის დავალდებულება ზღუდავს სისტემის შესაძლებლობას, უზრუნველყოს დაფარვის ადეკვატური სიღრმე - **არ არსებობს შემზღუდა თანაგადახდის დონეზე, რათა წინასწარ იყოს განსაზღვრული პაციენტის მიერ გადასახდელი თანხა.**

62 [WHO-EURO-2021-2532-42288-58479-geo.pdf](#)

63 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მგ-14 ტალდა.



## პირდაპირი გადახდა

პირდაპირი გადახადების ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი ფარმაცევტულ საშუალებებზე მოდის, განსაკუთრებით ამბულატორიული მკურნალობის ეტაპზე, ვინაიდან ასეთი ხარჯები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შეზღუდული ოდენობით იფარება. ფარმაცევტულ საშუალებებზე, როგორც წესი, პაციენტს სრული ფასის გადახდა უწევს. 2015 წელს ჯიბიდან დანახარჯების დაახლოებით 64% მოდიოდა ამბულატორიულ მედიკამენტებზე, რაც ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯის დაახლოებით 40%-ს შეადგენს.<sup>64</sup> ეს პროპორციები ძალიან უმნიშვნელოდ შეიცვალა 2016-2018 წლებში.<sup>65</sup> სტაციონარში ფარმაცევტულ საშუალებებზე ხარჯი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით იფარება, თუმცა, ეს რეალურად ამახინჯებს სისტემაში არსებულ სტიმულებს, უბიძგებს რა პაციენტებს, გამოიყენონ გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება და არა პირველადი ჯანდაცვის სერვისები.

ჯანდაცვის დაწესებულები ადგენენ ტარიფებს იმ სერვისებისთვის, რომლებიც არ არის დაფარული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ან ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით. მომსახურების ფასების ამ ჩამონათვალს ეწოდება “შიდა სტანდარტები”. ასეთი მომსახურების ფასები განსხვავდება პროვაიდერების მიხედვით.

## არაფორმალური გადახდები

მას შემდეგ, რაც 2008 წელს შემოღებულ იქნა პროგრამა „სამედიცინო დახმარება ღარიბთათვის“ და შემდგომ, 2013 წელს - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, არაფორმალური გადახდების სივრცე ძალიან შეიზღუდა და დღესდღეობით ამ მიმართულებით მხოლოდ უმნიშვნელო თანხები იხარჯება.

## ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა

სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის ბაზარზე დაზღვეულებს არ მოეთხოვებათ სავალდებულოდ მხოლოდ სისტემაში ჩართულ პროვაიდერებთან მკურნალობა. არსებობს თავისუფალი არჩევანი, თუმცა, ფინანსური თვალსაზრისით, ოჯახის ექიმის გავლით პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების მიღება შეუძლიათ შედარებით მარტივად, რადგან დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან. ასევე, დაზღვეულს არ უწევს სამედიცინო დოკუმენტაციის შეგროვება, წარდგენა სადაზღვევო კომპანიაში და ლოდინი ანაზღაურების მისაღებად.

საქართველოს ბაზარზე სადაზღვევო შემთხვევის დროს სამედიცინო მომსახურების შემდეგი სახეები გამოიყოფა: სამედიცინო მომსახურება პირადი ექიმის მეშვეობით, გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაცია ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გეგმური ჰოსპიტალიზაცია, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, მედიკამენტური მკურნალობა, მშობიარობა და გეგმური სტომატოლოგიური (თერაპიული და ქირურგიული) მომსახურება.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის წილი მცირეა ჯანდაცვის სისტემაში (სეგენი & ტომსონი, 2016). 2017 წელს მისი წილი შეადგენდა ჯანდაცვაზე მიმდინარე დანახარჯების 6%-ს და ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების 9%-ს.<sup>66</sup> კერძო სამედიცინო დაზღვევას ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები და იგი ფარავს მოსახლეობის 9%-ს (438 302 ადამიანი 2020 წელს), უმეტესობა ნებაყოფლობითია და ვრცელდება თანამშრომლებსა და მათ ოჯახებზე. კერძო დაზღვევა სავალდებულოა ადამიანთა ზოგიერთი ჯგუფისათვის (მაგ. სამხედრო მოსამსახურეები). ზოგიერთი კერძო სადაზღვევო პოლისი ფარავს სერვისებს, რომლებიც არ შედის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, როგორცაა სტომატოლოგიური მომსახურება და ზოგიერთი ამბულატორიული მედიკამენტი. ნიშანდობლივია, რომ 2017 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოცვიდან ყველაზე მაღალშემოსავლიანი კატეგორიის პირების გამორიცხვამ არ გაზარდა მოთხოვნა კერძო დაზღვევაზე.<sup>67</sup>

## დაფინანსების სხვა წყაროები

გარე წყაროებს (უცხოური წყაროებიდან დაფინანსებულ ჯანდაცვით ინიციატივებს) გარკვეული წილი აქვთ ჯანდაცვის დაფინანსებაში. ასეთი დაფინანსების დონე ბოლო ათწლეულში ცვალებადია, რაც დამოკიდებულია რეფორმებთან დაკავშირებულ სხვადასხვა პროექტებზე. მთლიანობაში, გარე წყაროებიდან დაფინანსების წილი მუდმივად მცირდებოდა და 2016 წლის შემდეგ ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯის 1-2%-ს შორის მერყეობდა.

64 Habicht & Thomson, 2016

65 რამდენად შეუძლიათ საქართველოში ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? WHO, 2021

66 WHO, 2020

67 რამდენად შეუძლიათ საქართველოში ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? WHO, 2021

## 2.3. ანაზღაურების მექანიზმები

### ჯანდაცვის მომსახურების ანაზღაურება

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული სამედიცინო სერვისებისთვის გადახდა ხდება რეტროსპექტულად. ამ პროგრამით ფული მიჰყვება პაციენტს, რომელსაც შეუძლია, თავისუფლად აირჩიოს მომსახურების მიმწოდებელი - ეს ნიშნავს, რომ სააგენტო არ აგზავნის ბენეფიციარს წინასწარ განსაზღვრულ პროვაიდერთან და არ ანარმობს მოლაპარაკებებს მომსახურების შინაარსზე ან მოცულობაზე, არამედ განეული მომსახურებისთვის უნაზღაურებს პროვაიდერებს დანესებული ტარიფების შესაბამისად. როგორც ზემოთ აღინიშნა, სააგენტო თანდათან ცვლის მიდგომას - ზოგ შემთხვევაში იგი თავად ახდენს სხვადასხვა პროცედურისთვის საუკეთესო ფასის შემომთავაზებელი ორგანიზაციების მოძიებას და აფორმებს შესაბამის ხელშეკრულებებს, თუმცა, ძირითადად, ჯერ კიდევ ჯანდაცვის მომსახურების პასიურ შემსყიდველად რჩება.

კერძო სადაზღვევო კომპანიები თავიანთ ბენეფიციარებს, როგორც წესი, ნაკლებ არჩევანს სთავაზობენ, რადგან ისინი კონტრაქტებს აფორმებენ მათთვის სასურველ პროვაიდერებთან. გადახდა ძირითადად აქვს რეტროსპექტულად ხდება. პაციენტებს შეუძლიათ სამკურნალოდ წასვლა სამედიცინო დანესებულებებში, რომელიც არ არის დაფარული მათი დაზღვევით ან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიერ, მაგრამ, თუ პროცედურა უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე სადაზღვევო კომპანიას აქვს გათვალისწინებული, პაციენტმა თავად უნდა გადაიხადოს ფასებს შორის სხვაობა.

ჰოსპიტალური მომსახურება შემთხვევების მიხედვით ანაზღაურდება და გადახდის წესი იცვლება პროვაიდერის მახასიათებლებისა და მომსახურების ტიპის შესაბამისად.

სასწრაფო დახმარება შეიძლება იყოს გადაუდებელი ან არაგადაუდებელი და ტარიფები განსხვავებულად არის დადგენილი. კრიტიკულ და ინტენსიურ თერაპიას ცალკე ტარიფები აქვთ.<sup>68</sup>

პაციენტმა, რომელიც გვემავს ქირურგიულ ოპერაციას, წინასწარ უნდა მიმართოს სააგენტოს ავტორიზაციისთვის, რათა შესაბამისი ხარჯები ნაწილობრივ მაინც იქნას დაფარული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. ეს განაცხადი უნდა შეიცავდეს საავადმყოფოს დოკუმენტაციას, პირველად დიაგნოზს და მოსალოდნელ ხარჯს. შემდეგ სააგენტო განიხილავს განაცხადს და გასცემს ვაუჩერს, რომელიც ანაზღაურების გარანტიას წარმოადგენს. როცა პაციენტს ქირურგიული ოპერაცია ჩაუტარდება, პროვაიდერმა 24 საათის განმავლობაში ელექტრონულად უნდა შეატყობინოს სააგენტოს. მას შემდეგ, რაც ქეისი დაიხურება, პროვაიდერი სააგენტოს შემდგომი პროცესინგისთვის წარუდგენს ქეისის დეტალურ ანგარიშს. სააგენტო პრაქტიკულად ყველა მოთხოვნას ანაზღაურებს.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვა სახელმწიფოს მიერ ხდება ყოველწლიურად, ერთ სულ მოსახლეზე ფიქსირებული განაკვეთის მიხედვით. ამ ტიპის მომსახურებების განხორციელებისთვის ინდივიდუალური პროვაიდერები კონტრაქტებს აფორმებენ სააგენტოსთან და კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან. თუმცა, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში არის განსხვავება ქალაქისა და სოფლის პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსებაში. კერძოდ, ქალაქებისგან განსხვავებით, სოფლებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებები წლების განმავლობაში **სოფლის ექიმის პროგრამით** იფარებოდა, რომლის პერსონალიც დღესდღეობით საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის სისტემაში ირიცხება.

სააგენტო ვაპიტაციის საფუძველზე აფორმებს ხელშეკრულებებს პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებთან და არა ცალკეულ ექიმებთან. პირველადი ჯანდაცვის ვაპიტაციური ანაზღაურება არ ითვალისწინებს რეგიონის, ასაკის ან პაციენტების სხვა მახასიათებლებს. ყოფილი სოფლის ექიმის პროგრამის ექიმები ანაზღაურებას ფიქსირებული ხელფასის სახით იღებენ. მათ მსგავსად, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების შემთხვევაშიც არ არის ანაზღაურება დაკავშირებული შესრულებული მომსახურების მოცულობასთან.

იქ, სადაც პაციენტი ჯიბიდან იხდის მკურნალობის სრულ საფასურს, გადახდის მექანიზმი საკმაოდ მარტივია. დაგეგმილი ჰოსპიტალიზაციის და პაციენტის ამბულატორიული სერვისებისთვის იგი წინასწარ იხდის თანხას მომსახურების ფასების ნუსხის მიხედვით, რომელსაც თითოეული პროვაიდერი ინდივიდუალურად ადგენს. გადაუდებელი დახმარების შემთხვევაში საავადმყოფოები ჯერ მკურნალობენ პაციენტებს და შემდეგ ითხოვენ ანაზღაურებას. საავადმყოფოები თავად არიან პასუხისმგებელი ნებისმიერ თავიანთ საბიუჯეტო დეფიციტსა და დაგროვილ დავალიანებაზე.

საგულისხმოა, რომ **ჯანდაცვის სექტორის მომგებიანობის მაჩვენებლები 2015 წლიდან უარესდება**. ამასთან, სახელმწიფოს დავალიანება კომპანიების მიმართ აუარესებს სექტორის ლიკვიდობას<sup>69</sup>, რის

68 მსოფლიო ბანკი, 2017

69 სამედიცინო დანესებულებების მომგებიანობის მაჩვენებლების გაუარესება ზრდის რისკებს მათი უწყვეტი საოპერაციო საქმიანობის და მათი გადახდისუნარიანობის მიმართულებით.

დასაბალანსებლად სამედიცინო დანებს უზღვევს:

1. მრდიან სასესხო ვალდებულებებს - სექტორის სესხი/EBITDA კოეფიციენტი 3-ჯერ გაიზარდა 2015-19 წლებში;
2. აგვიანებენ სავაჭრო და სახელფასო ვალდებულებების გასტუმრებას - 2019 წელს სავაჭრო ვალდებულებების ბრუნვა საშუალოდ 8 თვეს, სახელფასო ვალდებულებების ბრუნვა კი 1.5 თვეს აღწევდა.<sup>70</sup>

## ■ ჯანდაცვის მუშაკების ანაზღაურება

ჯანდაცვის პერსონალის ხელფასები არ არის განსაზღვრული მთავრობის ან სამინისტროს მიერ. ამასთანავე მათი დამსაქმებლები - ჯანდაცვის დანებს უზღვევს მენეჯერები, იღებენ გადაწყვეტილებას. შრომის ანაზღაურება თანხმდება ინდივიდუალურად, ჯანდაცვის პერსონალსა და დანებს უზღვევს მენეჯერებს შორის და შეიძლება ეფუძნებოდეს სამუშაო დატვირთვას ან წარმოადგენდეს ფიქსირებულ ხელფასს, ან ორივეს გარკვეულ ელემენტებს შეიცავდეს. სააგენტო განსაზღვრავს სამედიცინო დანებს უზღვევს თავის გადახდილი მომსახურების ღირებულებას. სამედიცინო დანებს უზღვევს პერსონალის ანაზღაურების განაკვეთებს ყველგან მენეჯმენტი განსაზღვრავს, ხოლო, რაც შეეხება პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის განაკვეთებს, მენეჯმენტი ამ გადაწყვეტილების მიმღებია მხოლოდ ქალაქებში. სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ექიმები მუშაობენ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის დაქვემდებარებაში და მათი ხელფასი სააგენტოს მიერ ფიქსირებული განაკვეთით არის დადგენილი.

70 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მე-14 ტალღა.



## თავი 3. ჯანმრთელობის დაზღვევა

### 3.1. ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზრის განვითარება

#### 1995–2006 წლები: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები და მათი როლი ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებაში

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი, 1990 წლის მონაცემებთან შედარებით, შემცირდა 78%-ით და ჯანდაცვის ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში შეადგენდა ერთ აშშ დოლარზე ნაკლებს. 1995 წელს მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. 1995 წელს შეიქმნა „სავალდებულო სოციალური დაზღვევის ფონდი“ (1996 წელს კი მუნიციპალური ფონდები), სადაც დასაქმებული ვალდებული იყო, ხელფასის 1%, ხოლო დამსაქმებელი - ხელფასის 3 % შეეტანა აღნიშნულ ფონდში.

მიღებული თანხებით ფინანსდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელთაგან უნდა აღინიშნოს:

- სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა;
- ერთ წლამდე ბავშვთა მკურნალობა;
- ორსულთა ზედამხედველობა;
- ომის მონაწილეთა და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის ურგენტული დახმარება.

ეს სახსრები ასევე ხმარდებოდა კატასტროფებისა და ეპიდემიოლოგიის რეზერვების შექმნას და სამედიცინო მეცნიერების განვითარებას. აღნიშნული სახელმწიფო პროგრამები ითვალისწინებდა საქართველოს ყველა მოქალაქისთვის თანაბარი, მაგრამ კონკრეტული, შეზღუდული ასორტიმენტის მქონე სამედიცინო მომსახურების (თანა)დაფინანსებას. თუმცა, არაეფექტური აღმოჩნდა, მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის ამბიციისა და, იმავდროულად, დეფიციტური ბიუჯეტის გამო, რომელიც დაავადებათა რეალური შემთხვევების წლიური რაოდენობის, დაახლოებით, 20%-ს ჰყოფნიდა. პროგრამების არასრულყოფილება იმაშიც გამოიხატებოდა, რომ მოსახლეობის უდიდეს ნაწილს წარმოადგენდა კი არ ჰქონდა ამ პროგრამებზე.

„სავალდებულო სოციალური დაზღვევის ფონდი“ 1996 წელს სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიად გადაკეთდა, ხოლო მთავრობამ საბაზისო პაკეტი დაადგინა, რომელიც მოსახლეობის საბაზისო სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს ფარავდა. სამედიცინო ხარჯების უზრუნველყოფას უშუალოდ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია, მუნიციპალიტეტების ჯანდაცვის ფონდები და ცენტრალური ხელისუფლება ახორციელებდა. მოგვიანებით, 2002 წელს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანები სოციალური გადასახადის შემოღებით შეიცვალა, რომელიც პირდაპირ გადასახადს წარმოადგენდა.

2004-2006 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში დონორი ორგანიზაციების დახმარებით ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაზე დაიწყო მუშაობა, მაგრამ მისი განხორციელება შეფერხდა, გადანაცვლების მიზეზით მხრიდან ერთიანი და ჩამოყალიბებული კონცეფციის უქონლობის გამო. თუმცა, ამ პერიოდში შეინიშნებოდა გარკვეული პოზიტიური ძვრები - უკვე 2003 წლიდან მოქმედებდა პირველადი ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა მოქალაქისთვის, მიუხედავად მისი ასაკის, სქესისა და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, სოციალური მდგომარეობისა.

მნიშვნელოვანი ცვლილებების პერიოდი დაიწყო 2006 წლის შემოდგომიდან. ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა ჯანდაცვისა და სოციალური რეფორმების სამთავრობო კომისია პრემიერ-მინისტრის ხელმძღვანელობით. რეფორმებისთვის გეგმების შემუშავებისა და განხორციელების უშუალო ხელმძღვანელობა დაევალა სახელმწიფო მინისტრს რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში. ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები. რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი ითვალისწინებდა 4 სტრატეგიულ მიმართულებას:

I - აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და მოსახლეობის დაცვა სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან;

II - სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა – შესაფერისი მარეგულირებელი გარემოს შექმნა და ამოქმედება;

III - მოსახლეობისათვის ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა – სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განვითარება და კომპეტენტური კადრების მომზადება;

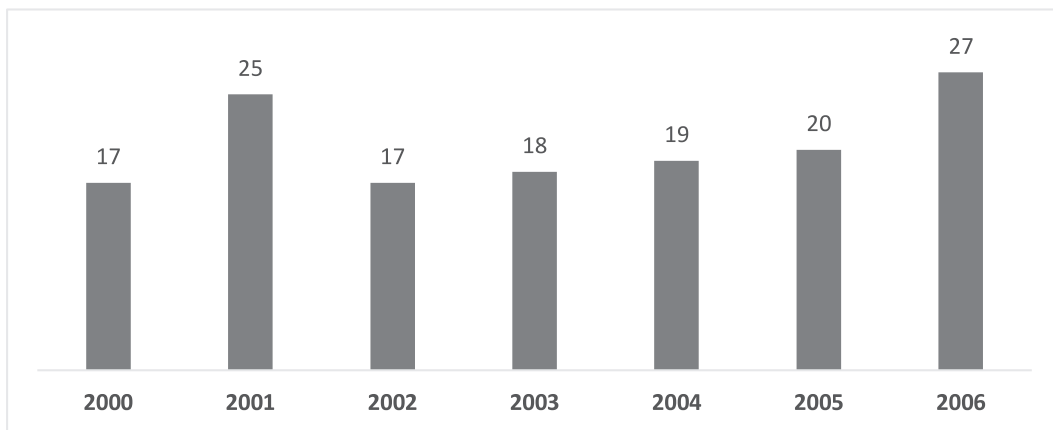
IV - ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის ამაღლება – სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში მყოფი ორგანიზაციების შესაძლებლობათა განვითარება და კარგი მმართველობის პრინციპების დანერგვა.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკაში ცვლილებების შესაძლებლობების განხილვის შედეგად, მთავრობაში მომნიჭდა ორი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება:

- ჯანდაცვის პროგრამების მიზნობრიობის ზრდა სოციალური დახმარების პროგრამების მიზნობრიობის ზრდის პარალელურად;
- არსებული უნივერსალური პროგრამების ეტაპობრივი ჩანაცვლება მიზნობრივ ჯგუფებზე ორიენტირებული პროგრამებით.

ამ პერიოდში სამედიცინო დაზღვევა წელი ტემპით, თუმცა მაინც ვითარდებოდა. მისი წილი დაზღვევის მთლიან ბაზარზე 2006 წლის ბოლოსათვის 27%-ს შეადგენდა, რაც თანხობრივად 18,7 მილიონი ლარი იყო (დიაგრამა 3.1.).

**დიაგრამა 3.1.** სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის წილი წლების მიხედვით (%)



დაზღვეულთა რაოდენობა შემოიფარგლა ძირითადად თბილისში მცხოვრები 100 000 მოქალაქით, რომელთაგან 80%-ზე მეტი კორპორატიული წესით იყო დაზღვეული. დაზღვევით მოსახლეობის არასაკმარისმა მოცვამ აჩვენა, რომ სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაში სახელმწიფოს მიზანმიმართული ჩარევის გარეშე საგრძნობი შედეგები ვერ იქნებოდა მიღწეული.

სამედიცინო დაზღვევის გააქტიურება იწყება 2006 წლის ბოლოდან, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების ახალი ტალღის შედეგად. 2006 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში ცვლილების შეტანისას ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის განვითარების სახელმწიფო გეგმა, რომლის მიზანი იყო, ერთი მხრივ, სოციალურად დაუცველი ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მეორე მხრივ, კერძო სამედიცინო დაზღვევაზე დამყარებული დაფინანსების მოდელის განვითარების ხელშეწყობა, რომელიც დაიცავდა საქართველოს მოქალაქეებს ავადობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისგან და უზრუნველყოფდა სამედიცინო სექტორის ეფექტურ ფუნქციონირებას.

ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკების უკეთ მართვის მიზნით, მთავრობამ არჩევანი, სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მაგივრად, ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვის სასარგებლოდ გააკეთა და „საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციასთან“ ერთად შეიმუშავა კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებდა ერთდროულად ორი მიმართულებით მუშაობას, ორ ძირითად პრინციპზე დაყრდნობით:

- პირველი პრინციპი - სახელმწიფო დაფინანსების მიზნობრივი სისტემის შექმნა მოსახლეობის სოციალურად ყველაზე დაუცველი ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფისთვის;
- მეორე პრინციპი - სახელმწიფო სახსრების მართვა კერძო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის.

აღნიშნული არჩევანის შედეგად:

- ეტაპობრივად უნდა მომხდარიყო არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების (ამბულატორიული პროგრამის ჩათვლით) ჩანაცვლება სადაზღვევო პროდუქტებით - სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ჩანაცვლება სადაზღვევო მომსახურებით;

- საბიუჯეტო რესურსების გადანაწილება მოხდებოდა სოციალურად დაუცველი ფენების სასარგებლოდ;
- დაუცველი ფენების სადაზღვევო მომსახურებაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფდა სადაზღვევო ვაუჩერი;
- მთავრობა ხელს შეუწყობდა სადაზღვევო პროგრამების განხორციელებას ჯარისკაცებისთვის, პოლიციელებისთვის, საჯარო მოხელეებისთვის;
- მოქალაქეს თავად უნდა აერჩია მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია;
- საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას უნდა ჰქონოდა თანაბარი უფლება, გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი;
- უნდა მომხდარიყო მოკლევადიანი (ერთწლიანი) სადაზღვევო ხელშეკრულებების ჩანაცვლება უკიდურესად სადაზღვევო ხელშეკრულებით.

## **2007 წლის შემდგომ: სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები**

### **I ეტაპი - სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა**

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფის პირველი სახელმწიფო პილოტური პროგრამა 2007 წელს შემუშავდა და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 196 000 მოქალაქე. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა გულისხმობდა მოსახლეობის ამ ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას.

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის 31 ივლისის N166 დადგენილებით, მოსახლეობას შემდეგი სამედიცინო მომსახურებები ეკუთვნოდა:

- ა. ამბულატორიული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება, რომელიც არ იფარება პირველადი ჯანდაცვის პროგრამით:
  - ა.ა. გადაუდებელი ამბულატორიული მკურნალობა;
  - ა.ბ. ოჯახის ექიმის, ექთნის, ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია და სხვა სახის სამედიცინო მომსახურება, ბინაზე სამედიცინო მომსახურების ჩათვლით საჭიროების შემთხვევაში;
  - ა.გ. ექიმის დანიშნულებით ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, გეგმიურ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები;
- ბ. სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება:
  - ბ.ა. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მ.შ. გართულებულ ორსულობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია;
  - ბ.ბ. გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები, ლიმიტი - ერთ მოსარგებლემ 12 000 ლარი;
  - ბ.გ. თანაგადახდის ხარჯები, რომელიც არ იფარება სტაციონარული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამებით;
  - ბ.დ. ქიმიოთერაპიის და სხივური თერაპიის ხარჯები, ლიმიტი - ერთ მოსარგებლემ 12 000 ლარი;
- გ. მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯები, ლიმიტი - ერთ მოსარგებლემ 400 ლარი.

პროგრამის მოქმედების ვადა განისაზღვრებოდა 2007 წლის 31 დეკემბრამდე.

პროგრამის ბიუჯეტი 2007 წლის 31 დეკემბრის ჩათვლით შეადგენდა 44 500 000 ლარს. მათ შორის, მონიტორინგისა და მართვის ხარჯები - 600 000 ლარი.

მოზიდულმა სადაზღვევო პრემიამ შეადგინა 15 095 400 ლარი.

## **II ეტაპი - საქართველოს მასშტაბით მოსახლეობის ეტაპობრივი დაზღვევა**

საქართველოს მთავრობის 2008 წლის N92 დადგენილების საფუძველზე, მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივად დაზღვევა რეგიონების მიხედვით.

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას ჰქონდა თანაბარი უფლება, გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი. მთავრობამ დაადგინა სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა.

2008 წელს სადაზღვევო ვაუჩერი გადაეცათ საქართველოში მცხოვრებ იმ ოჯახებს, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და 2008 წლის 31 მარტის მდგომარეობით, მათი ოჯახების სარეიტინგო ქულა არ აღემატებოდა 70 000-ს. სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პროცესში ამოქმედდა მიმოქცევადი ფინანსური ინსტრუმენტი - სადაზღვევო ვაუჩერი.



სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით იღებდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო პროგრამით განსაზღვრული და დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით.

სადაზღვევო ხელშეკრულებით მთავრობის მიერ პრემიის გადახდა წარმოებდა ყოველთვიურად, ერთ დაზღვეულზე პოლისის სტანდარტული ღირებულების ერთი მეთორმეტედის პრინციპით და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით შესაბამისი კოეფიციენტის გამოყენებით:

- ა. 0-64 წელი – 12,93 ლარი (c= 0,862);
- ბ. > 65 წელი – 21,43 ლარი (c=1,429).

2008 წლის ბოლოსთვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს. 2008 წლის მონაცემებით, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირდა შემდეგი შემთხვევები (ცხრილი 3.1.):

**ცხრილი 3.1.** სადაზღვევო შემთხვევები სახეობების მიხედვით

დახმარების სახე	შემთხვევათა რაოდენობა
მწვავე ჰოსპიტალური	20 383
სამედიცინო დახმარება	25 528
მშობიარობა 200-ლარიანი ვაუჩერით	30 700
მშობიარობა "პოლისი" - 400-ლარიანი	2 579
გეგმიური	17 620
ონკოლოგია	11 950

ამ პერიოდში პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების საქმიანობის შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი ფინანსური მახასიათებლები (ცხრილი 3.2.):

**ცხრილი 3.2.** სადაზღვევო კომპანიების საქმიანობის ფინანსური მახასიათებლები

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

### სადაზღვევო-ტექნიკური საბჭო

2008 წლის 23 დეკემბრიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით სამინისტროში შეიქმნა სადაზღვევო-ტექნიკური საკითხების განმხილველი საბჭო.

სადაზღვევო-ტექნიკური საბჭო დაინტერესებულ მხარეებთან (კერძო სადაზღვევო კომპანიები და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები) ერთობლივად განიხილავდა და შეიმუშავებდა რეკომენდაციებს ტექნიკური და ფინანსური გადაწყვეტილებების ინტერპრეტირებისთვის. საბჭოს შემადგენ-

ლობაში შედიოდნენ სამინისტროს და მის მიმართ დაქვემდებარებული უწყებების, სამედიცინო და-  
წესებულებების და კერძო სადაზღვევო კოპანიების წარმომადგენლები. საბჭოს შემადგენლობაში  
აგრეთვე შედიოდნენ შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე დარგობრივი ექსპერტები.

საბჭოს ამოცანები იყო:

- ა. პროგრამების განხორციელების პროცესში წამოჭრილი პრობლემების მოგვარების გზების ძიება;
- ბ. პროგრამების პირობების გაუმჯობესების მიზნით რეკომენდაციების შემუშავება;
- გ. პროგრამების პირობების ინტერპრეტაცია და დაზუსტება;
- დ. ნებაყოფილობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებისაკენ მიმართული ღონისძიებების  
მონიტორინგი და მათი გაუმჯობესების გზების ძიება.

ცალკეული საკითხების აქტუალურობიდან და მნიშვნელობიდან გამომდინარე, გარკვეული ღონისძი-  
ებების განხორციელების მიზნით, საბჭო უფლებამოსილი იყო, შეექმნა მუშა ჯგუფები, როგორც საბ-  
ჭოს წევრებისგან, ასევე მოწვეული ექსპერტებისა და სპეციალისტებისგან.

## 2009 წელი - ცვლილებები დადგენილებაში

დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდის პარალელურად დაიხვეწა სადაზღვევო პირობები. დადგენილე-  
ბებში 2008 და 2009 წლის ცვლილებების შედეგად, სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედი-  
ცინო დაზღვევის პირობებს დაემატა ახალი პუნქტები. კერძოდ:

- ა. ექიმის დანიშნულებით ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გა-  
მოკვლევები, გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და  
ინსტრუმენტული გამოკვლევები;
- ბ. ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები:  
სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი და კრეატინი, გლუკოზა პერიფერიულ  
სისხლში, ორსულობის ტესტი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;
- გ. შებენიური შესაძლებლობების მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისთვის, კერძოდ  
შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკ-  
ვლევებისა (კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევე-  
ბი);
- დ. ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (გარდა  
ფორმა NIV-100/ა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, შსს მომსახურების სააგენტოში  
ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსად-  
გენი ცნობებისა);
- ე. გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), სადაზღვევო წლიური ლი-  
მიტი 15 000 ლარი.

2009 წლის დეკემბრამდე პროგრამის ბიუჯეტი განსაზღვრული იყო 29 511 700 ლარით, მათ შორის  
მონიტორინგისა და მართვის ხარჯები 520 000 ლარის ოდენობით.

## სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვა პროგრამები - პედაგოგების დაზღვევა

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის წარმატებით  
პილოტირების შემდეგ, იმავე წელს სახელმწიფომ დაიწყო საჯარო სკოლის პედაგოგების სამედიცინო  
დაზღვევით უზრუნველყოფა.

2007 წლის 21 ნოემბრის N256 დადგენილების მიხედვით მათ ეკუთვნოდათ შემდეგი მომსახურებები:

- ა. ამბულატორიული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება, რომელიც არ იფარება პირველადი ჯან-  
დაცვის სახელმწიფო პროგრამით:
  - ა.ა. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება;
  - ა.ბ. ოჯახის ექიმის, ექთნის, ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია და სხვა სახის სამედიცინო  
მომსახურება ბინაზე, სამედიცინო მომსახურების ჩათვლით, საჭიროების შემთხვევაში;
  - ა.გ. ექიმის დანიშნულებით ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, გეგმიურ ჰოს-  
პიტალიზაციასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები;
- ბ. სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება;
  - ბ.ა. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მ.შ. გართულებულ ორსულობასთან დაკავ-  
შირებული ჰოსპიტალიზაცია;
  - ბ.ბ. გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, სადაზღვევო ლიმიტი ერთ დამზღვევზე - წლიური 12 000  
ლარი;

- ბ.გ. თანაგადახდის ხარჯები, რომელიც არ იფარება სტაციონარული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამებით;
- ბ.დ. ქიმიოთერაპიისა და სხივური თერაპიის ხარჯები, სადაზღვევო ლიმიტი - 12 000 ლარი;
- გ. მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯები, სადაზღვევო ლიმიტი ერთ დამზღვევზე - 400 ლარი.

სამედიცინო დაზღვევის პირობების შესაბამისად, სადაზღვევო ვაუჩერით, აგრეთვე სადაზღვევო ვაუჩერითა და დამზღვევის მიერ გადახდილი სადაზღვევო შესატანით (პრემიით) არ ანაზღაურდებოდა ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურებისთვის განეული ხარჯები:

- ა. ამ დადგენილების ძალაში შესვლის დროისთვის მოქმედი სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით (მათ შორის მუნიციპალური) დაფარული ხარჯები და მომსახურებები;
- ბ. თერაპიული პროფილის გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება;
- გ. სამედიცინო ჩვენების გარეშე, ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;
- დ. საზღვარგარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- ე. სანატორიულკურორტული მკურნალობა;
- ვ. ესთეტიკური ქირურგიის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;
- ზ. სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;
- თ. შიდსის, ქრონიკული ჰეპატიტის მკურნალობის ხარჯები;
- ი. თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა თვითდაშავების, ტერორისტულ აქტებში, კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის ან ნარკოტიკული ზემოქმედების შედეგად;
- კ. ტრანსპლანტაციის, აგრეთვე ეგზოპროთეზირების ხარჯები.

### სადაზღვევო ვაუჩერის განაღდება, სადაზღვევო შესატანის (პრემიის) ოდენობა და გადახდის წესი

სადაზღვევო ვაუჩერის განაღდებას ახდენდა საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო სადაზღვევო პერიოდის შესაბამისი წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით გამოყოფილ ასიგნებათა ფარგლებში.

სადაზღვევო ორგანიზაცია სადაზღვევო ვაუჩერის გასანაღდებლად საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ მითითებულ ვადაში და ფორმით წარუდგენდა მას დამზღვევების შესახებ მონაცემებს, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში, სამინისტროს მოთხოვნით, ასევე სადაზღვევო ვაუჩერის ორიგინალს.

დამზღვევის მიერ ჯანმრთელობის დამზღვევის მიზნით გადასახდელი ერთი ყოველთვიური სადაზღვევო შესატანი (პრემია) განისაზღვრებოდა საქართველოს მთავრობის დადგენილებით და მას სრულად ფარავდა ერთწლიანი სადაზღვევო ვაუჩერის ყოველთვიური სრული (100%-იანი) ოდენობა. სადაზღვევო ვაუჩერი ფარავდა ყოველთვიური სადაზღვევო შესატანის (პრემიის) 100%-ს – 2008-2009 წლებში; 66,6%-ს – 2010-2011 წლებში; 33,3%-ს – 2012-2013 წლებში.

**ჯანმრთელობის დამზღვევის მედიაციის სამსახური** - დამზღვევის პროგრამების განვითარებასთან ერთად, 2008 წლიდან ამოქმედდა და წარმატებით ფუნქციონირებდა ჯანმრთელობის დამზღვევის მედიაციის სამსახური – არაკომერციული, არასამთავრობო ორგანო, რომლის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა, დახმარებოდა სადაზღვევო ურთიერთობის სუბიექტებს დავების არასასამართლო გზით მოგვარებაში. მედიაციის სამსახური თავიდან ფინანსდებოდა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ გაცემული გრანტით, ერთი წლის შემდეგ კი სადაზღვევო კომპანიების მიერ (შემოსავლის 0.3%).

### სადაზღვევო ბაზარი 2007-2009 წლებში

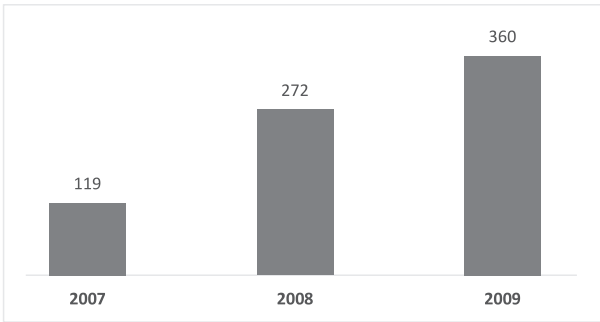
სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დამზღვევის ამოქმედებამ მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია მთლიანად სადაზღვევო ბაზარზე. პროგრამის ამოქმედების საწყის ეტაპზე, 2007 წელს, 2006 წელთან შედარებით, სადაზღვევო ბაზარი 68%-ით გაიზარდა. ზრდის დინამიკა გაგრძელდა მომდევნო წლებშიც და 2009 წლის ბოლოსთვის სადაზღვევო ბაზრის ჯამური მოზიდული პრემია 360 მილიონ ლარს შეადგენდა (დიაგრამა 3.2.).

სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დამზღვევის სახეობაში მოზიდული პრემია 2007 წელს, 2006 წელთან შედარებით, 26 მლნ ლარით გაიზარდა და 45 მლნ ლარი შეადგინა, 2009 წლის ბოლოსთვის კი 247 მლნ ლარს გადააჭარბა (დიაგრამა 3.3.).

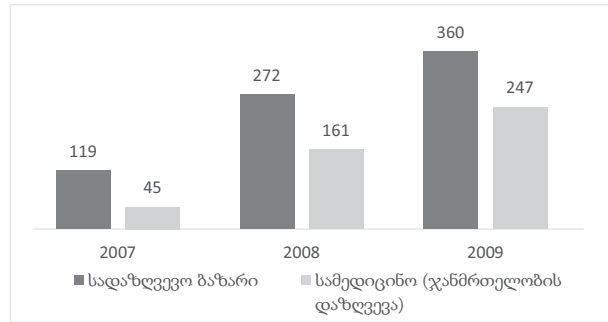
ამავე წლის ბოლოს დაზღვეულთა რაოდენობამ 1 311 287 შეადგინა.



**დიაგრამა 3.2.** სადაზღვევო ბაზრის ჯამური მოზიდული პრემია (მლნ ლარი)



**დიაგრამა 3.3.** სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში მოზიდული პრემია (მლნ ლარი)



### ■ ცვლილებები ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამებში

2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილებაში საქართველოს მთავრობის მიერ 2010 წელს შეტანილი ცვლილებების შედეგად, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამებში წესები მნიშვნელოვნად შეიცვალა. კონკრეტულად:

- სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარის მიერ სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით;
- საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. სადაზღვევო ვაუჩერის საფუძველზე დამზღვევი სადაზღვევო ხელშეკრულებას აფორმებდა ტენდერში გამარჯვებულ იმ სადაზღვევო კომპანიასთან (მზღვეველთან), რომელიც 2010 წლის 18 აპრილს ჩატარებული ტენდერის შედეგების საფუძველზე გამოვლინდა გამარჯვებულად დაზღვეულის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო (26–დან ერთ–ერთ) უბანში;
- 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3-წლიანი გახდა (ერთწლიანის მაგივრად);
- 2010 წლის 1 მაისიდან თითოეულ დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა, ნაცვლად 180 ლარისა, განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად. კერძოდ, თბილისში, საჩხერესა და გორში 116.4 ლარი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში - 132 ლარი;
- შემცირებული პრემიის ფონზე დაიგეგმა სადაზღვევო პაკეტის ახალი კომპონენტის ანაზღაურება - პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის (50 ლარი) ფარგლებში სამკურნალო საშუალებების ხარჯების 50%-ის თანაგადახდა;
- კომპანიისთვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შეწყვეტის საფუძველად მიჩნეული იყო კომპანიის მიერ ვაუჩერისა და კონკურსის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატური და უხეში დარღვევები, რომელთა შესახებ წერილობით დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- 2009 წლის N218 დადგენილებაში შეტანილი ცვლილებების თანახმად, კომპანია ვალდებული იყო, სადაზღვევო სერტიფიკატში ბენეფიციარისთვის ნათლად მიეთითებინა ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ, რომელიც 2010 წლის მაისამდე ფინანსდებოდა სადაზღვევო კომპანიების მიერ. შემდგომ მედიაციის სამსახური საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში იყო, 2014 წლიდან კი გაუქმდა;
- დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს, კონკურსის პირობების შესაბამისად, ეკისრებოდათ ახალი და მნიშვნელოვანი ვალდებულება - მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში დადგენილ ვადაში საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება.

ერთი მხრივ, სადაზღვევო კომპანიების მიერ ახალი სამედიცინო დანესხებულებების შექმნამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურების გარემო, გაჩნდა ტერიტორიული ხელმისაწვდომობაც, თუმცა, მეორე მხრივ, პრემიის შემცირებამ და დაკისრებული ვალდებულებების ზრდამ გააუარესა სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური მდგომარეობა.

## სხვა სახელმწიფო პროგრამები

პარალელურად, 2007 წლიდან სახელმწიფო უწყებებმა აქტიურად დაიწყეს კერძო სამედიცინო დაზღვევის შესყიდვა და სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით სადაზღვევო სისტემაში სხვადასხვა საჯარო ორგანიზაციების წარმომადგენლები ჩაერთვნენ. 2010 წლის აპრილის მონაცემებით, სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეული იყო, დაახლოებით, 1 104 785 ადამიანი. აქედან სრულად დაფინანსებულია:

- სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა – 954 966;
- კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები – 12 083;
- მზრუნველობამოკლებული ბავშვები – 3 053;
- სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები – 189;
- პედაგოგები – 79 494;
- თბილისის მერიის ბიუჯეტით დაზღვეული (70 000–100 000 ქულის მქონე) მოსახლეობა – 55 000.

ნაწილობრივ ფინანსდება ზოგიერთი სახელმწიფო დაწესებულება - მთავრობამ ხელი შეუწყო სადაზღვევო პროგრამების განხორციელებას ჯარისკაცების, პოლიციელებისა და საჯარო მოხელეებისთვის.

## სახელმწიფო პროგრამების გარეთ მყოფი მოსახლეობა

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფისთვის სახელმწიფო სახსრების მართვისას აუცილებლად გასათვალისწინებელი გახდა სახელმწიფო პროგრამების გარეთ მყოფი მოსახლეობა, რომელიც სამ ჯგუფად იყოფოდა:

- ფორმალურ სექტორში დასაქმებულები და მათი ოჯახის წევრები, რომელთა მხოლოდ მცირე ნაწილი სარგებლობდა კორპორატიული ან სახელმწიფო დაწესებულებების ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებით;
- არალარიბი ასაკით პენსიონერები - 60 წელს გადაცილებული მოსახლეობა, მაღალი რისკის ჯგუფი, რომლისთვისაც სახელმწიფოს ინიციატივით 2008 წლის ბოლოს შეიქმნა მომსახურების 4 პროგრამა: ურგენტული, კარდიოქირურგიული, ონკოლოგიური და პირველადი ჯანდაცვის;
- თვითდასაქმებულები - ყველაზე პრობლემური და ძნელად მობილიზებადი ჯგუფი. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვისას ამ ადამიანებს ფაქტობრივად უწევთ ჯიბიდან გადახდა. ისინი ანტი-სელექციის გამო ვერ ერთვებიან სადაზღვევო სისტემაში და გარკვეული სირთულეები ექმნებათ სადაზღვევო პროდუქტის განვადებით აღებისას.

თვითდასაქმებულთა სადაზღვევო სისტემაში ინტეგრირების გასაადვილებლად 2009 წელს საქართველოს მთავრობამ შექმნა ჯანმრთელობის დაზღვევის ახალი მოდელი, რომელიც ე.წ. „იაფი დაზღვევის“ სახელითაა ცნობილი - 3-დან 60 წლამდე ასაკის ნებისმიერ მოქალაქეს შეეძლო „იაფი სადაზღვევო პაკეტის“ შეძენა 19.80 ლარად (სახელმწიფოს მიერ შეძენილი 60 ლარიანი პაკეტის 33%-ის თანაგადახდით) და ერთი წლის განმავლობაში 8 000 ლარის ფარგლებში ესარგებლა პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი სტაციონალური და ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით, ასევე სამედიცინო დახმარებით უბედური შემთხვევისას. თუმცა, 300 000 - 500 000 მოქალაქის დაზღვევის მოლოდინის მიუხედავად, გარკვეული მიზეზებით, პოლისი მხოლოდ 122 000 მოქალაქემ შეიძინა.

2011 წლის დეკემბრის მონაცემებით, სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეული იყო 960 000-ზე მეტი ადამიანი. კერძოდ, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, კომპაქტურად განსახლებული იძულებით გადაადგილებული პირები, მზრუნველობამოკლებული ბავშვები, სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები, შშმ-თა და ხანდაზმულთა სახლების ბენეფიციარები, სკოლა-პანსიონების ბენეფიციარები, პედაგოგები, ოკუპირებული აფხაზეთის ა/რ-ის მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობა, სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები და თბილისის მერიის ბიუჯეტით დაზღვეული (70 000-100 000 ქულის მქონე) მოსახლეობა.

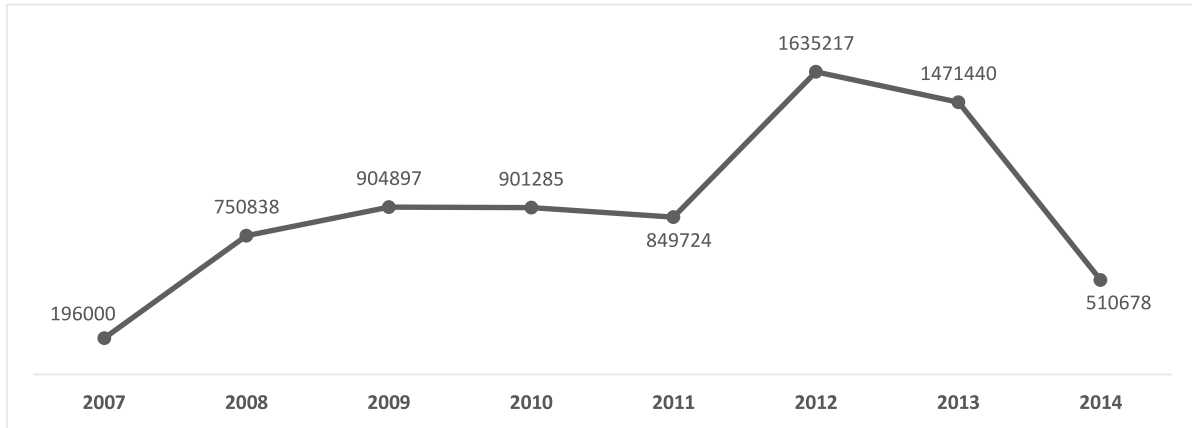
2012 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 2 მილიონზე მეტ პირს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. შესაბამისად, ამ სეგმენტის დაზღვევის მიზნით, საქართველოს მთავრობის მიერ გამოიცა 2012 წლის N165 დადგენილება, რომლის ფარგლებშიც დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში 2012 წლის სექტემბრიდან ჩაერთო დაახლოებით 800 000 მოქალაქე:

- 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები;
- ასაკით პენსიონერები;
- სტუდენტები;

- შეზღუდული შესაძლებლობისა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2012 წლის ბოლოსთვის ზემოთ ნახსენები ორივე (N218 და N165) დადგენილების ფარგლებში სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით მოსარგებლეთა რიცხვმა 1 600 000 ადამიანს გადააჭარბა (დიაგრამა 3.4.).

**დიაგრამა 3.4.** ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობა



2012 წლის N165 დადგენილების ფარგლებში წმინდა ზარალიანობის კოეფიციენტმა 2012 წლის სექტემბრიდან 2013 წლის სექტემბრამდე 98.7% შეადგინა, ხოლო მომდევნო ერთი წლის განმავლობაში (2014 წლის სექტემბრამდე) - 92%. 2012 წელს (იანვარიდან დეკემბრის ჩათვლით პერიოდში) N218 დადგენილების ფარგლებში კი - 97,5%. 97,4% დაფიქსირდა ასევე 2013 წელს.

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

2014 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის ყველა სახელმწიფო პროგრამა გაუქმდა და მათი მოსარგებლე მოქალაქეებიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდნენ. შესაბამისად, კერძო სადაზღვევო კომპანიები ამ პერიოდიდან უკვე აღარ მონაწილეობენ სახელმწიფო პროექტებში.

### 3.2. ინფრასტრუქტურა – სადაზღვევო ბაზრის აქტორები

არსებობს დაზღვევის სხვადასხვა სისტემა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების მიღების მიზნით დაზღვეულს აძლევს შესაბამისი სამედიცინო დანესებულებების შეზღუდულ, თავისუფალ და/ან შერეულ არჩევანს.

ისტორიულად ყველა ბაზარზე თავიდან გაბატონებული იყო ე.წ. თავისუფალი არჩევანის სისტემა. დროთა განმავლობაში თავისუფალი არჩევანის სისტემას მრავალი პრობლემა უჩნდება. ეს პრობლემები დაკავშირებულია, როგორც დაზღვეულების, ასევე პროვაიდერების არაკეთილსინდისიერ ქცევასთან და ამგვარი სისტემის არაეფექტურობასთან ფინანსური თვალსაზრისით. ამ პრობლემების გადაჭრის მიზნით განვითარებულ ბაზრებზე გაჩნდა ე.წ. მართვადი მომსახურების გეგმები (Managed Care Plans), რომელთა ორი ყველაზე გავრცელებული წარმომადგენელია ე.წ. HMO (Health Maintenance Organization) და PPO (Preferred Provider Organizations).

HMO წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ჩაკეტილი სისტემის მაგალითს, რომელსაც ქმნის HMO-ს ინვესტორი (ხშირად სადაზღვევო კომპანია, მაგრამ არა აუცილებლად). მისი მახასიათებლებია:

- HMO დებს ხელშეკრულებას კონკრეტულ პროვაიდერებთან და აკონტროლებს მათ მიერ სერვისის მიწოდების პროცესს. დაზღვეულების ნაკადის სამართავად და ფულადი სახსრების ეფექტური ხარჯვის მიზნით, გამოიყენება ე.წ. ოჯახის ექიმი, რომელიც ასრულებს “დარაჯის” (Gatekeeper) ფუნქციებს - დაზღვეულებს არა აქვთ უფლება, პირდაპირ მიაკითხონ კონკრეტული სპეციალიზა-



ციის ექიმს მანამ, სანამ არ მივლენ ოჯახის ექიმთან და ეს უკანასკნელი არ გააგზავნის მას ამა თუ იმ სპეციალისტთან;

- პროვაიდერები ხშირად იღებენ ანაზღაურებას ე.წ. კაპიტაციური პრინციპით ანუ ღებულობენ ფიქსირებულ თანხას ყოველ დაზღვეულზე იმის მიუხედავად, თუ რა რაოდენობისა და როგორი ტიპის სერვისი იყო მიწოდებული;
- დაზღვეულის მიერ HMO-ს პროვაიდერების სისტემის გარეთ სამედიცინო მომსახურება პრაქტიკულად არ იფარება.

რა შეეხება PPO -ს სისტემას, მას აქვს შემდეგი თვისებები:

- აქ ტიპურად არ გამოიყენება “დარაჯი”. PPO-ს პროვაიდერები, როგორც წესი, არ მუშაობენ კაპიტაციურ პრინციპზე, ისინი ღებულობენ ანაზღაურებას განუვლი სერვისის მიხედვით;
- დაზღვეულებს არ მოეთხოვებათ სავალდებულოდ მხოლოდ სისტემაში ჩართულ პროვაიდერებთან მკურნალობა. თუმცა, მოქმედებს ყველანაირი ფინანსური ბერკეტები (გაცილებით უფრო დაბალი თანაგადახდის წილი), რომელიც უბიძგებს დაზღვეულს, რომ “იტრიალოს” შერჩეულ პროვაიდერთა ქსელის ფარგლებში;
- სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის ბაზარზე დაზღვეულებს არ მოეთხოვებათ სავალდებულოდ მხოლოდ სისტემაში ჩართულ პროვაიდერებთან მკურნალობა. არსებობს თავისუფალი არჩევანი. თუმცა, ოჯახის ექიმის გავლით პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების მიღება შეუძლიათ შედარებით მარტივად, ფინანსური თვალსაზრისით. დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან. ასევე, დაზღვეულს არ უწევს სამედიცინო დოკუმენტაციის შეგროვება, წარდგენა სადაზღვევო კომპანიაში და ლოდინი ანაზღაურების მისაღებად.

განვიხილოთ კონკრეტული ქმედებები სადაზღვევო შემთხვევის დროს სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით:

**სამედიცინო მომსახურებას დაზღვეული იღებს პირადი ექიმის მეშვეობით** - პირად ექიმთან ჩანერის მიზნით დაზღვეული უკავშირდება კომპანიის ცხელ ხაზს და გვეგმავს ვიზიტს. აგრეთვე ელექტრონული საშუალებით რეგისტრირდება დაზღვეული არჩეულ ექიმთან სასურველ დროს. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული ვერ ახერხებს სასურველ დროს ოჯახის ექიმთან ჩანერას ან სურს დისტანციური სერვისის მიღება, პირადი ექიმი დაგვემღოს დროს თავად დაუკავშირდება დაზღვეულს მითითებულ ნომერზე.

**გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის ან გადაუდებელი ამბულატორიული** მომსახურების მიღებისას დაზღვეული (დაზღვეულის წარმომადგენელი) ვალდებულია, აღნიშნულის შესახებ აცნობოს სადაზღვევო კომპანიას ცხელი ხაზის მეშვეობით. შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები არ ანაზღაურდება. ამავე დროს, მზღვეველი კომპანიის პროვაიდერ კლინიკასთან აწარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან. (პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება - სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც მზღვეველთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას დაზღვეულს აღმოუჩენს შესაბამისი სამედიცინო დახმარებას სადაზღვევო ხელშეკრულებითა და ბარათით განსაზღვრული მომსახურების ფარგლებში). კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს (სურვილის შემთხვევაში ელექტრონულად) სადაზღვევო კომპანიას.

**გვეგიური ჰოსპიტალიზაციის** შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ X სამუშაო დღით ადრე. იმ შემთხვევაში, თუ გვეგიური ჰოსპიტალიზაცია წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია, მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.

კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო კომპანიას.

**გვეგიური ამბულატორიული** მომსახურების მიღების მიზნით, დაზღვეული მიმართავს კომპანიის პროვაიდერი კლინიკის პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით აღნიშნულ კლინიკაში. პირადი ექიმის მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვე-

ვო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე მომსახურების მიღებისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო კომპანიას ან აგზავნის ელექტრონულად შესაბამის დოკუმენტაციას.

**მედიკამენტური მკურნალობის** შემთხვევაში დაზღვეულს აქვს შესაძლებლობა, თავად აირჩიოს მომსახურე სააფთიაქო ქსელი. ერთჯერად ანაზღაურებას ექვემდებარება მედიკამენტების არაუმეტეს ერთი თვის მკურნალობისათვის საჭირო ღირებულების ხარჯები.

პირადი ექიმი შესაბამისი მედიკამენტის დანიშნულებას გამოწერს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს ელექტრონულად, რითაც პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ წილს. ექიმის სპეციალისტის მიერ დანიშნული მედიკამენტის შეძენისას (პირადი ექიმის მიმართვის არარსებობის შემთხვევაში, როგორც პროვაიდერ, ისე არაპროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში ან პირადი ექიმის დანიშნულებით არაპროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში) დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო კომპანიას ან აგზავნის ელექტრონულად შესაბამის დოკუმენტაციას.

**მშობიარობისას** გეგმიური საკეისრო კვეთის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარადგინოს მზღვეველთან გეგმიური საკეისრო კვეთის თარიღამდე მინიმუმ X სამუშაო დღით ადრე. მშობიარობის ან დაუგეგმავი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში - სამშობიარო სახლიდან განწერამდე X დღით ადრე.

მეტყობინების საფუძველზე კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამისი მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.

საგარანტიო წერილის გარეშე, აგრეთვე კომპანიის არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს.

**სტომატოლოგიური** მომსახურების მიღების მიზნით, დაზღვეული უფლებამოსილია, მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას.

კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს საიდენტიფიკაციო ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამისი მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.

კომპანიის არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო კომპანიას ან აგზავნის ელექტრონულად შესაბამის დოკუმენტაციას.

**გეგმიური სტომატოლოგიური** (თერაპიული და ქირურგიული) მომსახურება - დაზღვეული უფლებამოსილია, მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას.

კომპანიის პროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს საიდენტიფიკაციო ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამისი მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.

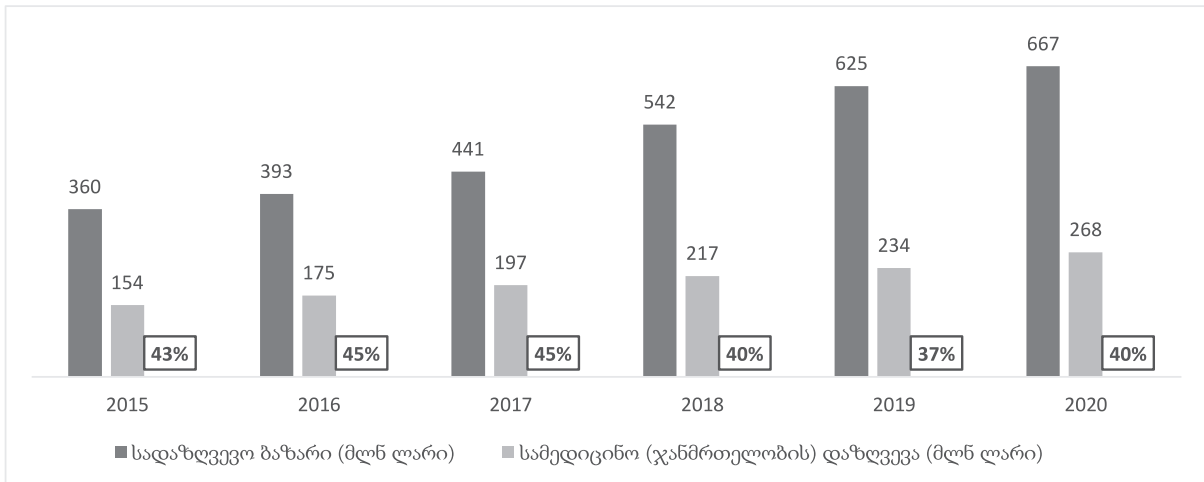
კომპანიის არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო კომპანიას ან აგზავნის ელექტრონულად შესაბამის დოკუმენტაციას.

თავის დროზე ყველა ბაზარზე სტომატოლოგიისა და ორსულობა-მშობიარობის დაფარვის სერვისების ჩამატება მოხდა არსებული კონკურენციის გამო და მარკეტინგული მოსაზრებებით. ეს რისკები არ არის დაზღვევადი. დროთა განმავლობაში ამ წინააღმდეგობამ ყველა ბაზარზე იჩინა თავი, რაც იმაში გამოიხატა, რომ ამ სერვისებმა (განსაკუთრებით სტომატოლოგიამ) სერიოზულად დაამძიმა ბარალიანობა. განვითარებულ ბაზრებზე სტომატოლოგია თითქმის არსად აღარ ფიგურირებს, როგორც სამედიცინო დაზღვევის ნაწილი, ის გატანილია ცალკე, ე.წ. სტომატოლოგიური დაზღვევის სახით. სინამდვილეში ეს ე.წ. დაზღვევა აღარ წარმოადგენს დაზღვევას კლასიკური აზრით და უფრო ნააგავს ფინანსურ მომსახურებას, ანუ დაზღვეულის დაკრედიტებას - წლის განმავლობაში კლიენტის მიერ განვადებით გადახდილი ჯამური პრემია თითქმის ემთხვევა წლიურ სადაზღვევო ლიმიტს.

### 3.3. სადაზღვევო ბაზრის მიმოხილვა, რაოდენობრივი და ფინანსური მაჩვენებლები 2020-2010 წლებში

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე სადაზღვევო ბაზარზე სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის წილი (კერძო დაზღვევა და სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები ერთად) 73,78%-ს შეადგენდა, რაც ძირითადად 2012 წელს განხორციელებული ცვლილებების შედეგია (3.5.).

**დიაგრამა 3.5.** სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა მოზიდული პრემია წილი სადაზღვევო ბაზარი სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა

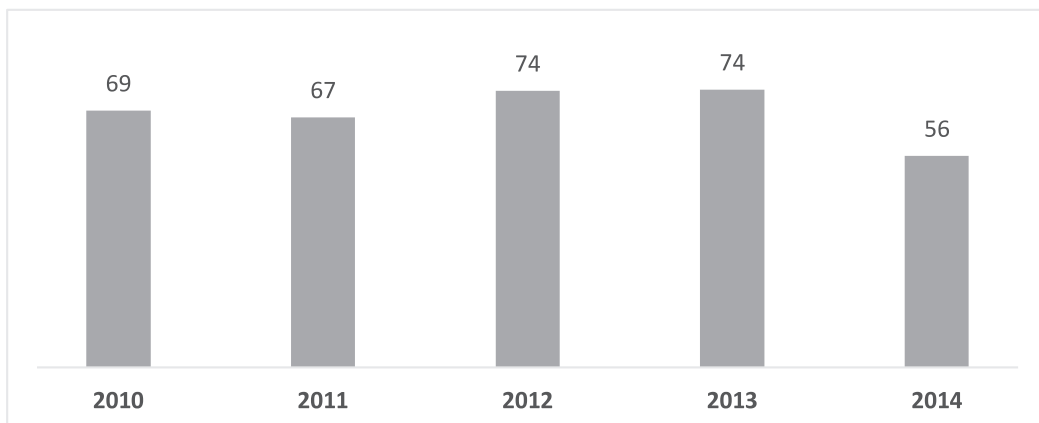


ამავე, 2012 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით, დაზღვეულთა რაოდენობამ 1 915 952 შეადგინა.

2013 წლიდან 2014 წლამდე სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში მოზიდული პრემიის მკვეთრი ვარდნა გამოწვეულია სწორედ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ძალაში შესვლით, რომლის პირველი ეტაპი 2013 წლის თებერვალში ამოქმედდა, მეორე ეტაპი კი 2013 წლის ივლისიდან დაიწყო.

უნდა აღინიშნოს, რომ მოზიდული პრემია არის სადაზღვევო პრემია, რომელიც მიეკუთვნება საანგარიშო პერიოდში ძალაში შესულ სადაზღვევო ვალდებულებებს (მრავალწლიანი ვალდებულების ჩათვლით), მიუხედავად იმისა, პრემია გადახდილი არის მზღვეველისთვის, თუ არა. შესაბამისად, ზრდის/კლების დინამიკას კიდევ უფრო ნათლად გამომჟღავნებული პრემია ასახავს - სადაზღვევო პრემიის ნაწილი, რომელიც ეკუთვნის სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდის გასულ ნაწილს (დიაგრამა 3.6.).

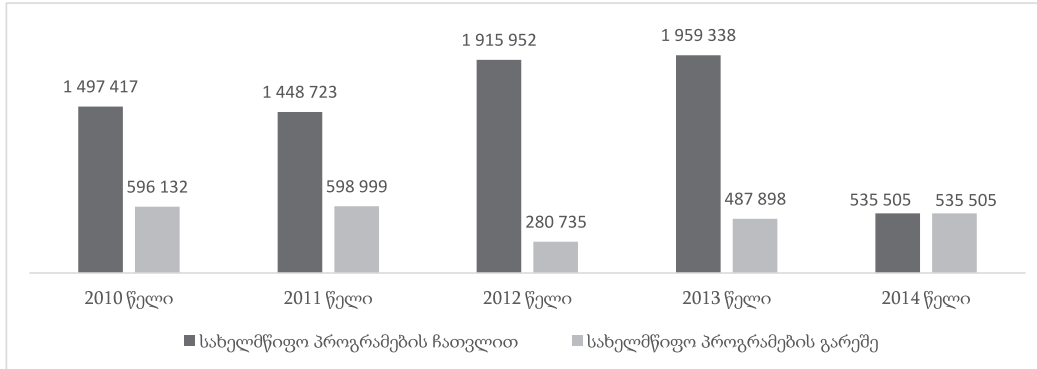
**დიაგრამა 3.6.** მოზიდული პრემიები და სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის წილი (%) (2010--2014 წლები)





საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით არსებობდა საფრთხე, რომ ის უარყოფით გავლენას იქონიებდა კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა რაოდენობაზე. სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მას შემდეგ, რაც სადაზღვევო კომპანიები სრულად გამოეთიშნენ სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამას, დაზღვეულთა რაოდენობა 535 505-მდე შემცირდა (2014 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით) (დიაგრამა 3.7.).

**დიაგრამა 3.7. დაზღვეულთა რაოდენობა**



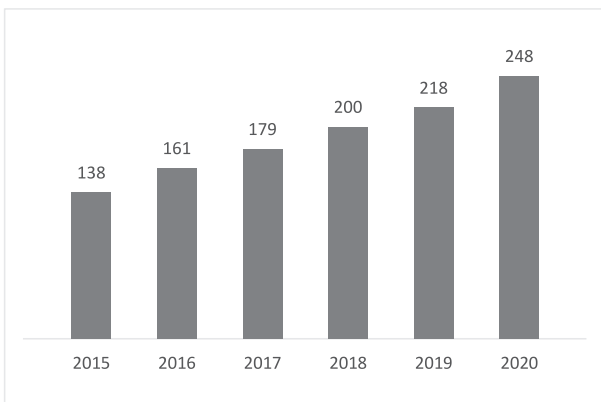
თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ მომხმარებელთა ნაწილი კერძო დაზღვევიდან სახელმწიფო ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამაში გადაერთო, კერძო დაზღვევა მაინც არ კარგავდა აქტუალობას და საკუთარ ფუნქციებს. 2015 წლიდან კვლავ შეინიშნება ზრდის ტემპი - დაზღვეულთა რაოდენობა წლიდან წლამდე იზრდება. სადაზღვევო სექტორმა დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდის მიზნით მომხმარებელს შესთავაზა იმ მომსახურების დაფარვა, რასაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ ითვალისწინებდა, მათ შორის, ამბულატორიულ ნაწილში.

დაზღვეულთა რაოდენობა ძირითადად კორპორატიული და სახელმწიფო უწყებების დაზღვევის ხარჯზე იზრდება. მნიშვნელოვანია, რომ ინდივიდუალური დაზღვევა საკმაოდ ნელი ტემპით ვითარდება.

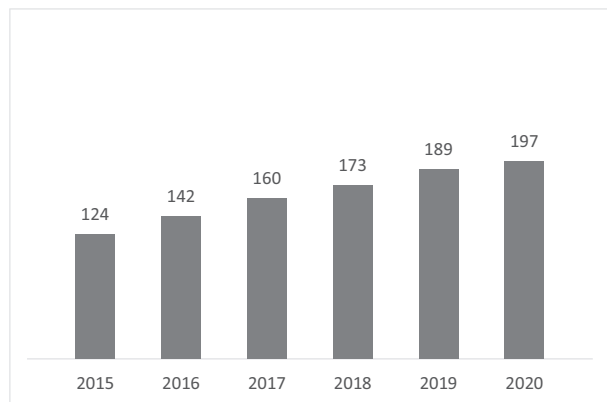
საყურადღებოა, რომ დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდის მიუხედავად, 2020 წლის მდგომარეობით, საქართველოს მოსახლეობის მხოლოდ 17% არის დაზღვეული (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2020 წლის ბოლოს მოსახლეობის რიცხოვნობა 3 728 600 შეადგენდა), რაც მოწმობს იმას, რომ საზოგადოებაში სადაზღვევო კულტურა სუსტად არის განვითარებული. სადაზღვევო კულტურის ამაღლების საკითხი კი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია იმისთვის, რომ ფინანსურ ნაწილში მომავალი გახდეს უფრო მშვიდი და პროგნოზირებადი.

დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდის პარალელურად იზრდება, როგორც მოზიდული, ასევე გამომუშავებული პრემია. ჯანმრთელობის დაზღვევას კვლავ მნიშვნელოვანი წილი უკავია სადაზღვევო ბაზარზე (დიაგრამა 3.8.).

**დიაგრამა 3.8. გამომუშავებული პრემია სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა (ბრუტო) (მლნ ლარი)**



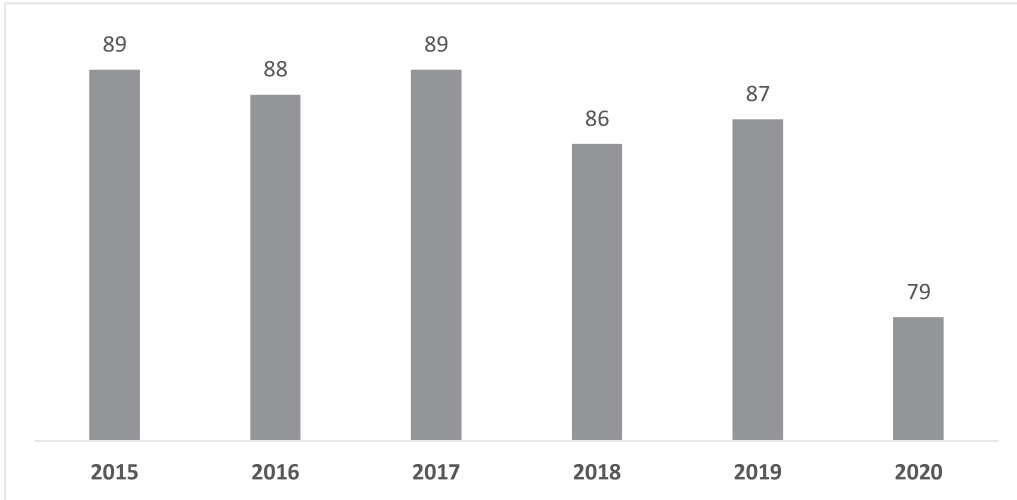
**დიაგრამა 3.9. საანგარიშო პერიოდის დამდგარი სადაზღვევო ბარალეების ოდენობა (ბრუტო)**



სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის ბაზრის ზრდასთან ერთად იზრდება ბარალეების ოდენობაც, რაც ნიშნავს იმას, რომ წლიდან წლამდე დაზღვევით სულ უფრო მეტი და მეტი დაზღვეული სარგებლობს (დიაგრამა 3.9).

გამომდინარე იქიდან, რომ სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა მეტწილად სერვისული დაფინანსებაა (განსაკუთრებით ამბულატორიული ნაწილი), ყოველთვის მაღალი მარალიანობით გამოირჩევა, განსხვავებით დაზღვევის სხვა სახეობებისაგან. წმინდა მარალიანობა წლების განმავლობაში 86-89%-ს შორის მერყეობს. გამონაკლისია 2020 წელი, რაც სავარაუდოდ, ახალი კორონავირუსის (COVID-19) წინააღმდეგ ბრძოლის ფარგლებში 2020 წლის 21 მარტიდან საქართველოში საგანგებო მდგომარეობის გამოცხადებით არის გამოწვეული (დიაგრამა 3.10.).

**დიაგრამა 3.10.** წმინდა მარალიანობის კოეფიციენტი (%)



### 3.4. ჯანმრთელობის დაზღვევის „გეოგრაფია“

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევისას ბიზნესის უდიდეს ნაწილს წარმოადგენს ჯგუფური დაზღვევები. ჯგუფურ დაზღვევაში შეიძლება მოიაზრობოდეს, როგორც კერძო, ასევე საჯარო სტრუქტურებში დასაქმებული თანამშრომლებისგან შედგენილი ჯგუფი. გამომდინარე იქიდან, რომ საჯარო სტრუქტურები არის საქართველოს ყველა რეგიონში/მუნიციპალიტეტში, სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევაც შესაბამისად გავრცელდება აღნიშნულ რეგიონებში დასაქმებულ პირებზე, იმ შემთხვევაში, თუ ორგანიზაციას შეძენილი აქვს აღნიშნული დაზღვევა. იგივე შეიძლება ითქვას კერძო ორგანიზაციებზე, რომლებსაც სხვადასხვა რეგიონში წარმოდგენილი აქვთ ფილიალური და შეძენილი აქვთ სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა.

რეგიონების და მუნიციპალიტეტების მიხედვით დაზღვეულთა მუსტი რაოდენობების განსაზღვრას აბრკოლებს მთელი რიგი პრობლემები. პირველ რიგში, დაზღვეული პირის მისამართი იმ შემთხვევაში, თუ არ ემთხვევა დაზღვეული პირის იურიდიული და ფიზიკური მისამართი. საკმაოდ ხშირია შემთხვევები, როდესაც იურიდიული მისამართი ფიქსირდება სხვა და ფიზიკური მისამართი არის სხვა. შესაბამისად, იურიდიული მისამართის მიხედვით დაზღვეულთა რაოდენობის გადანაწილება რეგიონების და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საკმაოდ არამუსტ სურათს წარმოგვიჩენს. ასევე პრობლემურია ფიზიკური მისამართის გამოყენება ამ თვალსაზრისით. შესაძლებელია, დაზღვეული პირის ფიზიკური მისამართი და სამსახურის/ორგანიზაციის მისამართიც იყოს ასევე განსხვავებული.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, დაზღვევის გეოგრაფიის შესწავლის მიზნით მიზანშეწონილია, განვიხილოთ მოცვა, თუ როგორ არის მოცული სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევით მთელი საქართველო.

ამისთვის მნიშვნელოვანი დაშვებაა შემდეგი: დაზღვევის ბუნებიდან გამომდინარე, თუ კონკრეტულ რეგიონში/მუნიციპალიტეტში/ქალაქში/დაბაში/სოფელში სადაზღვევო კომპანიას წარმოდგენილი ჰყავს ოჯახის ექიმი, ნიშნავს, რომ აღნიშნულ რეგიონში/მუნიციპალიტეტში/ქალაქში/დაბაში/სოფელში მინიმალური რაოდენობა (შესაძლებელია ათზე ნაკლებიც) მაინც არის სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის მქონე პირი. და პირიქით, თუ კონკრეტულ რეგიონში/მუნიციპალიტეტში/ქალაქში/დაბაში/სოფელში მინიმალურ რაოდენობას მაინც აქვს სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა, აღნიშნულ ან უახლოეს მუნიციპალიტეტში/ქალაქში/დაბაში/სოფელში აუცილებლად იქნება წარმოდგენილი ოჯახის ექიმი.

შესაბამისად, ოჯახის ექიმების ლოკაცია გვიჩვენებს დაზღვეულთა გაშლას საქართველოს მასშტაბით. ასეთი ლოკაციების ადგილი არის 78, ძირითადად ქალაქები, დაბები და რამდენიმე მსხვილი სასოფლო დასახლება.

## 3.5. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეები

### ■ ჯანმრთელობის ინდივიდუალური დაზღვევა

სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა ორი ძირითადი ტიპისაა - ინდივიდუალური და ჯგუფური.

ინდივიდუალურია დაზღვევა, როდესაც კერძო პირი აზღვევს მხოლოდ თავის ან ოჯახის წევრების ჯანმრთელობას მისთვის სასურველი დაზღვევის პირობებით.

სტატისტიკური მონაცემებით, 2020 წლის ბოლოსთვის სადაზღვევო ბაზარზე 40 943 დაზღვეული (ოჯახის წევრების ჩათვლით) ფიქსირდება, რომლებიც სარგებლობენ ინდივიდუალური დაზღვევით. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საქართველოში ინდივიდუალური დაზღვევა წელი ტემპით ვითარდება. ერთ-ერთი მიზეზი არის ბუნებიდან გამომდინარე ის დაფარვები, რომელსაც მოიცავს ინდივიდუალური დაზღვევა (მხოლოდ გადაუდებელი სერვისები გარკვეული პერიოდი, მინიმუმ ერთი წელი). ძირითადად, ინდივიდუალური დაზღვევის შეძენიდან გარკვეული პერიოდი (მინიმუმ ერთი წელი) მოქმედებს შემდეგი დაფარვები:

- 24-საათიანი ცხელი ხაზი - 100% ულიმიტო;
- პირადი ექიმის მომსახურება - 100% ულიმიტო;
- სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 100% ულიმიტო;
- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება - 40-60% დაფარვით. შესაძლებელია, მოიცავდეს პოზიტიურ სიას, რომლის ფარგლებშიც ანაზღაურდება სადაზღვევო შემთხვევა ულიმიტოდ ან პოზიტიური სიის გარეშე, მაგრამ დანესებული ლიმიტის ფარგლებში;
- გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაცია - იფარება 100%-ით, გარკვეული ლიმიტის ფარგლებში;
- ჰოსპიტალიზაცია უბედური შემთხვევის დროს - იფარება 100%-ით, გარკვეული ლიმიტის ფარგლებში.

ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის ბენეფიციარის სტატუსი უჩერდება პირს (გარდა გამონაკლისებისა, მათ შორის 0-5 წლის ბავშვები, პენსიონერები...), რომელიც სარგებლობს კერძო დაზღვევით (მათ შორის, ინდივიდუალური დაზღვევით). ამ მოცემულობითაც არჩევანის დროს - ინდივიდუალური დაზღვევა თუ ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამა, უმეტეს შემთხვევაში გადაწყვეტილება არის ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის სასარგებლოდ, რადგან ადამიანს შეუძლია, ყოველგვარი პრემიის გადახდის გარეშე, უფასოდ მიიღოს ზოგ შემთხვევაში დახლოებით იგივე, ან მეტი სარგებელი (ფინანსური თვალსაზრისით), ვიდრე ინდივიდუალური დაზღვევის შეძენისას.

### ■ ჯანმრთელობის ჯგუფური (კორპორატიული/სახელმწიფო უწყებების) დაზღვევა

ჯგუფურია დაზღვევა, როდესაც ერთი სადაზღვევო ხელშეკრულება ითვალისწინებს გარკვეული ნიშნით გაერთიანებულ პირთა ჯგუფის დაზღვევას (მაგალითად, ორგანიზაცია აზღვევს თანამშრომლების ჯანმრთელობას). ჯგუფურ დაზღვევაში შეიძლება მოიაზრებოდეს, როგორც კერძო, ასევე საჯარო სტრუქტურებში დასაქმებული თანამშრომლებისაგან შედგენილი ჯგუფი.

გარდა ინდივიდებისა, ორგანიზაციებიც დაინტერესებულნი არიან სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევით. ერთი მხრივ, ისინი თანამშრომლებს აძლევენ დამატებით მნიშვნელოვან ბენეფიტს, ვინაიდან დამსაქმებლის სქემით ეზღვევიან, როგორც თანამშრომლები, ასევე მათი ოჯახის წევრები და მეორე მხრივ, დამქირავებელი თავს იცავს თანამშრომლის ავადმყოფობით გამოწვეული ხარჯებისაგან. ამდენად, ჯანმრთელობის დაზღვევისას სადაზღვევო ინტერესი შესაძლოა ჰქონდეს, როგორც თვითონ ინდივიდს თავისი ან მასზე დამოკიდებული ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის მიმართ, ასევე ორგანიზაციებს თავიანთი თანამშრომლების ჯანმრთელობის მიმართ.

შესაბამისად, შესაძლოა დამსაქმებელი იხდიდეს დასაქმებული თანამშრომლების სადაზღვევო პრემიას სრულად ან ნაწილობრივ. თუმცა, დასაქმებულს აქვს შესაძლებლობა, დამატებითი სადაზღვევო პრემიის გადახდით დააზღვიოს მისი ოჯახის წევრები ან/და გაიუმჯობესოს მისი ან/და ოჯახის წევრების სადაზღვევო პირობები/დაფარვები.

საზოგადოდ, ჯგუფური დაზღვევის დროს არსებობს გარკვეული მოთხოვნები ჯგუფის მიმართ. პირველ რიგში, ჯგუფი არ უნდა იყოს შედგენილი დაზღვევის შეძენის სურვილის ნიშნით. გარდა ამისა, ჯგუფის მოცულობა უნდა აღემატებოდეს გარკვეულ ზღვარს, რომელიც სხვადასხვა კომპანიაში და სხვადასხვა შემთხვევაში შესაძლოა, სხვადასხვა იყოს. ასევე, ანტისელექციის თავიდან ასაცილებლად ჯგუფის შიგნით, როგორც წესი, არსებობს მოთხოვნა, რომ ჯგუფის დაზღვეულ წევრთა რაოდენობა არ უნდა იყოს მთელი ჯგუფის 70-80%-ზე ნაკლები. გავრცელებულია ასევე მოთხოვნა, რომლის მიხედვითაც, დაზღვეული ჯგუფის წევრი უნდა იმყოფებოდეს აქტიურ შრომით მდგომარეობაში (რეგულარულად უნდა დადიოდეს სამსახურში).

ჯგუფური დაზღვევის ანდერაიტიზაციას განიხილება არა ინდივიდები, არამედ მთელი ჯგუფის მახასიათებლები. ჯგუფების შეფასებისას გამოიყენება ავადმყოფობის მაჩვენებლები და ცხრილები.



ტიპიურად, ჯგუფური კონტრაქტები ფორმდება ერთი წლით, განახლების პირობით. ყოველი წლის პრემია ფარავს მხოლოდ იმ წლის ბარალებს. ყოველ წელს შესაძლოა დადგინდეს ახალი პრემია, ჯგუფში მომხდარი ცვლილებებიდან გამომდინარე.

სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევისას ბიზნესის უდიდეს ნაწილს წარმოადგენს ჯგუფური დაზღვევები. ვინაიდან დაზღვევის ეს ფორმა მრავალი თვისებით და მაჩვენებლით მიმზიდველია, როგორც მზღვეველისთვის, ასევე დაზღვეულებისთვის. კერძოდ, დაზღვეულებისთვის გაცილებით უფრო ადვილი და შეღავათიანია სამედიცინო დაფარვის შეძენა ჯგუფის შემადგენლობაში, ვიდრე ინდივიდუალურად, ხოლო მზღვეველისთვის მიმზიდველია ის გარემოება, რომ ერთი ხელშეკრულების დადების შედეგად აზღვევს მთლიან პორტფელს, რომელიც თავისთავად მეტწილად დაბალანსებულია.

სამედიცინო დაზღვევის პოლისებით გათვალისწინებულია მთელი რიგი გამონაკლისები, რომლებიც პოლისის მიხედვით არ იფარება. პირველ რიგში, ეს დაკავშირებულია ისეთი დაავადებების მკურნალობის ხარჯების ანაღურებასთან, რომლებიც არის გრძელვადიანი და ძვირადღირებული. როგორც წესი, პოლისებში არის შემდეგი გამონაკლისები: ფსიქიატრიული, ოფთალმოლოგიური, ბალნეოლოგიური, ვენერიული, დიაბეტური დაავადებები. ასევე გამონაკლისებს მიეკუთვნება ის დაავადებები, რომლებიც დაზღვეულს დაზღვევამდე აწუხებდა და ქრონიკული ფორმით მიმდინარეობს. გარდა ამისა, მაღალრისკიანი სპორტის სახეობებში, კანონსაწინააღმდეგო თუ საომარ მოქმედებებში მონაწილეობის შედეგად საჭირო სამედიცინო მომსახურებები. ასევე გამონაკლისებს მიეკუთვნება ის სამედიცინო მომსახურებები, რომლის აუცილებლობა გამონკვეულია დაზღვეულის მიერ თავისი ჯანმრთელობისა თუ სიცოცხლის მიზანმიმართული დაზიანებით (თვითდაშავება, თვითმკვლელობის მცდელობა და სხვა).

აღნიშნული გამონაკლისები არის თითქმის ყველა პოლისში. თუმცა, ეს არ არის გამონაკლისების სრული ნუსხა. გამონაკლისები იცვლება სხვადასხვა პოლისში იმის მიხედვით, თუ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რომელი მაღალი რისკის მატარებელია ესა თუ ის დაზღვეული/დაზღვეულთა ჯგუფი.

დამზღვევი/ორგანიზაცია აზღვევს თანამშრომლის და მისი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობას მისთვის სასურველი დაზღვევის პირობებით. სასურველი დაზღვევის პირობების/დაფარვების მოძიებისას ხდება:

- სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევისათვის გამოყოფილი ფიქსირებული ბიუჯეტის პირობებში მაქსიმალურად სასურველი დაფარვების/პირობების შეთავაზების მიღება მზღვეველებისგან;
- წინასწარ განსაზღვრული სასურველი დაფარვების/პირობების ფარგლებში ოპტიმალური სადაზღვევო პრემიის შეთავაზების მიღება მზღვეველებისგან.

ორივე შემთხვევაში დამზღვევი არჩევანს აკეთებს რამდენიმე მზღვეველს შორის. შესაძლოა, ამ არჩევანის პროცესში გამოყენებული იყოს ტენდერი ან მზღვეველებთან უშუალო თანამშრომლობა.

### ბიბლიოგრაფია (თავი 3):

1. არასიცოცხლის დაზღვევის სახელმწიფოებრივი რეგულირება. არჩილ ცერცვაძე, ლევან კალანდაძე, შოთა დავითაშვილი 1999წ;
2. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი და სახელმწიფოებრივი რეგულირება. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის წლიური ანგარიში 2001 წელი;
3. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი და სახელმწიფოებრივი რეგულირება. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის წლიური ანგარიში 2003 წელი;
4. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი და სახელმწიფოებრივი რეგულირება. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის წლიური ანგარიში 2004 წელი;
5. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი და სახელმწიფოებრივი რეგულირება. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის წლიური ანგარიში 2005 წელი;
6. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი და სახელმწიფოებრივი რეგულირება. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის წლიური ანგარიში 2006 წელი;
7. სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სტატისტიკური მონაცემები 2007-2020 <https://www.insurance.gov.ge/ka/Statistics>
8. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010. საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია. შორენა ჯადუგიშვილი <http://www.insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/shorena%20jadugishvili.pdf>
9. სადაზღვევო ბაზრის ისტორია 2010-2016 . საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია. რუსუდან ლემკაშელი და შორენა ჯადუგიშვილი, [http://www.insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/%E1%83%9E%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%A2%E1%83%98%201\\_1.pdf](http://www.insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/%E1%83%9E%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%A2%E1%83%98%201_1.pdf)
10. სადაზღვევო ბაზრის ისტორია 2016-2020 . საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია. შორენა ჯადუგიშვილი,
11. სალექციო მასალა - გურამ მირზაშვილი

## თავი 4. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების საერთაშორისო გამოცდილება

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისა და განვითარების შესატყვისი სტრატეგიების განსაზღვრისთვის საერთაშორისო გამოცდილების გამოიყენება აუცილებელია. უფრო კონკრეტულად კი, იმ ქვეყნების, რომლებმაც უკანასკნელ წლებში საკუთარი ჯანდაცვის სისტემების საფუძვლიანი რეფორმირებით რეალურ წარმატებას მიაღწიეს ჯანმრთელობის საყოველთაობის თვალსაზრისით.

წარმოდგენილი ანალიტიკური მიმოხილვა ემსახურება ევროკავშირისა და რამდენიმე სხვა, უნივერსალური ჯანდაცვის კუთხით წარმატებული ქვეყნის სისტემების შედარებას, რომლის საფუძვლზეც შეიძლება კომპონენტები მაქსიმალურად მოსახერხებელი და პერსპექტიული ჯანდაცვის მოდელისთვის საქართველოში დასაწერგად.

თითოეული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პროფილის მკაფიოდ წარმოსაჩენად კვლევა ეყრდნობოდა მოდელის აღწერილობასა და ამ მოდელების რიგ მახასიათებელ პარამეტრებს. ასევე, ჯანმრთელობის საერთაშორისო ინდიკატორებს. მოპოვებული ინფორმაციის სისტემატიზაციისა და გაანალიზების შემდეგ, პროექტის კვლევითი კომპონენტის მონაცემების გათვალისწინებით, შერჩეულ იქნა საქართველოსათვის განსაკუთრებით საყურადღებო ქვეყნების - ნიდერლანდების, ისრაელისა და შვეიცარიის, ჯანდაცვის სისტემები, რისთვისაც განხორციელდა სამაგიდო კვლევის მეორე ეტაპი, რომელიც ფოკუსირებული იყო შემდეგ საკითხებზე:

- ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებისა და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის დანერგვის გამოცდილება;
- ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევისა და სხვა ჯანდაცვითი პროექტებით განსაზღვრული სერვისები და აქტივობები;
- სამედიცინო სერვისების მიწოდების სისტემა და პროვაიდერები;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები;
- საყოველთაო ჯანდაცვა და მედიკამენტები

### 4.1. ევროკავშირის ქვეყნების ჯანდაცვის მოდელები

ინფორმაცია და მონაცემები ევროკავშირის 26 ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების მოდელებისა და მახასიათებლების შესახებ გამოყენებულია ევროკომისიის, ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციისა და ჯანმო-ს ევროპის ჯანმრთელობის ობსერვატორიის მიერ მომზადებული დოკუმენტებიდან, მსოფლიო ბანკისა და გაეროს SDG ვებგვერდებიდან.

ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი მახასიათებელი ინფორმაცია წარმოდგენილია დანართებში. ნიშანდობლივია, რომ 26-ვე ქვეყნის ჯანდაცვის პრიორიტეტული ამოცანა თავისი მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებით მაქსიმალური მოცვაა, რასაც, თუ დავყვართ სტატისტიკას, წარმატებით ახერხებენ. ამასთან ერთად, ამ ქვეყნების დიდი უმრავლესობა (19 ქვეყანა) უნივერსალური ჯანდაცვის უზრუნველყოფას ქვეყანაზე მორგებული სოციალური დაზღვევის სხვადასხვა სქემების საშუალებით ახდენს, ხოლო დანარჩენი (7 ქვეყანა) ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო მოდელს იყენებს.

როგორც ირკვევა, სოციალური დაზღვევის მოდელი (უფრო სწორად, მისი ზოგიერთი თანამედროვე მოდიფიკაცია) უფრო ადეკვატურად პასუხობს ჯანმრთელობის დაცვის ძალიან სერიოზულ თანამედროვე გამოწვევებს, ეფექტიანი მართვის, ხარჯთეფექტიანობის, სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფისა და, რაც მთავარია, უნივერსალური მოცვის კუთხით.

ჯანმრთელობის დაზღვევა სოციალური დაზღვევის მოდელებში სავალდებულოა და შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზითაა უზრუნველყოფილი.

განსაკუთრებულ ყურადღებას კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი იმსახურებს, რომელიც ჯერ ნიდერლანდებში დამკვიდრდა (1993) და შემდეგ ამა თუ იმ ფორმით განვითარდა შვეიცარიაში, ისრაელსა და სლოვაკეთში. ასევე, კიდევ რამდენიმე ქვეყანა ამზადებს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმას ამ მოდელის დანერგვის მიზნით (დანართები: 1, 2, 3, 4).

## 4.2 ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევის წარმატებული მოდელები: ნიდერლანდები, ისრაელი, შვეიცარია

მეოცე და ოცდამეერთე საუკუნეების მიჯნაზე არაერთი განვითარებული ქვეყნის მთავრობის დღის წესრიგში დადგა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საფუძვლიანი რეფორმირების საკითხი იმდროინდელი გამოწვევების საპასუხოდ. რეფორმების სტრატეგიულ ამოცანას მოსახლეობისთვის მრავალმხრივ ეფექტიანი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მისაწვდომობის გაზრდა წარმოადგენდა.

ნიდერლანდებმა, ისრაელმა და შვეიცარიამ არაერთი სირთულის გადალახვის შემდეგ წარმატებით გაართვეს თავი ამ ამოცანას. ყველა ამ ქვეყნის მოსახლეობა სრულად და დროულად არის უზრუნველყოფილი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით, რაც მნიშვნელოვანწილად ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის მოდელზე დაფუძნებული, რეფორმირებული ჯანდაცვის სისტემის გამართულად ფუნქციონირების შედეგია.

**ნიდერლანდები** - ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელი ქვეყანაში 1941 წლიდან ფუნქციონირებს. რეფორმამდე მოსახლეობის, დაახლოებით, 63% იფარებოდა დაზღვევის სამედიცინო მომსახურებით, მაშინ, როდესაც უფრო შეძლებული ფენა სარგებლობდა კერძო დაზღვევით, ხოლო მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი დარჩენილი იყო დაზღვევის გარეშე. დაზღვევის ამ მოდელის დაბალეფექტიანობამ და შესაბამისად, სერვისების მიღების მომლოდინეთა გრძელმა სიებმა სათავე დაუდო მართული კონკურენციის მოდელზე დაფუძნებულ, ბაზარზე ორიენტირებულ რეფორმას, რომლის ავტორია ნიდერლანდური წარმომავლობის ამერიკელი ეკონომისტი ალენ ენტჰოვენი.

თითქმის ოცწლიანი მოსამზადებელი ეტაპის შემდეგ, 2006 წელს, ჩატარდა ჯანდაცვის ფუნდამენტური რეფორმა, რომელმაც შექმნა სისტემის ახალი სტრუქტურები და მმართველობის მექანიზმები. შედეგად დაინერგა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ერთიანი სისტემა, რომელიც კონკურენციის პრინციპს ეყრდნობა და რომელშიც დაზღვეულთა მოზიდვისთვის კერძო სადაზღვევო კომპანიები კონკურირებენ ერთმანეთთან.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო სქემა ძირითადად ორი კანონით რეგულირდება (სამედიცინო დაზღვევის შესახებ [2006] და ექსკლუზიური სამედიცინო ხარჯების შესახებ [2015]).

დამზღვევებსა და სერვისების მიმწოდებლებს გარკვეულ ფარგლებში ეძლევათ სამედიცინო სერვისების ფასებთან, მათ მოცულობებთან და ხარისხთან მიმართებით შეთანხმების შესაძლებლობა. ამასთან ერთად, დამზღვევს შეუძლია მოგების მიღება და აქციონერებისთვის დივიდენდების გადახდა. სადაზღვევო კომპანიების ვალდებულებაა ახალი კლიენტების მიღება. მათ ეკრძალებათ სადაზღვევო პრემიის ოდენობის შეცვლა რისკის არსებობის შემთხვევაშიც (ასაკი, თანხმლები დაავადების სიმძიმე და ა.შ.).

მთავრობამ უარი თქვა სისტემაში ჩარევაზე და აიღო სამედიცინო მომსახურების პროცესის გარანტორის როლი, თავად ამ პროცესში უშუალო მონაწილეობის გარეშე. პასუხისმგებლობა გადაეცა მზღვეველებს, ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და დაზღვეულებს. ამ მოდელში სახელმწიფო პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგზე, ასევე ფიზიკურ და ეკონომიკურ ხელმისაწვდომობაზე.

ახალ სისტემაზე ბაზრის ნეგატიური ზეგავლენების თავიდან აცილების მიზნით შეიქმნა დამოუკიდებელი ორგანიზაციებით წარმოდგენილი საზედამხებველო სისტემა.

გრძელვადიანი მკურნალობის სექტორში ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლებს შორის გაზრდილმა კონკურენციამ სისტემაში არაერთი სასიკეთო ცვლილება გამოიწვია. მუნიციპალიტეტებისთვის ბინაზე მოვლის უფლებამოსილებების გადაცემის შედეგად შესაძლებელი გახდა ამ ტიპის მომსახურების ორგანიზების უფრო დივერსიფიცირებული მექანიზმების შექმნა. 2018 წელს იყო 10 მზღვეველი, მაგრამ სადაზღვევო ბაზარზე დომინირებდა ოთხი უდიდესი სადაზღვევო კონგლომერატი, რომლებზეც ჩარიცხვათა 90% მოდიოდა. ყველა მზღვეველი მუშაობს არაკომერციულ რეჟიმში.

2011 წლიდან დღემდე ნიდერლანდებში დაუზღვეველთა რაოდენობა სტაბილურად მცირდება. 2017 წლის დასაწყისში დაუზღვეველი მხოლოდ 23 000 ადამიანი აღმოჩნდა, რაც მოსახლეობის 0.2 პროცენტია.

**ისრაელი** - გასული ათწლეულების განმავლობაში ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევის ფონდებმა მნიშვნელოვანი როლი შეასრულეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის დანერგვამდე ეს ფონდები უზრუნველყოფდა ქვეყანაში სამედიცინო სერვისების უმეტესობის მიწოდების.



1988 წელს მთავრობამ ეროვნული ჯანდაცვის პრობლემების შესასწავლად შექმნა კომისია, რომელსაც „ნეთანიაჰუს კომისიასაც“ უწოდებენ. ამ კომისიამ სისტემის ისეთი სერიოზული პრობლემები გამოავლინა, როგორცაა: (i)სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაბამისობა მოსახლეობის მოლოდინებთან; (ii)ჯანდაცვის სამინისტროს არაეფექტიანობა და რესურსების სიმწირე; (iii)ჯანდაცვის სამინისტროს ერთდროულად მონანიღობა სამედიცინო მომსახურების რეგულირებისა და მიწოდების პროცესებში; (iv)ბუნდოვანება ფინანსირებისა და ბიუჯეტის შედგენის პროცესებში; (iv)ცუდი მენეჯმენტი და მართვის ბერკეტების არარსებობა; (v)მუშაკების კმაყოფილებისა და მოტივაციის დაბალი დონე.

ამ უმნიშვნელოვანესი პრობლემების მოსაგვარებლად შემუშავებული რეკომენდაციების პაკეტით განისაზღვრა რეფორმის ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებები და პრიორიტეტები: ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის შესახებ კანონის შემუშავება და ამოქმედება; ჯანდაცვის სამინისტროს რეორგანიზაცია სამედიცინო მომსახურების რეგულირებისა და მიწოდების ერთმანეთისაგან განცალკევების მიზნით; დარგში დეცენტრალიზაციისა და კონკურენციის გაძლიერება; ცენტრალიზებული ფინანსირების სრულყოფა და ანაზღაურების კაპიტაციურ პრინციპზე გადასვლა; სახელმწიფო ჰოსპიტლებში კერძო პრაქტიკის დაშვება; მატერიალური სტიმულების დანერგვა მუშაკთა მოტივაციის გაზრდის მიზნით; საინფორმაციო სისტემების განვითარება და სამეცნიერო კვლევების გაფართოება.

კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ (1995) უზრუნველყოფს ქვეყნის ყველა მოქალაქის ჯანმრთელობის დაზღვევას. მოსახლეობა თავისუფალია ოთხი, ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი, კერძო კომპანიიდან ერთ-ერთის არჩევაში, რომელიც ვალდებულია, დაარეგისტრიროს ყველა მსურველი და პროვაიდერების მემფობით, სამედიცინო ჩვენებების შესაბამისად, უზრუნველყოს იგი მთავრობის მიერ განსაზღვრულ კალათაში შემავალი სამედიცინო სერვისით.

დაზღვევის ამ სქემაში ჩართული ჯანმრთელობის ფონდები, იგივე სადაზღვევო კომპანიები, არაკომერციულია. ჯანმრთელობის ფონდების (კომპანიების) განკარგულებაშია სამედიცინო დანებსებულებების ვრცელი ქსელი: კლინიკები, ჰოსპიტლები, სპეციალიზებული დიაგნოსტიკური ცენტრები და კლინიკები, ქალთა და ბავშვთა კონსულტაციები, სასწრაფო დახმარების ოთახები, აფთიაქები, მოხუცთა თავშესაფრები და გერიატრიული ცენტრები.

დაზღვეულს უფლება აქვს, საცხოვრებლიდან გონივრულად დაშორებულ ადგილზე გონივრული დროის მონაკვეთში მიიღოს გონივრული ხარისხის სამედიცინო მომსახურება. თუმცა, არ არსებობს „გონივრულის“ ოფიციალური განმარტება.

მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები სავალდებულო დაზღვევის სქემაში არ მოიაზრებიან. ესენი არიან ჯარისკაცები, რომლებიც დახმარებას ღებულობენ თავდაცვის სამინისტროდან და პატიმრები, რომლებზეც ზრუნავს პენიტენციური სისტემა. ასევე, დარეგისტრირებული, მაგრამ საბუთის არმქონე უცხოელი მუშაკები, რომლების დაზღვევის პროგრამაში ჩართვა მათი დამქირავებლების ვალდებულებაა; საბუთების არმქონე მიგრანტები; დროებით მცხოვრებლები და ტურისტები.

**შვეიცარიაში** ისტორიულად ჯანმრთელობის დაზღვევას მრავალი მცირე კერძო მზღვეველი უზრუნველყოფდა. საყოველთაო დაფარვის სისტემის დანერგვის რამდენიმე ნაკლებად წარმატებული მცდელობის შემდეგ, 1994 წელს, ფედერალურმა ხელისუფლებამ შემოიღო კერძო დაზღვევის პრინციპზე დაფუძნებული კანონი ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის შესახებ, რომელსაც უნდა მოეხდინა: i)თანასწორობის გაძლიერება საყოველთაო დაფარვის შემოღებით და დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახების სუბსიდირებით; ii)სარგებლის კალათის გაფართოება და ჯანდაცვითი სერვისების გაუმჯობესება და iii)ჯანდაცვის სისტემის მზარდი ხარჯების შეკავება.

კანონი (1996) ყველა მოქალაქეს ჯანმრთელობის დაზღვევის შეძენას, ხოლო კანტონებს – კანონის მოთხოვნათა დაცვის უზრუნველყოფას ავალდებულებს. კანონის თანახმად, ფიზიკური პირი იძენს პერსონალურ სადაზღვევო პოლისს, ხოლო მის კმაყოფაზე მყოფთათვის აუცილებელი ხდება ცალკე პოლისების შეძენა. ახალმა რეზიდენტებმა პოლისი უნდა შეიძინონ შვეიცარიაში ჩასვლიდან სამი თვის განმავლობაში, ხოლო დაფარვა ხდება რეტროაქტიულად, ჩასვლის თარიღის შესაბამისად. დროებითი რეზიდენტი-ვიზიტორი ჯიბიდან იხდის დაზღვევის გადასახადს ან სარგებლობს საკუთარი ქვეყნის დაზღვევით, თუ ასეთი გააჩნია. უსაბუთო იმიგრანტების ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის საკითხი კვლავ გადაუჭრელი პრობლემაა.

2000 წლიდან ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში არაერთი რეფორმა განხორციელდა, რამაც ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემის ოპტიმიზაცია გამოიწვია - შეცვალა საავადმყოფოების დაფინანსება, გააუმჯობესა მედიკამენტებთან დაკავშირებული რეგულაციები, გააძლიერა ეპიდემიებზე კონტროლი, მოახდინა ქვეყნის მასშტაბით ადამიანური რესურსების რეგულაციების ჰარმონიზაცია.

დარგის რეფორმირების შემდგომი ნაბიჯები წარმოდგენილი იყო ფედერალური მთავრობის სტრატეგიულ დოკუმენტში „ჯანმრთელობა 2020“, რომელშიც რეფორმის სამი სფერო იქნა პრიორიტეტი-

ზებული: (i) ინფორმაციის გამოყენების გაუმჯობესება; (ii) ამბულატორიული დახმარების დაგეგმვის გაუმჯობესება; (iii) კონკრეტული საჭიროებების მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესება.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმითა და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის დანერგვით მოსახლეობის ჯანდაცვითი სერვისებით მოცვის მაჩვენებელმა მოკლე დროში მაქსიმალურ ნიშნულს (99%) მიაღწია. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მაღალია, ლოდინის გრძელი სიები პრაქტიკულად გამოირიცხა, რადგან ყველა ლიცენზირებულ, სავალდებულო დაზღვევის სქემაში ჩართულ პროვაიდერს აქვს ყველა განმცხადებლის მიღების ვალდებულება.

## ■ ჯანმრთელობის სავალდებულო და ნებაყოფლობითი დაზღვევა, სხვა ჯანდაცვითი პროგრამები და მათი დაფინანსებისა და მართვის ზოგადი პრინციპები

**ნიდერლანდებში** ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა სამი კომპონენტით არის წარმოდგენილი:

I. ჯანმრთელობის საყოველთაო სავალდებულო საბაზისო დაზღვა - დაზღვევის ეს სქემა რეგულირდება ჯანმრთელობის დაზღვევის კანონით (Zorgverzekeringswet, Zvw), რომლის მიხედვითაც, 18 და მეტი წლის მოქალაქემ უნდა შეიძინოს სადაზღვევო პაკეტი. დაზღვეული ამ პაკეტის ერთ ნაწილს (ნომინალური, ფიქსირებული) იხდის მის მიერ არჩეულ სადაზღვევო კომპანიაში, ხოლო მეორეს (შემოსავლის ოდენობაზე დამოკიდებულს) დამქირავებელი რიცხავს ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში (FMS). ამ ფონდში აკუმულირებული რესურსები ნაწილდება მზღვეველებს შორის დაზღვეულ პირთა ჯგუფებისთვის რისკების გათანაბრების სისტემის შესაბამისად. „სამედიცინო მომსახურების სარგებელი“ დაბალშემოსავლიან ჯგუფებს გარკვეულწილად უმცირებს ჯანმრთელობის დაზღვევის ღირებულებას. 18 წლამდე ასაკის ბავშვი და მოზარდი რეგისტრირდება რომელიმე მშობლის მზღვეველ კომპანიაში, ხოლო მისი სადაზღვევო პაკეტის საფასური ავტომატურად იფარება სახელმწიფოს მიერ.

სადაზღვევო კომპანიებს ევალებათ ყველა განმცხადებლის მიღება, დაზღვეულებს კი ყოველწლიურად კომპანიის შეცვლის უფლება გააჩნიათ. დაზღვეული პირი ჯარიმდება და მისი სადაზღვევო პრემია პირდაპირ შემოსავლიდან გამოირიცხება. საბუთების არმქონე ემიგრანტებს ჯანმრთელობის დაზღვევის შეძენის უფლება არ გააჩნიათ (გადაუდებელი დახმარების, სამედიცინო მომსახურების გარდა). ამის გამო, ისინი მკურნალობის საფასურს ჯიბიდან იხდიან. სამ თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში ქვეყანაში მცხოვრები პირები ვალდებული არიან, შეიძინონ კერძო დაზღვევა. მოკლევადიანმა ვიზიტორმაც უნდა შეიძინოს ვიზიტის ხანგრძლივობის დაზღვევა იმ შემთხვევაში, თუ არ წარადგენს სხვაგან შეძენილი დაზღვევის დამადასტურებელ დოკუმენტს.

გარდა ზემოთ ნახსენები შენატანისა, დაზღვეულმა დაზღვევის ასამოქმედებლად უნდა დაფაროს ფრანშიზას საფასური, რომლის მინიმალურ და მაქსიმალურ ოდენობას 1 წლით ადრე განსაზღვრავს და ასაჯაროებს მთავრობა. ფრანშიზას არგადახდის შემთხვევაში, ბენეფიციარი უზრუნველყოფილია საბაზისო პაკეტის მხოლოდ მინიმალური ვერსიით (იხილეთ ქვემოთ). ძირითადი სამედიცინო მომსახურების (Zvw) ყოველთვიური პრემიის ოდენობა 110 ევროს ფარგლებშია (კონკურენციაში მყოფ მზღვეველთა შორის 5% ცვალებადობით). სავალდებულო გამოქვითვის (ფრანშიზის) ღირებულება, დაახლოებით, 385 ევროა.

II. გრძელვადიანი მოვლა/მკურნალობის სავალდებულო დაზღვევა რეგულირდება ექსკლუზიური სამედიცინო ხარჯების კანონით (WRI, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), ხოლო ფინანსდება, პირველ რიგში, შემოსავლებზე დამოკიდებული პრემიებით. დაზღვევა გულისხმობს ხარჯების განაწილების კომპლექსურ სქემას მზღვეველებსა და დაზღვეულ პირებს შორის. ამ ტიპის დაზღვევის ფარგლებში დახმარება ხორციელდება მხოლოდ მისი მიღების აუცილებლობის დადასტურების შემდეგ. სამედიცინო ბიუროები (Zorgkantoren) პასუხისმგებელი არიან მოვლის ორგანიზებასა და მის უზრუნველყოფაზე. ისინი მოქმედებენ დამოუკიდებლად, მაგრამ მჭიდროდ თანამშრომლობენ ჯანმრთელობის დამზღვევ კომპანიებთან.

III. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ფარავს იმ სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც არ შედის სავალდებულო დაზღვევის ზემოთნახსენებ ორ სქემაში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები და სხვა სოციალური პროექტები (მათ შორის საშინაო მოვლის ზოგიერთი სახეობა) ძირითადად ბიუჯეტიდან იფარება.

**ისრაელის** ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა სამი ძირითადი კომპონენტითაა წარმოდგენილი:

I. ჯანმრთელობის სავალდებულო საბაზისო დაზღვევა, რომელიც ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული კანონით რეგულირდება. ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევა, უპირველეს ყოვლისა, ფინანსდება ჯანმრთელობის მიზნობრივი გადასახადის (22 და მეტი წლის პირთა შემოსავლის 5%) და ბიუჯეტიდან, რომელიც, თავის მხრივ, ფინანსდება ფიზიკურ პირთა პროგრესული სამშრომლო გავლენით.

დასახადით. ჯანმრთელობის გადასახადი ისრაელის მოქალაქის ხელფასის, დაახლოებით, 4,8%-ს შეადგენს. ბავშვები, ქორწინებაში მყოფი ქალები და სხვა სპეციალური ჯგუფები გათავისუფლებული არიან ჯანმრთელობის გადასახადისგან. ჯანმრთელობის დაზღვევის ბიუჯეტს მთავრობა ანაწილებს 4 არაკომერციულ სადაზღვევო კომპანიაზე კაპიტაციის მიხედვით, სადაც გათვალისწინებულია დაზღვეულთა სქესი, ასაკი, გეოგრაფიული განაწილება და ხუთი ქრონიკული, სამკურნალოდ ძვირადღირებული დაავადება.

II. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც მოიცავს იმ სამედიცინო სერვისებს, რომელიც არ შედის ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სქემაში. ეს დაზღვევა ფარავს ჯანმრთელობის ეროვნული ხარჯების 14%-ს (2016). კომერციული ნებაყოფლობითი დაზღვევა, როგორც წესი, უფრო ყოვლისმომცველი, ინდივიდუალურად უფრო მორგებული და შესაბამისად, უფრო ძვირია. მისი შექმნა შეუძლიათ ინდივიდებს და დასაქმებულ ჯგუფებს. ქვეყნის პრაქტიკულად ყველა მოქალაქე იძენს ნებაყოფლობითი დაზღვევის სერვისებს ოთხიდან ერთ რომელიმე არაკომერციული სადაზღვევო კომპანიის ან კომერციულ მზღვეველთაგან, ან ორივესგან. 2016 წლის მონაცემებით, ქვეყნის მრეწველობის მოსახლეობის 84%-ს ჰქონდა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა, ხოლო 57% დამატებით ჩართული იყო კომერციული დაზღვევის პროგრამაში.

III. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სხვა სოციალური პროგრამები (იმუნიზაცია, ვაქცინაცია, ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, ჩვილების განვითარების სკრინინგი, მშობიარობის შემდგომი ზრუნვა, გრძელვადიანი მოვლა/მკურნალობა და სხვა) იფარება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ბიუჯეტიდან.

**შვეიცარიას** ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევას დაფინანსების სამი წყარო აქვს: 1. სადაზღვევო პრემიები (ჯანმრთელობის მთლიანი ხარჯების 35.6% [2016]); 2. ზოგადი/საერთო გადასახადები (General taxes), კანტონების, მუნიციპალიტეტების და ფედერალური გადასახადები (რომლითაც დაიფარა ჯანდაცვის დანახარჯები, შესაბამისად 17,3; 15,0; 1,8; 0,4% [2016]); და 3. კონტრიბუციები სოციალური დაზღვევის სხვა სქემებში (მათ შორის სამხედრო, ხანდაზმულთა და შშმ დაზღვევა) – 10% [2016].

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის უზრუნველყოფა არის კანტონების ბირჟებზე ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი არაკომერციული მზღვეველების მოვალეობა. მზღვეველები იმყოფებიან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფედერალური ოფისის ზედამხედველობის ქვეშ. ჩვეულებრივ სამოცამდე (56 - 2019 წელს) დამზღვევი სამი ასაკობრივი ჯგუფისათვის (18 ≤ , 19–25, ≥26) განკუთვნილ პოლისებს 6 დონის ფრანშიზით წარმოადგენს კანტონის ბირჟაზე.

სერვისების სტანდარტული მოდელის გარდა (მაგალითად, ექიმის თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა), არსებობს ალტერნატიული ვერსიები, რომელთა შემთხვევაში პროვაიდერის არჩევანი შეიძლება შეზღუდული იყოს - ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციების ჩართულობა; ოჯახის ექიმის მოდელი, რომლებიც საჭიროებენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის „შეკარბის“ ფუნქციას; call-ცენტრები და „ცხელი ხაზები“.

ჩვეულებრივ, დაზღვეულთა დიდი უმრავლესობა ირჩევს ალტერნატიულ დაზღვევას. ზოგიერთი მზღვეველი სთავაზობს უბედური შემთხვევის დაფარვასაც.

2018 წელს შვეიცარიაში საშუალო წლიური პრემია იყო 5,584 შვეიცარიული ფრანკი (6,085 USD). ამავე დროს, პრემიების ოდენობები სადაზღვევო კომპანიების მიხედვით ცვალებადია. ფიზიკური პირი პრემიას იხდის მისვე შერჩეული დამზღვევის საშუალებით. ცენტრალური ფონდი ახდენს მასში შესული სახსრების გადანაწილებას მზღვეველთა შორის რისკის გათანაბრების სქემის შესაბამისად, რომელიც კორექტირდება კანტონის სპეციფიკის, ასაკის, სქესისა და წინა წლის ძირითადი ხარჯების (საავადმყოფოებსა ან მოხუცთა სახლებში ყოფნის დრო, ფარმაცევტული ხარჯები და სხვა) მიხედვით.

ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევას ქვეყნის მოსახლეობა იყენებს იმ მომსახურების დასაფარად, რომელთაც სავალდებულო დაზღვევის პაკეტი არ ითვალისწინებს (მაგალითად, საავადმყოფოების ან ექიმების თავისუფალი არჩევანი, ან განსაკუთრებულ პირობებში სტაციონარული დახმარების მიღება). დაზღვევის ეს სახე რეგულირდება შვეიცარიის ფინანსური ბაზრის ზედამხედველობის სამმართველოს მიერ. მზღვეველებს განმცხადებლისთვის სერვისის მიწოდებაზე უარის თქმის უფლება გააჩნიათ, სარგებლის კალათაში ცვლილებების შეტანის, პრემიის კორექტირების და სამედიცინო ისტორიის მიხედვით. მომსახურების ფასები, როგორც წესი, შეთანხმებულია უშუალოდ დამზღვევებსა და პროვაიდერებს შორის. სავალდებულო მზღვეველებისგან განსხვავებით, ნებაყოფლობითი მზღვეველები არიან მომგებიანი ორგანიზაციები. თუმცა, მათ ხშირად არაკომერციული ფილიალებიც გააჩნიათ, რომლებიც ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სქემის მიხედვით მუშაობენ. ჩვეულებრივ, ნებაყოფლობითი დაზღვევა ფარავს მოსახლეობის 50%-ს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები და სხვა სოციალური პროექტები კანტონების ბიუჯეტებიდან იფარება.



## მთავრობებისა და სხვა ორგანიზაციების ადგილი და როლი ჯანმრთელობის დაზღვევის და სხვა ჯანდაცვით სტრატეგიებში

საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელი ვერ იქნება ეფექტიანი და წარმატებული მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის სამინისტრო ერთდროულად მონაწილეობს სამედიცინო მომსახურების რეგულირებისა და მიწოდების პროცესებში, არ გააჩნია ახალი სისტემის მართვის ადეკვატური რესურსები და ზოგადად, არ არის განახლებადი ჯანდაცვის თანამედროვე გამოწვევების საპასუხოდ.

ქვეყნების მთავრობებმა უარი თქვეს დაზღვევის ახალ სისტემაში უშუალო მონაწილეობაზე და აიღეს მისი ფუნქციონირების გარანტორის როლი, ხოლო პასუხისმგებლობები გადაეცა მზღვეველებს, ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და დაზღვეველებს. ამასთან ერთად, სახელმწიფოები პასუხისმგებელი არიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგზე და სერვისების ფიზიკურ და ეკონომიკურ ხელმისაწვდომობაზე.

ახალ სისტემაზე ბაზრის ნეგატიური ზეგავლენების თავიდან აცილების მიზნით, შეიქმნა დამოუკიდებელი ორგანიზაციებით წარმოდგენილი საზედამხებდველო სისტემა (დანართები 6, 7, 8).

## ჯანმრთელობის დაზღვევითა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურება

მთლიანობაში, სამივე ქვეყნის ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის საბაზისო პაკეტები ერთმანეთის მსგავსია, ხოლო არსებული გარკვეული განსხვავება ჯანდაცვის სისტემების სპეციფიკით და მათი ეკონომიკური პოტენციალებით შეიძლება აიხსნას.

საბაზისო პაკეტების სერვისები მკაფიოდაა აქცენტირებული ამბულატორიულ მომსახურებაზე, სრულიად ადეკვატურია ამბულატორიულ რეჟიმში მედიკამენტებით მკურნალობის კომპონენტი.

მნიშვნელოვანი ადგილი აქვთ დათმობილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და, შესაბამისად, პრევენციული მედიცინის სერვისებს, რაც პირველ რიგში შვეიცარიის პროგრამაზე უნდა ითქვას.

განსაკუთრებით საყურადღებოა სოციალური მკურნალობა/მოვლისა და მხარდაჭერის პროექტების სიმრავლე, რომელთაც თანამშრომლობა/კოორდინაციაშია „პაკეტს გარე“ სოციალურ პროგრამებთან.

სავალდებულო დაზღვევის უნივერსალური პაკეტი		
ნიდერლანდები	ისრაელი	შვეიცარია
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზოგადი პრაქტიკის ექიმის კონსულტაცია</li> <li>• ექიმ სპეციალისტის კონსულტაცია</li> <li>• სტაციონარული მკურნალობა</li> <li>• ფსიქიატრის/ფსიქოლოგის კონსულტაცია</li> <li>• სტომატოლოგიური დახმარება (18 ≤)</li> <li>• ნამლების გამოწერა და მათი ღირებულების ანაზღაურება</li> <li>• ფიზიოთერაპია სერვისები (18 ≤)</li> <li>• ბინამზე საექთნო მოვლა</li> <li>• ჯანმრთელობის განმტკიცების პროგრამები</li> <li>• ამბულატორიულ ფსიქიატრიული დახმარება მსუბუქი/საშუალო ფსიქიკურ აშლილობათა დროს</li> <li>• ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარება გართულებული და მწვავე ფსიქიკური აშლილობის დროს</li> </ul> <p><b>საბაზისო პაკეტის მინიმალური ვერსია (ფრანშიზას არგადახდის შემთხვევაში)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სტომატოლოგიური მომსახურება (18 ≤)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვა და სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება</li> <li>• დიაგნოსტიკური გამოკვლევები</li> <li>• მედიკამენტების გამოწერა და მათი ანაზღაურება</li> <li>• სტაციონარული მკურნალობა</li> <li>• ძირითადი პრევენციული სერვისები</li> <li>• ფსიქიატრიული დახმარება</li> <li>• სტომატოლოგიური დახმარება (18 ≤ და 75+ ასაკის პირებისთვის)</li> <li>• ორსულთა მოვლა</li> <li>• დამატებითი სამედიცინო დახმარება (ფიზიოთერაპია, შრომით თერაპია, სამკურნალო კვება, ლოგოპედი)</li> <li>• ხანგრძლივი გამოყენების ზოგიერთი სამედიცინო აღჭურვილობა (ეტლები, ორთოპედიული საშუალებები)</li> <li>• ლიმიტირებული პალიატიური და პოსპიტალური დახმარება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• უპირატესად ზოგადი პრაქტიკის ექიმის და ექიმ სპეციალისტების სერვისები</li> <li>• ფარმაცევტული და სამედიცინო მონაცემები (ვრცელი სია)</li> <li>• სტაციონარული მკურნალობა</li> <li>• ბინამზე მოვლის სერვისები (Spitex)</li> <li>• ფსიქოთერაპია (ჩვენებებით)</li> <li>• ზოგიერთი პროფილაქტიკური ღონისძიება, მათ შორის შერჩევითი ვაქცინაცია, ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი ზოგიერთი გამოკვლევა და სკრინინგები მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისთვის</li> <li>• ორსულთა პატრონაჟი, მშობიარობა, მელოგინეთა და შემდგომ პერიოდში მოვლა</li> <li>• ფსიქიკური დაავადების ამბულატორიულ პირობებში მართვა</li> <li>• სამედიცინო ჩვენებით გრძელვადიანი მოვლა პოსპიტალური სერვისები (ძირითადი დაავადების გამო)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზოგადი პრაქტის ექიმთან ვიზიტი</li> <li>• პირველი საჭიროების წამლები (სიის შესაბამისად)</li> <li>• ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებებში საღამო საათებსა და უქმე დღეებში სამედიცინო დახმარების განწევა</li> <li>• სახლის პირობებში ორსულთათვის სამედიცინო დახმარების განწევა, მელოგინეობის პერიოდში დახმარების ჩათვლით</li> <li>• ავადმყოფთა სახლის პირობებში მოვლა</li> </ul>		
--	--	--

გრძელვადიანი მოვლა/მკურნალობის სერვისები სავალდებულო დაზღვევაში მხოლოდ ნიდერლანდებს აქვს შეტანილი. ეს კომპონენტი სრულიად ავტონომიურია და არ შედის საბაზისო პაკეტში. თუმცა, არის მისი სერვისების მნიშვნელოვანი შემავსებელი.

გრძელვადიანი მოვლა/მკურნალობა მოიცავს ინტერნატებში ცხოვრებას, პირად მოვლას, ზედამხედველობას, სამედიცინო მომსახურებასა და საექთნო სერვისებს. ასევე, დამხმარე სამედიცინო საშუალებებით უზრუნველყოფასა და სატრანსპორტო მომსახურებას.

პაციენტებს, რომელთაც მუდმივი მეთვალყურეობა ან 24-საათიანი დახმარება ესაჭიროებათ, გრძელვადიანი მოვლის მიღების შესაძლებლობა ეძლევათ გამწვავების ან სერიოზული ზიანის თავიდან აცილების მიზნით. საჭიროებების შეფასების ცენტრი (Centrum Indicatiestelling Zorg) არის ის სახელმწიფო დაწესებულება, რომელიც მხოლოდ კლინიკური საჭიროებიდან გამომდინარე ზემოთ აღნიშნული დახმარების განწევაზე გადაწყვეტილებას ღებულობს.

დაბალშემოსავლიან ადამიანებს ზემოთ ნახსენები კომპონენტისა და სხვა სოციალური დაცვის პროგრამების პრემიების დასაფარად ნიდერლანდების მთავრობა სუბსიდიებს სთავაზობს.

## ■ ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა

იმის გათვალისწინებით, რომ სამივე ქვეყანაში საკმაოდ წარმატებული სავალდებულო დაზღვევა არსებობს, კომერციული დაზღვევის სექტორი მძლავრადაა განვითარებული და შესაბამისად, საბაზისო პაკეტის სრულფასოვან შემავსებელს წარმოადგენს.

ნიდერლანდებსა და შვეიცარიაში მოსახლეობის დიდი უმეტესობა (შესაბამისად 84% და 72%) დამატებით იძენს კერძო დაზღვევას, ისრაელში ასეთების რაოდენობა ნაკლებია (25%).

სამივე ქვეყანაში ნებაყოფლობით შეძენილი სხვადასხვა ზომის თუ „შინაარსის“ სადაზღვევო პაკეტებში შემავალი სერვისებისა და საშუალებების ნუსხა პრაქტიკულად იდენტურია - სტომატოლოგიური სერვისები, ფიზიოთერაპიული პროცედურები, გარკვეული მედიკამენტები, სათვალეები (ლინზები), ასევე ბინაზე თუ ბინის გარეთ მოვლის სერვისები, ხანგრძლივი მოვლა/მკურნალობა (მხოლოდ შვეიცარიაში, რადგან ნიდერლანდებში ის იფარება სავალდებულო დაზღვევით, ხოლო ისრაელში - ბიუჯეტიდან სოციალური პროგრამით).

კერძო დაზღვევის შეძენა ხდება ასევე სტაციონარული მკურნალობის თუ მშობიარობის პირობების გასაუმჯობესებლადაც (კომფორტული სამკურნალო დაწესებულებები ან პალატები და სხვა).

## ■ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვით განსაზღვრული მომსახურება (იმუნიზაცია, სკრინინგი, ინფექციური სნეულებების კონტროლი და სხვა) სამივე ქვეყანაში ბიუჯეტებით იფარება და შესაბამისად, მოსახლეობისათვის უფასოა.

		ნიდერლანდები	ისრაელი	შვეიცარია
	საკუთრება	კერძო	კერძო, არამომგებიანი	კერძო
პირველადი ჯანდაცვის ეჭიმები	ანაზღაურება	მთავარი საქმიანობები კაპიტაციისა და მომსახურების საფასურის მიხედვით	საშტატო განრიგი ან კონტრაქტი, კაპიტაციისა და ზოგიერთი მომსახურების საფასურის მიხედვით	უპირატესად მომსახურების საფასურის მიხედვით; ზოგჯერ კაპიტაციით – მართული მოვლის გეგმის ფარგლებში
	„მეკარიბჟის“ ფუნქცია	დიახ	მხოლოდ health plans სისტემის 1/4-ის შემთხვევაში	მხოლოდ ზოგიერთი მართული მოვლის გეგმის ფარგლებში
	პაციენტის რეგისტრაციის სატიროება	არა თუმცა, ბევრი რეგისტრირდება ნებაყოფლობით	მხოლოდ health plans სისტემის 1/2-ის შემთხვევაში	ზოგადად არა, ზოგიერთი მართული მოვლის გეგმის გამოკლებით
ჰოსპიტალები	საკუთრება	კერძო, არამომგებიანი	უპირატესად საზოგადოებრივი და არაკომერციული, დანარჩენი კომერციული	საზოგადოებრივი და კერძო
	ანაზღაურება	დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პრინციპით, გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში	ჰოსპიტალური მომსახურება: დღიური ანაზღაურება ან დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პრინციპით	სტაციონარული სერვისები - დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პრინციპით; ამბულატორიული სერვისები - განუღი მომსახურების საფასურის შესაბამისად

## სამედიცინო სარვისების მიწოდების სისტემა და პროვაიდერები

### პროფესიონალური რესურსები

სამივე ქვეყანაში ეჭიმების რაოდენობის რეგულირება ხდება, როგორც საუნივერსიტეტო, ისე ნაციონალურ დონეებზე.

**ნიდერლანდებში** ხარისხის სააგენტო (Capaciteitsorgaan) და ჯანდაცვის სამინისტრო თანამშრომლობენ დიპლომის შემდგომი სასწავლო პროგრამების განვითარებისა და ეჭიმთა სერტიფიცირების სფეროებში, მოთხოვნა-მიწოდების დაბალანსებისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. სოფლებსა და დაშორებულ რეგიონებში ეჭიმებისა და ფარმაცევტების სიმწირე დღემდე მოუგვარებელი პრობლემაა.

**ისრაელში** ეჭიმების დეფიციტია. ამასთან ერთად, 65 წლის და მეტი ასაკის ისრაელელ ეჭიმთა ნახევარზე მეტს (58%) უმაღლესი სამედიცინო განათლება საზღვარგარეთ აქვს მიღებული (2015).

ეჭიმების დეფიციტის აღმოსაფხვრელად მთელს ქვეყანასა და განსაკუთრებით მის შორეულ რაიონებში მთავრობამ 2011 წელიდან გაზარდა ეჭიმის შტატი ქვეყნის საავადმყოფოებში და დაანესა ფინანსური სტიმულები (ერთჯერადი პრემიები და სახელფასო დანამატები) კურსდამთავრებულთათვის დაშორებულ რაიონებში მუშაობისთვის მოტივაციის გასაზრდელად. ამ ინიციატივამ დაწერგისთანავე დადებითი ტენდენციის გაჩენა გამოიწვია.

**შვეიცარიაში** სამედიცინო სპეციალობების დაუფლება საჯარო უნივერსიტეტებში ექვსწლიანი პროგრამის მიხედვით წარმოებს. სასწავლო პროგრამების სტანდარტი ფედერალურ დონეზე განისაზღვრება. ფედერალური სამედიცინო დიპლომის მიღების შემდეგ კურსდამთავრებულები სპეციალისტებად მომზადების ფაზაზე გადადიან. «სპეციალისტის» წოდება არის დამოუკიდებელ სამედიცინო პრაქტიკაში მონაწილეობის უფლების მოპოვების ერთ-ერთი პირობა. მიუხედავად იმისა, რომ დარგისათვის პროფესიონალთა მომზადება და ეროვნული პოტენციალის გაზრდა ფედერალური მთავრობის მიერ შემუშავებული „სტრატეგია 2020“-ის მაღალი პრიორიტეტი იყო, გარკვეულ უნივერსიტეტებს სტუდენტების რაოდენობის შემზღუდვის უფლება შენარჩუნებული ჰქონდათ.



## პირველადი ჯანდაცვა

**ნიდერლანდებში**, 2017 წლის მდგომარეობით, რეგისტრირებული იყო 13 364 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (GP) და 23 236 ექიმი სპეციალისტი. ამ ექიმების 82% მუშაობდა ჯგუფურად (2–7 ექიმი ჯგუფში) და 18% – ინდივიდუალურად. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ნიდერლანდების ჯანდაცვის ცენტრალური ფიგურაა. სრულ განაკვეთზე პრაქტიკის ზომა 2,200 ადამიანამდეა. ხშირად ზოგადი პრაქტიკის ექიმს მინიჭებული აქვს ამ პოზიციისათვის კუთვნილი ე.წ. „მეკარიბჭის“ ფუნქცია. ქრონიკული შემთხვევების (მაქრიანი დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) მართვა წარმოებს პროვაიდერების მიერ დაქირავებული ექიმთა ჯგუფების (3–9 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ) ქსელების მეშვეობით.

**ისრაელში**, 2018 წლის მდგომარეობით, 38 523 ლიცენზირებული ექიმიდან 5 052-ს (13%) ეკავა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის პოზიცია. ქვეყანაში ექიმების საშუალო რაოდენობა არის 0,6 ექიმი 1000 მოსახლეზე (ანუ 1 ექიმი 1 653 დაზღვეულზე). თუმცა, ეს მაჩვენებელი ცვალებადია რეგიონების სპეციფიკისა და ჯანმრთელობის ფონდების სამოქმედო არეალების შესაბამისად (0.57-დან 0.73-მდე). ექიმების უმეტესობა დაკონტრაქტებულია ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევაში ჩართული რომელიმე კომპანიის მიერ. სადაზღვევო კომპანიებს (Clalit, Maccabi, Meuhedet და Leumit) განსხვავებული მიდგომები აქვთ ბენეფიციარის მოვლა/მკურნალობის ორგანიზებასთან დაკავშირებით.

Clalit-ი უმსხვილესი კომპანიაა, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის კლინიკების მფლობელი და მმართველია. მასში მომუშავე ექიმები ამავე კლინიკების ხელფასიანი თანამშრომლები არიან. ტიპური კლინიკა მულტიდისციპლინარულია, მასში 6–6 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, რამდენიმე ექთანი, ფარმაცევტი და სხვადასხვა სპეციალისტის ექიმი (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი, დერმატოლოგი და ა.შ.) მუშაობს. Clalit-ი ქირაობს დამოუკიდებელი პრაქტიკით დაკავებულ სპეციალისტებსაც.

ჯანმრთელობის დაზღვევის დანარჩენი სამი კომპანია უპირატესობას ანიჭებს მულტიდისციპლინარული კლინიკებისა და პირველადი ჯანდაცვის დამოუკიდებელ პრაქტიკოსთა ნაზავს.

Maccabi-ში (სიდიდით მეორე) და Meuhedet-ში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება უმთავრესად დამოუკიდებელი პრაქტიკის ექიმების მიერ ხორციელდება, მაშინ, როდესაც Leumit-ში კლინიკურ მოდელს ენიჭება უპირატესობა. დაზღვეულს აქვს კომპანიის სიიდან ექიმის არჩევის უფლება. პრაქტიკის მიხედვით, დაზღვეულთა უმეტესობა დიდხანს რჩება თავის ექიმთან.

Clalit-ში თითოეული ბენეფიციარი მიმაგრებულია თავის ექიმს. Clalit-ი ქვეყნის ერთადერთი კომპანიაა, რომელიც ექიმისაგან მოითხოვს „მეკარიბჭის“ სტანდარტის დაცვას, რაც იმას ნიშნავს, რომ მისი მიმართვის მიხედვით წარმოებს მრავალფეროვანი სერვისების მიწოდება (გამონაკლისი ეხება დერმატოლოგს, ოტორინოლარინგოლოგს, ოფთალმოლოგს, ორთოპედსა და გინეკოლოგს).

ისრაელის ექთნების დაახლოებით მესამედი თემში მუშაობს ოთხიდან ერთი მზღვეველის ხელფასიანი თანამშრომლის პოზიციაზე. მათი როლი სულ უფრო და უფრო ფართოვდებოდა, მელოგინე ქალების ტრადიციული ზრუნვით დანაწევებული და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მოვლა/მკურნალობით დამთავრებული.

ექიმებს ევრძალებათ განუელი სერვისებისთვის დამატებითი ჰონორარის აღება. Clalit-ის კლინიკაში მომუშავე ექიმების ხელფასი განისაზღვრება ისრაელის სამედიცინო ასოციაციასთან დადებული კოლექტიური ხელშეკრულების მიხედვით. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფარგლებში ინდივიდუალური პრაქტიკის ექიმების მიერ განუელი შრომის ანაზღაურება წარმოებს ექიმთა ასოციაციებთან შეთანხმებული კაპიტაციური მიდგომის შესაბამისად. Clalit-ი და Leumit-ი უპირატესად იყენებენ „პასიური კაპიტაციის“ მიდგომას, ანუ რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით კვარტლურ ანაზღაურებას, განურჩევლად იმისა, ეწვია თუ არა ვიზიტით პაციენტი მის ექიმს. Maccabi-ი და Meuhedet-ი იყენებენ «აქტიურ კაპიტაციას», რომლის მიხედვითაც იფარება მხოლოდ იმ დაზღვეულების მომსახურება, რომლებიც კვარტალში ერთხელ მაინც ესტუმრნენ ექიმს. დამოუკიდებელი პრაქტიკის ექიმებიც გარკვეული სერვისების მიწოდებისათვის იღებენ შემლუდული ოდენობის ანაზღაურებას. ხარისხთან დაკავშირებული ფინანსური ნახალისება ზოგადად არ გამოიყენება.

**შვეიცარიის** ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული ექიმების 42,9% ზოგადი პრაქტიკის ექიმი იყო (2017). მოსახლეობის უმეტესობას გააჩნია თვითდასაქმებულ, კერძო პრაქტიკის ექიმებს შორის თავისუფალი არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა საქმე სავალდებულო დაზღვევის სქემებში ჩართულ ექიმებს ეხება.

პირველადი და სპეციალიზებული ამბულატორიული მკურნალობა, როგორც წესი, ექიმზე ორიენტირებული, ხოლო ექთნები და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები შედარებით მოკრძალებულ როლს თამაშობენ. პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში 1 ექიმზე პაციენტების საშუალო რაოდენობა 1600-დან 1900-მდეა. დღემდე არ შემუშავებულა ფინანსური სახის ინიციატივა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ქრონიკული პაციენტების მკურნალობა/მოვლის პროცესებში ჩართვის მოტივაციის ამაღლებასთან დაკავშირებით. სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება კა-

პიტაციურია, დარჩენილი ბევრად უფრო დიდი ნაწილისა კი TARMED-ად წოდებული ნაციონალური შკალის მიხედვით წარმოებს (2004-დან). TARMED-ის საფასური მზღვეველთა ასოციაციებისა და კანტონის მიმწოდებელთა ასოციაციების ყოველწლიური შეთანხმების საგანია. შეუთანხმებლობის შემთხვევაში კი, ეს კანტონის მთავრობის პრეროგატივაა. დადგენილი საფასურის ზემოთ გადახდა დაუშვებელია.

### სპეციალიზირებული ამბულატორიული მომსახურება

**ნიდერლანდები** - ექიმი სპეციალისტების დიდი უმრავლესობა ჰოსპიტლებში მუშაობს (49% - საუნივერსიტეტო კლინიკებში, 39% – ჯგუფური პრაქტიკის მონაწილეა), დარჩენილი 12% კი დამოუკიდებელ პრაქტიკას ეწევა. 2015 წლიდან ექიმი სპეციალისტების ჰონორარის ოდენობები ღიად განიხილება სპეციალისტების ასოციაციებისა და ჰოსპიტლების მიერ. ინტეგრალურმა დაფინანსებამ მკვეთრად შეცვალა ურთიერთობა სპეციალისტებსა და საავადმყოფოებს შორის, ანუ საავადმყოფოებს უწევთ ფინანსური რესურსების განაწილება მათ სპეციალისტებს შორის.

**ისრაელი** - სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურების განვითარება ძირითადად ჯანმრთელობის სადამზღვევო კომპანიების კუთვნილ კლინიკებში ან ექიმთა კაბინეტებში წარმოებს. კლინიკები უმთავრესად პოლიპროფილური, ხოლო კაბინეტები – მონოფილურია. პაციენტს თავისუფლად შეუძლია, აირჩიოს მისთვის სასურველი ის სპეციალისტი, რომელიც დაკონტრაქტებულია ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის კომპანიის მიერ. სისტემის გარეთ მომუშავე სპეციალისტების მიერ განეული მომსახურება უნდა ანაზღაურდეს ჯიბიდან ან დაიფაროს ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით. ამბულატორიულ რეჟიმში მომუშავე სპეციალისტების უმეტესობის ანაზღაურება ე.წ. კვარტლური ჯერის მიხედვით, აქტიური კაპიტაციის პრინციპით წარმოებს, რასაც დამატებით ჩატარებული გარკვეული პროცედურების საფასური ემატება. ტარიფებს ჯანმრთელობის სადამზღვევო კომპანიები განსაზღვრავენ. სპეციალისტს არა აქვს სავალდებულო დაზღვევის სქემაში მოქცეული სერვისების „საფასურის დაბალანსების“ უფლება. ამავე დროს, სპეციალისტები შეიძლება მოემსახურონ, როგორც სავალდებულო, ისე ნებაყოფლობითი დაზღვევის მქონე პაციენტებს. სპეციალისტებს შეუძლიათ, ნებაყოფლობით დაზღვეული პაციენტებისთვის შეხედულებისამებრ განსაზღვრონ გადასახადის ოდენობა.

**შვეიცარია** - ამბულატორიულ სექტორში კერძო პრაქტიკით დაკავებული ექიმებიდან დაახლოებით 57%-ს კერძო „სპეციალისტის“ კვალიფიკაცია აქვს (2017). ისინი ძირითადად თვითდასაქმებულები არიან. ქვეყნის ყველა მოქალაქეს უშუალოდ შეუძლია მიმართოს სპეციალისტს, იმ შემთხვევის გარდა, როდესაც სავალდებულო დაზღვევა პირველადი ჯანდაცვის „მეკარიბჭის“ მიმართვას მოითხოვს. სპეციალისტის ანაზღაურება ისევე, როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმების შემთხვევაში, TARMED-ის შკალის მიხედვით ხდება. ექიმი სპეციალისტების პრაქტიკა ძირითადად კონცენტრირებულია ურბანულ რაიონებში და საავადმყოფოების სიახლოვეს. შვეიცარიული სისტემა საშუალებას აძლევს სპეციალისტებს, მოემსახურონ, როგორც კერძო, ისე სავალდებულო დაზღვევის მქონე ბენეფიციარებს.

### ჰოსპიტალური მომსახურება

**ნიდერლანდები** - 2018 წლის მდგომარეობით, ქვეყანაში ირიცხებოდა 71 სტაციონარული ტიპის დაწესებულება, მათ შორის, 8 საუნივერსიტეტო კლინიკა. ყველა საავადმყოფო კერძოა, მაგრამ მოგების განაწილება მხოლოდ აქციონერებზე ხდება. გადახდები უმეტესწილად შემთხვევაზე დაფუძნებული დიაგნოზ-მკურნალობის (DBC) სისტემის მიხედვით წარმოებს, რომელიც DRG-ის მიდგომის მსგავსია. ექიმების შრომის ანაზღაურების საკითხებზე საავადმყოფოებთან მოლაპარაკებებს ექიმების ჯგუფები აწარმოებენ. DBC სისტემა გამოიყენება, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ მომსახურებაში. ასევე, ექიმი სპეციალისტების ანაზღაურებასთან მიმართებით, რაც აძლიერებს საავადმყოფოში სპეციალიზებული დახმარების ინტეგრაციას. სტაციონარული მკურნალობის გარკვეული ნაწილი იფარება ე.წ. დაშენებების ხარჯზე. „დაშენებები“ არის ცალკე გადასახადები, რომლებიც გამიზნულია ძვირადღირებული წამლების შესაძენად და ცალკე ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მკურნალობის ხარჯების დასაფარად. გარდა ამისა, საუნივერსიტეტო სამედიცინო ცენტრები იღებენ სპეციალურ სუბსიდიას ახალი ტექნოლოგიების დანერგვისათვის.

**ისრაელი** - ქვეყანაში არსებული 45 ჰოსპიტლიდან 18 არის ჯანდაცვის სამინისტროს ან მუნიციპალიტეტების საკუთრებაში, რაც ეროვნული პოტენციალის 40%-ია. 16 კერძო, არაკომერციული საავადმყოფო (36%) ჯანმრთელობის სადამზღვევო კომპანიების ან სხვა არაკომერციული ორგანიზაციების მფლობელობაშია, ხოლო 11 კომერციული საავადმყოფო შეადგენს დარჩენილ 24%-ს. როგორც წესი, ეს არის კონკრეტულ მიმართულებაში სპეციალიზირებული, მცირე ზომის ჰოსპიტლები, რომელთა მიერ განეული სტაციონარული მკურნალობის ანაზღაურება განსხვავებულია: გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება – განეული სერვისის მიხედვით; ჰოსპიტალური მკურნალობა – დღიუ-

რად; ჰოსპიტალური მკურნალობა – დღიურად ან წარმოებული ჩარევის მიხედვით – PRG (procedure-related group) მიდგომის შესაბამისად; ამბულატორიული მომსახურება – განეული სერვისის მიხედვით ან PRG (procedure-related group) მიდგომის შესაბამისად.

მაქსიმალურ განაკვეთებს ადგენს მთავრობა. თუმცა, ჯანმრთელობის სადაზღვევო კომპანიები მონაწილეობენ ფასების დაკლებასთან დაკავშირებულ მოლაპარაკებებში. მთავრობა ასევე ადგენს შემოსავლის პარამეტრებს (მინიმალური და მაქსიმალური), რაც აკონტროლებს იმას, თუ რამდენად შეიძლება შემცირდეს ან გაიზარდოს თითოეული საავადმყოფოს შემოსავლი წლიდან წლამდე. საავადმყოფოს შემოსავლები ფარავს ყველა ხარჯს, მათ შორის ექიმების შრომის ანაზღაურებასაც. პროცედურებთან დაკავშირებული ჯგუფური (PRG) გადასახადები მოიცავს ჰოსპიტალიზაციის ყველა ხარჯს (რეაბილიტაციის გამოკლებით). გამორიცხულია რაიმე სახის დამატებითი გადასახადი პაციენტის სიმძიმესთან, ძვირადღირებულ მკურნალობასთან ან ახალი ტექნოლოგიის გამოყენებასთან დაკავშირებით. სამთავრობო და არაკომერციული საავადმყოფოები მკაცრად იცავენ საფასურის ეროვნულ სტანდარტს, მაშინ, როდესაც კომერციულ საავადმყოფოებში ფასები არარეგულირებადია. სახელმწიფო და არაკომერციული საავადმყოფოების ექიმები (ეს ძირითადად დაქირავებული თანამშრომლები არიან) არასამუშაო დროს დამატებით განეული მომსახურების ანაზღაურებას შემზღვეული პირობებით იღებენ. 2018 წლამდე არაკომერციულ საავადმყოფოებში სპეციალისტის არჩევის შესაძლებლობა არ არსებობდა. პაციენტებს, რომელთაც სურდათ, მაგალითად, ენდოკრინოლოგის ან ქირურგის არჩევა, უწევდათ, მიემართათ კომერციული საავადმყოფოსათვის კონსულტაციის საფასურის ჯიბიდან გადახდით ან შეეძინათ ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა.

**შვეიცარია** - 2016 წლის მდგომარეობით, ქვეყანაში იყო 283 საავადმყოფო (102 ზოგადი პროფილის და 181 სპეციალიზებული), სანოლთა ფონდი – 38 058. საავადმყოფოები საჯარო ან კერძო საკუთრებაშია. სტაციონარულ მკურნალობაზე მოდიოდა ჯანმრთელობის მთლიანი ხარჯების დაახლოებით ერთი მესამედი (35.3% 2016 წელს). ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსების ნახევარზე მეტი (55%) იფარება ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევით, თანადაზღვევითა და თანადაფინანსებით. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სერვისების საფასური იფარება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის საშუალებით. კანტონები პასუხისმგებელი არიან საავადმყოფოთა დაგეგმვაზე და სადაზღვევო სქემების ირგვლივ სხვა კანტონებთან კოორდინაციაზე. 2012 წლიდან პაციენტებს მიეცათ ნებისმიერ კანტონში სერვისების მიღების შესაძლებლობა. საავადმყოფოში დასაქმებული ექიმები ჩვეულებრივ იღებენ ხელფასს, ხოლო საჯარო საავადმყოფოს ექიმებს შეუძლიათ, მიიღონ დამატებითი ანაზღაურება. კერძოდ, დაზღვეული პაციენტების მომსახურებიდან.

## სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები

სამივე ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა უმაღლეს პრიორიტეტადაა მიჩნეული, რომლის გამონწვევებსაც მთავრობები და ჯანდაცვის სისტემები ადეკვატურად პასუხობენ.

**ნიდერლანდებში** სამედიცინო ხარისხის უზრუნველყოფა შესაბამისი კანონმდებლობით არის უზრუნველყოფილი, რომელიც არეგულირებს პროფესიულ საქმიანობებს, ჯანდაცვითი დაწესებულებების დაწესებულ სტანდარტებთან შესაბამისობას, პაციენტის უფლებებსა და სამედიცინო ტექნოლოგიებს. ნიდერლანდების ჯანდაცვის ინსპექცია პასუხისმგებელია ხარისხისა და უსაფრთხოების მონიტორინგზე. ხარისხის გაუმჯობესებისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის დანერგვის დაჩქარების მიზნით დაფუძნებული (2014) ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ინსტიტუტი და მისდამი დაქვემდებარებული ხარისხის ეროვნული ინსტიტუტი პასუხისმგებელი არიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის არაერთ მიმართულებაზე. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმწიფო მექანიზმი წარმოდგენილია სახელმწიფო რეესტრით, რომელიც ადასტურებს ყოველ ხუთ წელიწადში სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიღებას შემდეგი ინსტრუმენტებით - დაწესებულებათა აკრედიტაციისა და ლიცენზირების მძლავრი სისტემა, ხარისხის გაუმჯობესების ეროვნული პროგრამები, პროფესიული ორგანიზაციების მიერ ადგილებზე რეგულარული შეფასების სისტემა, პროფესიული კლინიკური გაიდლაინები, მონიტორინგის, შეფასებისა და ექსპერტიზის ანგარიშები.

**ისრაელს** პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო სერვისების ხარისხის მონიტორინგის სრულყოფილი სისტემა აქვს. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის თითოეული კომპანიის ხარისხის ინდიკატორები 2014 წლიდან საჯაროა. მიუხედავად იმისა, რომ სადაზღვევო კომპანიების მიერ გამოქვეყნებული ინფორმაცია ეროვნულ ფორმატშია წარმოდგენილი, კომპანიების მონაცემთა ბაზები ინახავენ ე.წ. შიდა მონაცემებს რეგიონულ, კლინიკურ და პერსონალურ (ექიმთა) ჭრილშიც. კომპანიები მონიტორინგს უწევენ თავიანთი ექიმების საქმიანობას და მჭიდროდ თანამშრომლობენ მათთან ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით. ჯანდაცვის სამინისტრო რეგულარულად აქვეყნებს მონიტორინგის შედეგებით მონაცემებს ჰოსპიტლებისა და კლინიკების მიხედვით. საავადმყოფოებში და სამშობიარო სახლებში



სამედიცინო მომსახურების გასაუმჯობესებლად შემუშავებულია ფინანსური სტიმულირების არაერთი მოდელი. პროფესიულ ასოციაციებს, ძირითადად ჯანდაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით, კლინიკური სფეროების მიხედვით შემუშავებული აქვთ გაიდლაინები, პროტოკოლები, მითითებები და სხვა დამხმარე მასალები. ისრაელის ზოგადი პროფილის ყველა საავადმყოფოს მოეთხოვება, აკრედიტირებული იყოს ერთობლივი საერთაშორისო კომისიის (Joint Commission International) მიერ. დამოუკიდებელი კვლევითი ინსტიტუტი ყოველწლიურად ახდენს მოსახლეობის სავალდებულო დაზღვევით გათვალისწინებული მომსახურების ხარისხითა და ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის კმაყოფილების კუთხით შეფასებას. ჯანდაცვის სამინისტრო აწარმოებს გარკვეული ძვირადღირებული სამედიცინო მოწყობილობების, ფართოდ გავრცელებული დაავადებებისა და მდგომარეობების (მათ შორის კიბოს, დაბალი წონის, ტრავმებისა და პროფესიული დაავადებების) ეროვნულ რეესტრს.

**შვეიცარია** - სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლები უნდა იყვნენ ლიცენზირებული პრაქტიკულ მედიცინაში და ვალდებული არიან, დაიცვან ყველა საგანმანათლებლო და მარეგულირებელი სტანდარტი. ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულოა. ექიმთა ლიცენზირებაზე კი პასუხისმგებელია შვეიცარიის უწყვეტი სამედიცინო განათლების ინსტიტუტი. პროფესიული თვითრეგულირება ქვეყანაში იყო ხარისხის გაუმჯობესების ტრადიციული მიდგომა. თუმცა, ამ მიდგომას სულ უფრო მეტი და მეტი მოწინააღმდეგე უჩნდება. ხშირად სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელთა დონზე ადგილებზე ჩნდება ხარისხის უზრუნველყოფის ინიციატივები, რომლებიც გულისხმობს ახალი კლინიკური მიდგომების განვითარებას, კოლეგა მედიკოსების ჯგუფებს და კონსენსურ გაიდლაინებს. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება არის ფედერალური ინიციატივა „ჯანმრთელობა 2020“-ის პრიორიტეტი, რომლის მიზანია ხარისხის უზრუნველყოფის ეროვნული ქსელისა და პროგრამების რეალიზაცია ისეთ სფეროებში, როგორცაა მედიკამენტოზური მკურნალობის უსაფრთხოება და ნოზოკომიალური ინფექციები. 2008 წლიდან საავადმყოფოებში გადაუდებელი დახმარების ხარისხის მონიტორინგისა და შეფასების მიზნით შემოღებულ იქნა სტაციონული მკურნალობის ხარისხის ინდიკატორები.

## საყოველთაო ჯანდაცვა და მედიკამენტები

**ნიდერლანდები** - ფარმაცევტული საჭიროებების დაფარვის უზრუნველყოფა ასაკისა და შემოსავლის მიუხედავად, ნიდერლანდების ჯანდაცვის ფუნდამენტური მახასიათებელია. სტანდარტული სადაზღვევო პაკეტი, რომლებიც შემოთავაზებულია კერძო მზღვეველების მიერ, აუცილებლად ითვალისწინებს პოზიტიურ სიაში შეტანილი მედიკამენტების დაფარვას. გადანაწილებას მედიკამენტების სადაზღვევო პაკეტში შეტანის თაობაზე, ნიდერლანდების ჯანმრთელობის დაცვის სადაზღვევო საბჭოს (CVZ) რეკომენდაციით, იღებს ქვეყნის ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო (VWS). ამავე დროს, შეიძლება გათვალისწინებული იყოს სადაზღვევო კომპანიების შეთავაზებები მედიკამენტების გარკვეული ჯგუფების ლიმიტირებული რაოდენობით რეიმისირებასთან დაკავშირებით.

ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი (Zorginstituut Nederland [ZIN]) პასუხისმგებელია ჯანდაცვითი ტექნოლოგიებით წამლების შეფასებაზე და მათ ანაზღაურებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების გაცემაზე. თავის მხრივ, ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი სამეცნიერო მრჩეველთა კომიტეტიდან და დამოუკიდებელი ექსპერტებისგან ითხოვს რჩევებსა და რეკომენდაციებს ღირებულებისა და ეფექტურობის საკითხებთან დაკავშირებით.

პოზიტიურ სიაში შესატანი წამლები ძირითადად სამ ჯგუფად არის დაყოფილი: (1)თერაპიულად ურთიერთმემცვლელი პროდუქტები; (2)უნიკალური პროდუქტები, რომელთა დაჯგუფება შეუძლებელია და (3)მედიკამენტები, რომლებიც ანაზღაურდება მხოლოდ კონკრეტულ ვითარებაში. ჯანმრთელობის დაზღვევა ფარავს მხოლოდ რეგისტრირებულ, ანაზღაურებას დაქვემდებარებულ მედიკამენტებს.

მზღვეველთა უმეტესობა ყველაზე დაბალი ფასის წამლების საფასურს ფარავს. ძვირადღირებული მედიკამენტების დაფარვაზე თანხმობას იმ შემთხვევაში იძლევიან, როდესაც იზიარებენ მკურნალი ექიმის არგუმენტებს კონკრეტული წამლის აუცილებლობასთან დაკავშირებით. დაურეგისტრირებული წამლების დაფარვა მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში ხდება.

ქვეყანაში წამლის გაყიდვამდე მისმა მწარმოებელმა ნიდერლანდების მედიკამენტების შემაფასებელი საბჭოსგან (MEB, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, CBG) უნდა მიიღოს თანხმობა და რეგისტრაციის სერტიფიკატი. ფარმაცევტული პრეპარატების მწარმოებელი ვალდებულია, CBG-ს წარუდგინოს დოსიე, რომელშიც წარმოდგენილი იქნება ყველა ქიმიურ-ფარმაცევტული, ფარმაკოლოგიური, ტოქსიკოლოგიური, კლინიკური და სხვა კვლევის მონაცემები. წამლის დამტკიცების პროცედურების დასრულების შემდეგ ის შეიტანება მედიკამენტების საინფორმაციო ბანკში (MEB) და მიენიჭება სარეგისტრაციო ნომერი.

1996 წლიდან წამლების ფასი რეგულირდება მედიკამენტების ფასების შესახებ კანონის შესაბამისად (Wet Geneesmiddelprijzen, WGP). საყურადღებოა, რომ ის გულისხმობს ჯენერიკებსაც, რომელთა ხვედრითი წილი ყველა გამოყენებადი მედიკამენტის 74%-ს (2019) შეადგენს. თითოეული წამლის მაქსიმალური საბითუმო ფასი განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ (VWS) გარე საცნობარო ფასების პრინციპის მიხედვით. გარე საეტალონო ფასწარმოქმის მიდგომა გამოიყენება მხოლოდ მაშინ, როდესაც პროდუქტის ხარჯის ანაზღაურებაზე თანხმობაა მიღებული და, როდესაც ის იყიდება საეტალონო ქვეყნების, სულ მცირე, ნახევარში. ამ ფასების ხელახალი განხილვა და გადამოწმება ხდება წელიწადში ორჯერ, საბაზრო პირობების ცვლილებების გათვალისწინებით.

ნიდერლანდებში მედიკამენტების ადგილობრივი წარმოების მიზნით მწარმოებლებმა უნდა დაიცვან მედიკამენტების მაქსიმალური ფასების წესი (Regeling maximumprijzen geneesmiddelen). კომპანია Farmatec-ი, რომელიც შედის ჯანდაცვის სამინისტროში, პასუხისმგებელია ამ ფასების დადგენაზე. ამასთან ერთად, ის გასცემს ნებართვებს სამკურნალო პროდუქტებთან და მოწყობილობებთან დაკავშირებით, აწარმოებს რეგისტრაციას.

**ისრაელში** ფარმაცევტულ პროდუქტებთან დაკავშირებული საკითხები მძლავრი საკანონმდებლო ბაზითა და სხვა რეგულაციებით არის უზრუნველყოფილი: დადგენილება ფარმაცევტების შესახებ (1981) – არეგულირებს სამკურნალო პროდუქტების წარმოებას, მარკეტინგს, გამოწერას, იმპორტსა და რეგისტრაციას; ფარმაცევტიკის რეგლამენტი (სამედიცინო დანიშნულების პრეპარატები, 1986) – არეგულირებს მედიკამენტების მარკეტინგს, გამოწერას, იმპორტსა და რეგისტრაციას. ასევე შეიცავს დებულებებს ფარმაცეფტული ინდუსტრიისა და მედიკამენტის გამომწვევასთან დაკავშირებით; ფარმაცევტის რეგლამენტი (GMP, 2008) - არეგულირებს სამკურნალო პროდუქტების წარმოებას, იმპორტსა და მათ გამოთხოვას; ბრძანება საქონლისა და მომსახურების ფასებზე ზედამხედველობის შესახებ (1996); ბრძანება საქონლისა და მომსახურების ფასების ზედამხედველობის შესახებ (გამოსაწერი მედიკამენტების მაქსიმალური ფასები, 2001); ბრძანება საქონლისა და მომსახურების ფასების ზედამხედველობის შესახებ (განაცხადი მედიკამენტის გამოყენებაზე, 2001).

ქვეყანაში ფარმაცევტული საშუალებების რეგულირება მინდობილი აქვს ჯანდაცვის სამინისტროსთან არსებულ ფარმაცევტულ ადმინისტრაციას, რომელიც შემდეგი სუბიექტებითაა წარმოდგენილი: ფარმაცევტული საშუალებების სტანდარტიზაციისა და კონტროლის ინსტიტუტი – პასუხისმგებელია სამკურნალო პროდუქტების ხარისხზე; პრეპარატების რეგისტრაციის დეპარტამენტი – პასუხისმგებელია სამკურნალო საშუალებების რეგისტრაციაზე; ფარმაცევტული საშუალებების იმპორტის დეპარტამენტი – პასუხისმგებელია სამკურნალო პროდუქტების იმპორტზე; ფარმაცევტული მონიტორინგის განყოფილება – პასუხისმგებელია სამკურნალო პროდუქტების ეტიკეტებისა და პაკეტების დამტკიცებაზე; ფარმაცე ზედამხედველობისა და წამლების შესახებ ინფორმაციის დეპარტამენტი – პასუხისმგებელია წამლით მკურნალობის უსაფრთხოებაზე.

ფარმაცევტული ადმინისტრაცია ასევე პასუხისმგებელია ქვეყანაში ფარმაცევტული მომსახურების სისტემის გამართულად ფუნქციონირებაზე; ფარმაცევტული პროდუქტებისა და სამედიცინო მოწყობილობების ლიცენზირებასა და შემოწმებაზე; წამლის კლინიკური ტესტირების ზედამხედველობაზე; ფარმაცევტული კრიმინალის პრევენციაზე. ფარმაცევტული ადმინისტრაციის მთავარი მიზანია, უზრუნველყოს ისრაელში გაყიდვაში მყოფი ყველა სამედიცინო საშუალების შესაბამისობა უსაფრთხოების, ხარისხისა და ეფექტურობის სტანდარტებთან.

**შვეიცარია** - მედიკამენტებით დაფარვის საყოველთაოობა (ასაკისა და შემოსავლის მიუხედავად) ქვეყნის ჯანდაცვითი პოლიტიკის ერთ-ერთი უმთავრესი სტრატეგიაა. სავალდებულო დაზღვევის საბაზისო პაკეტისა და ანაზღაურებადი ფარმაცევტული საშუალებების სპეციალური ნუსხის (SL) დამტკიცება ერთდროულად ხდება. სავალდებულო დაზღვევის ფარგლებში ბენეფიციარებს წვდომა აქვთ სპეციალურ სიაში გამოქვეყნებულ 250 ათასზე მეტ მედიკამენტზე.

მთავრობის გადანაცვტილება ანაზღაურებად სიაში მედიკამენტის შეტანასთან დაკავშირებით ემყარება შემდეგი პირობების დაცვას: სამკურნალო პროდუქტი უნდა იყოს დამტკიცებული Swissmedic-ის მიერ და უნდა აკმაყოფილებდეს ეფექტიანობის, ფუნქციონალურობის და ეკონომიკური ეფექტურობის სტანდარტებს.

წამლის მაქსიმალურად დასაშვები ფასის განსაზღვრა შვეიცარიის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფედერალური ოფისის (FOPH) პრეროგატივაა. ქვეყანას აქვს ფარმაცევტული საშუალებების დამტკიცების საკუთარი ნორმატიულ-სამართლებრივი ბაზა, რომელიც ძირითადად, მიუხედავად გარკვეულ დეტალებში განსხვავებისა, ევროკავშირის ქვეყნებში მოქმედი რეგულაციების მსგავსია.

Swissmedic არის ის მარეგულირებელი ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია ქვეყანაში სამკურნალო პროდუქტების დამტკიცებაზე. ესაა საჯარო დაწესებულება, რომელიც შინაგან საქმეთა ფედერალური დეპარტამენტის ნაწილია და რომლის მანდატს ფედერალური საბჭო განსაზღვრავს.

მიუხედავად ამისა, იგი მნიშვნელოვანწილად ინარჩუნებს ორგანიზაციულ და მმართველობით დამოუკიდებლობას, აქვს საკუთარი ბიუჯეტი, რომელიც მხოლოდ ნაწილობრივ ფინანსდება სახელმწიფო გადასახადებით. კომპანიები, რომელთაც სურთ მარკეტინგული ავტორიზაციის განაცხადის (MAA) Swissmedic-ში შეტანა, რეგისტრირებული უნდა იყვნენ ან შვეიცარიაში, ან შვეიცარიაში შვილობილი კომპანია ჰქონდეთ.

შვეიცარიის ჯანდაცვის სისტემა არაერთ სოციალურ მხარდაჭერას ითვალისწინებს, რომელიც დაბალშემოსავლიანი პირების ხარისხიანი ჯანდაცვითი სერვისებით უზრუნველყოფას ემსახურება, რაც მიიღწევა პრემიის რეგულირებისა და სუბსიდიების კომბინაციით, მზღვეველებს შორის რისკებზე დაფუძნებული ფინანსური გადანაწილების სქემების ფუნქციონირებითა და ხარჯების გაზიარების გზით. სოციალური მხარდაჭერისა და გარკვეული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების სერვისის სრულ დაფარვას ითვალისწინებს, რაც დაზღვეულს ყოველგვარი გამოქვითვის, თანადაზღვევისა და თანაგადახდისგან ათავისუფლებს. ეს კი, თავის მხრივ, სხვა სერვისებს და შესაბამისად, მედიკამენტური მკურნალობის მისაწვდომობის გაზრდას უწყობს ხელს.



## დანართები (თავი 4)

დანართი 1

### ევროკავშირის ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების პროფილი

ქვეყანა	მოსახლეობა მილიონი	უნივერსალური ჯანდაცვით მოსახლეობის დაფარვის %	ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯი USD, 2018	მთავრობის მიერ ჯანდაცვაზე განხორციელებული ხარჯის % ჯანდაცვაზე განხორციელებულ მთელ დანახარჯებში 2018	ჯანმრთელობაზე განხორციელებულ ხარჯებში ჯიბიდან გადახდილი % 2018	ჯანმრთელობის დაცვაზე განხორციელებული ხარჯები ნებაცხოფლობითი დამღვევის წილი (%) 2016	მოდეელი
კვიპროსი	0,8	83.0	1954,40	42,80	44,60	4.1%	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემა
დანი	5,7	98.2	6216,8	83,9	13,8	1.8%	
ფინეთი	5,5	97.5	4515,7	78,6	18,4	2.0%	
იტალი	60,7	98.0	2989	739	23,5	0.9%	
ლატვია	2,0	97.8	1101,5	59,7	39,3	1.6%	
მალტა	0,4	100.0	2753,5	63,5	34,3	1.7%	
პორტუგალი	10,3	100.0	2215,2	61,5	29,5	5.1%	
ესპანეთი	46,4	100.0	2736,3	70,4	22,2	4.4%	
შვედეთი	9,9	100.0	5981,7	85,1	13,8	0.5%	
გერმანია	82,2	89,2	5472,2	77,7	12,6	8.9%	
ავსტრია	8,7	99,9	5326,4	73,1	18,4	4.6%	
ბელგია	11,3	99	4912,7	75,8	19,1	4.1%	
ბულგარეთი	7,2	88,2	989,9	57,6	40,5	0.3%	
ხორვატია	4,2	100	1014,2	83,2	10,5	6.9%	
სლოვაკეთი	5,4	100	1299,9	73,2	18,9	N/A	
სლოვენია	2,1	100	2169,6	72,4	12	12.1%	
ესტონეთი	1,3	94	1553	73,6	24,7	0.2%	
საფრანგეთი	66,8	99,9	4690,1	73,4	9,2	13.3%	
უნგრეთი	9,8	95	1081,8	69,1	26,9	N/A	
ლიტვა	2,9	100	1249,3	65,9	31,6	<1%	
ლუქსემბურგი	0,6	95,2	6227,1	84,9	10,5	N/A	
ნიდერლანდები	17	99,9	5306,5	64,9	10,8	5.9%	
პოლონეთი	38	91	978,7	71,1	20,8	0,04	
ჩეხეთი	10,6	100	1765,6	82,7	14,2	0.2%	
რუმინეთი	19,8	86,4	687,3	79,5	19,5	0.1%	
საბერძნეთი	10,8	86.0	1566,9	51,9	36,4	3.4%	

### ჯანმრთელობის მთავარი ინდიკატორები

ქვეყანა	დაბადებისას მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა (წლები)		საერთო სიკვდილიანობა (1000 მოსახლეზე)		გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა (1000 მოსახლეზე)		ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა (1000 მოსახლეზე)		ახალშობილთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე.		მოდელი
	2001	2020	2001	2019	2001	2019	2001	2019	2001	2019	
კვიპროსი	79,1	82,4	6,2	2,8	2,4	1,9	1,6	1,9	5,1	3	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემა
დანია	77,2	81,6	7,5	3,2	2,5	1,5	2,2	2,1	5,1	2,9	
ფინეთი	78,2	82,2	6,8	3,3	2,7	2,4	1,5	1,7	3	2,1	
იტალია	80,1	82,4	5,8	28,9	2,2	1,8	1,8	1,9	4,1	2,4	
ლატვია	70,2	75,5	11,7	5,6	6,2	4,3	2	2,3	10,9	3,4	
მალტა	78,9	83,2	6,7	3,1	2,9	2,2	1,6	1,9	6,9	4,1	
პორტუგალია	77,2	81,1	7,2	3,2	2,6	2,6	1,6	1,9	4,9	3,9	
ესპანეთი	79,8	82,4	7,2	2,8	1,9	1,5	1,7	1,8	3,9	2,6	
შვედეთი	79,9	82,5	6,1	3,1	2,5	1,9	1,6	1,7	0,1	2,1	
ავსტრია	78,8	81,3	6,4	3,3	3,1	2,2	1,7	1,8	5,1	2,9	
ბელგია	78,1	80,9	6,7	3,2	2,2	1,6	1,9	1,9	4,9	3,7	სოციალური დაბლავის სისტემა
ბულგარეთი	71,9	79,8	11,1	6,2	7,1	7,1	1,5	1,8	13,9	3,9	
ჩეხეთი	75,3	78,3	8,9	4,2	4,6	3,3	2,3	2,1	4,1	2,6	
ხორვატია	74,6	77,4	9,2	4,4	4,8	3,5	2,1	2,4	7,9	2,4	
სლოვაკია	73,6	77,1	9,9	4,4	5,4	4,1	2,2	2,5	6,2	5,1	
სლოვენია	76,4	80,6	7,8	3,2	2,9	2,3	2,1	2,2	4,4	2,1	
ესტონეთი	70,9	78,5	10,9	4,2	5,5	4,2	1,9	2,2	8,9	1,6	
საფრანგეთი	79,3	82,3	6,1	2,9	1,6	1,3	1,8	1,9	4,9	3,5	
გერმანია	81,1	81,2	6,6	3,3	2,9	2,3	1,7	1,9	3,9	3,2	
უნგრეთი	72,5	75,7	10,4	5,5	5,1	4,8	2,7	2,6	8,1	3,6	
ლიტვა	71,6	75,1	10,3	5,2	5,4	5,7	1,9	2,2	8,2	3,3	
ლუქსემბურგი	78	81,8	6,5	3,3	2,4	1,5	1,7	1,7	6,1	4,7	
ნიდერლანდები	78,4	81,5	6,8	3,2	2,2	1,5	1,9	2,1	5,1	3,6	
პოლონეთი	74,2	76,7	9,2	4,4	4,3	3,9	2,2	2,3	8,2	3,8	
რუმინეთი	71,1	74,9	10,1	5,5	6,6	5,4	1,8	2,1	18,1	4,1	
საბერძნეთი	79,1	75,7	6,8	3,3	3,3	2,3	1,6	1,9	4,9	3,6	

## პროფესიონალური რესურსი

ქვეყანა	პრაქტიკოს ექიმთა რაოდენობა 1000 მოსახლეზე		მედიკების რაოდენობა 1000 მოსახლეზე		მოდელი
	2001	2019	2001	2019	
კვიპროსი	2,6	2,2	5,4	5,3	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემა
დანია	2,9	4,2	9,3	10,1	
ფინეთი	2,5	3,8	10,7	14,1	
იტალია	3,9	4,1	4,2	6,7	
ლატვია	2,7	3,3	4,5	4,39	
მალტა	2,3	2,9	5,2	7,8	
პორტუგალია	3,1	5,2	4,2	7,1	
ესპანეთი	3,1	4,4	3,8	5,89	
შვედეთი	3,2	4,3	10,1	10,85	
ავსტრია	3,9	5,4	7,2	10,4	
ბელგია	2,8	3,2	8,8	11,1	
ბულგარეთი	3,4	4,1	3,9	4,9	
ჩეხეთი	3,4	4,07	7,8	8,6	
ხორვატია	2,3	3,1	4,6	8,1	
სლოვაკია	3,2	3,6	7,4	5,7	
სლოვენია	2,2	3,3	7,1	10,3	
ესტონეთი	3,1	3,5	5,8	6,2	
საფრანგეთი	3,3	3,4	6,7	11,1	
გერმანია	3,4	4,5	10,5	14,0	
უნგრეთი	2,9	3,5	5,5	6,6	
ლიტვა	3,6	4,6	7,6	7,9	
ლუქსემბურგი	2,2	3,0	7,5	11,7	
ნიდერლანდები	2,4	3,6	7,8	10,9	
პოლონეთი	2	2,4	4,8	5,1	
რუმინეთი	1,9	3,3	5	7,4	
საბერძნეთი	4,4	5,5	2,9	3,4	



### სამედიცინო სერვისების უბილიზაცია

ქვეყანა	სამედიცინო კონსულტაციების რაოდენობა 1 მოსახლეზე (სიხშირე)		საწოლების რაოდენობა 1000 მოსახლეზე		საავადმყოფოებში გამოწერა ნელინადმი 1000 მოსახლეზე		სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა		ბარიერების გამო (ეკონომიკური [სიძვირე], გეოგრაფიული [სიშორე], მოცდის გრძელი სია) სამედიცინო სერვისების მისაწვდომობასთან დაკავშირებული უკმაყოფილების მაჩვენებელი		მოდელი
	2001	2019	2001	2019	2001	2019	2001	2019	2001	2019	
კვიპროსი	3,8	2,1	3,8	330,09	82,1	79,8	7,2	6,1	2,8	1,5	ჭანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემა
დანია	4,2	4	4,2	235,76	157,2	139,2	6,1	5,5	0,6	1,3	
ფინეთი	7,5	4,4	7,5	284,05	209,5	163,9	12,8	6,2	0,8	4,7	
იტალია	4,6	10,4	4,6	258,54	173,6	111,7	7,7	7,5	5,1	2,4	
ლატვია	8,3	6,1	8,3	321,61	21,22	161,7	11,3	6,7	9,8	6,2	
მალტა	7,6	7,2	7,6	319,01	171,2	150,2	8,8	7,7	0,7	0,2	
პორტუგალია	3,6	5,7	3,6	329,16	111,1	84,2	8,9	9,3	1	2,1	
ესპანეთი	3,6	5,3	3,6	249,67	119,2	103,4	8,3	6	0,4	0,2	
შვედეთი	3,3	2,6	3,3	196,75	160,2	136,8	7,2	5,5	2,5	1,5	
ავსტრია	7,8	6,6	7,8	5,3	261,4	243,1	8,4	6,3	0,7	0,1	
ბელგია	7,7	7,3	7,7	4,9	167,2	167,2	8,4	6,5	0,4	1,8	
ბულგარეთი	7,2	6,3	7,2	6,2	148,9	345,8	10,7	5,2	15,1	1,9	
ჩეხეთი	7,8	8,2	7,8	4,1	203,0	191,3	11,3	5,7	0,7	0,3	
ხორვატია	6	6,7	6	3,5	163,1	161,5	11,8	8,8	6	1,4	
სლოვაკია	7,7	11,1	7,7	4,8	193,2	189,1	8,3	6,6	2,3	2,4	
სლოვენია	5,2	6,7	5,2	4,1	166,2	173,0	10,1	6,6	0,2	3,3	
ესტონეთი	6,6	5,5	6,6	3,4	193,1	153,9	8,7	6,2	7,3	16,4	
საფრანგეთი	8,1	5,9	8,1	3,1	217,0	183,0	10,9	5,4	1,9	1	
გერმანია	9	9,8	9	5,9	227,4	252,5	11,6	7,5	2,2	0,3	
უნგრეთი	7,9	10,7	7,9	4,3	238,7	190,5	8,7	5,4	3,4	0,8	
ლიტვა	8,3	9,5	8,3	5,3	228,2	220,3	10	5,9	5,4	2,2	
ლუქსემბურგი	6,4	5,5	6,4	3,7	150,2		8,4	7,4	0,6	0,4	
ნიდერლანდები	4,7	8,8	4,7	2,7	93,6	87,6	8,1	5	0,3	0,2	
პოლონეთი	6,7	7,7	6,7	4,7	166,1	168,2	10,1	6,7	6	4,2	
რუმინეთი	7,7	5,2	7,7	5,3	228,2	213,1	9,9	7,3	10,3	4,9	
საბერძნეთი	4,8	3,2	4,8	3,6	166,3	149,00	8,1	6,9	5,5	8,2	

## დაზღვევის გადახდის/თანაგადახდის მოდალობები

მომსახურება/ხარჯების განაწილება		ნიდერლანდები	ისრაელი	შვეიცარია
ექიმთან ვიზიტი	პირველადი ჯანდაცვა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა	არა	სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე +10% თანადაზღვევა; ვიზიტზე საშუალოდ 131USD
	ექიმი სპეციალისტი	სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე (487 USD)	თანაგადახდა კვარტალურ „ჭერამდე“, ჯანმრთელებისა და ბავშვებისთვის სავალდებულო დაზღვევიდან 1 ვიზიტზე 6,5-9,0 USD	სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე +10% თანადაზღვევა; ვიზიტზე საშუალოდ 245 USD
ჰოსპიტალური მკურნალობა		სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე	არა, გამონაკლისია მხოლოდ საექთნო მოვლა	სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე +10% თანადაზღვევა და თანაგადახდა 12 USD დღიურად
ნამლების გამონერა		სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე. დამატებით თანაგადახდა: „საორიენტაციო ფასნარმოქმნის“ სტრატეგიით განსაზღვრული ნამლებსა და თერაპიულ (ფორმულით) შემცვლელებზე	მინიმალური თანადაზღვევა 4,5USD 1 რეცეპტზე; მაქსიმუმ 15% დაპატენტებულ და 10% გენერიკული ნამლებისათვის	სრული ღირებულების დაფარვა სავალდებულო წლიური ფრანშიზის „ჭერის“ მიღწევამდე +10% თანადაზღვევა და 20% თუ არ არის გენერიკული
ხარჯების განაწილების შეზღუდვები		არა, წლიური ფრანშიზა (465 USD) გამორიცხავს ხარჯების განაწილების საჭიროებას	ზოგადად შეზღუდვა არ არის. ის მხოლოდ ქრონიკული ნამლების გამონერისა და ბინამე სპეციალისტის ვიზიტის შემთხვევაში მოქმედებს	დიახ, მოზრდილისთვის: პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზირებული ამბულატორიული მკურნალობისათვის, ასევე ნამლების გამონერისთვის (ყოველწლიური ლიმიტი 2,645 USD)
უსაფრთხოების ბაღე/ ხარჯების განაწილებასთან დაკავშირებული შეღავათები		ბავშვებისათვის განულები სერვისები არ საჭიროებს რაიმე სახის ხარჯების განაწილებას ისევე, როგორც ვერძო სერვისების დროს	პრევენციული სერვისები არ საჭიროებს რაიმე სახის ხარჯების განაწილებას სპეციალისტების კონსულტაცია თანაგადახდა არ ეხება – სოციალური შემწეობის მიმღებ ასაკოვან პირებს, მწვავე დაავადებით შეპყრობილ ადამიანებს და სოციალურად შეჭირვებულ ბავშვებს. ყოველთვიური შეზღუდვა ქრონიკული პაციენტებისთვის. ნამლების გამონერა - ჰოლოკოსტის მსხვერპლნი და დაავადების მწვავე ფორმით დაავადებულები არ საჭიროებენ თანაგადახდას	გადასახადების განაწილება არ ეხება სამედიცინო მოვლასა და გარკვეულ პრევენციულ სერვისებს; თანაგადახდას არ საჭიროებენ ბავშვები, სკოლის ასაკისა და 25 წლამდე ასაკის პირები. პირველადი ჯანდაცვის, სპეციალიზირებული ამბულატორიული მკურნალობისა და ნამლების გამონერის წლიური ლიმიტი ბავშვებისა და 18 წლამდე ასაკის პირებისათვის 785 USD

## ისრაელი: ფუნქციების განაწილება ჯანდაცვის სექტორში

ჯანმრთელობის ეროვნული, საზოგადოებრივი საკონსულტაციო საბჭო,	რჩევებს იძლევა ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი საკითხების ირგვლივ
სარგებლის კალათის კომიტეტი	იძლევა მითითებებს ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების პრიორიტეტიზაციის შესახებ და მათი და ახალი მედიკამენტების სარგებლის კალათაში შეტანასთან დაკავშირებით
დარგობრივი ეროვნული საბჭოები	უმრუნველყოფენ საკონსულტაციო დახმარებას ისეთ კონკრეტულ სფეროებში, როგორცაა ტრავმატოლოგია, მენტალური ჯანმრთელობა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა
ფინანსთა სამინისტროს დაზღვევისა და ბაზრების კაპიტალის დეპარტამენტი	არეგულირებს ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევას
ომბუცმენის ოფისი	მოქალაქეებს ეხმარება დაზღვევის კანონთან მიმართებით თავიანთი უფლებების გააცნობიერებაში. გარდა ამისა, არსებობს არაერთი არასამთავრობო ორგანიზაცია პაციენტთა ადვოკატირებისთვის, რომელთაგან ბევრი ფოკუსირებულია კონკრეტულ დაავადებებზე
ისრაელის სამედიცინო ასოციაციის სამეცნიერო საბჭო	ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად პასუხისმგებელია სამედიცინო სერვისების პროვაიდერთათვის განკუთვნილი სპეციალური სასერტიფიკაციო პროგრამების მომზადებასა და გამოცდების ჩატარებაზე
უმალესი განათლების საბჭო	პასუხისმგებელია უნივერსიტეტის ყველა პროგრამის ავტორიზაციაზე, სერტიფიცირებასა და დაფინანსებაზე, მათ შორის ჯანდაცვის პროფესიონალების მომზადებაზე
ჯანდაცვისა და ფინანსთა სამინისტროების ერთობლივი საბჭო	ადგენს საავადმყოფოების, სხვა პროვაიდერებისა და სერვისების საფასურებს. ეს სამინისტროები ასევე ჩართულნი არიან ხარჯების კონტროლში. თუმცა, ხარჯების შეკავებაზე პასუხისმგებლობა გადანაწილებულია სხვადასხვა დეპარტამენტზე
ჯანდაცვის სამინისტროს განყოფილებები	აკონტროლებენ ხარისხსა და პაციენტთა უსაფრთხოებას საავადმყოფოებში და სხვა დაწესებულებებში, უმრუნველყოფენ ეროვნულ ლიდერობას ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიებში, ხელს უწყობენ ჯანდაცვის სფეროში სამართლიანობას და განიხილავენ მასში კონკურენციის საკითხებს.

## ნიდერლანდები: ფუნქციების განაწილება ჯანდაცვის სექტორში

ნიდერლანდების მთავრობა	მთლიანობაში პასუხისმგებელია ჯანდაცვის პრიორიტეტების განსაზღვრაზე, საჭიროებისას საკანონმდებლო ცვლილებების შეტანაზე, ქვეყნის ბაზარზე მოქმედ სისტემაში სერვისების ხელმისაწვდომობის, ხარისხისა და ხარჯების მონიტორინგზე
მთავრობა, ჯანდაცვის სამინისტრო	ჯანდაცვის სამინისტრო წარმართავს ჯანდაცვის პოლიტიკას და უშუალოდ არ მონაწილეობს მართვის პროცესებში
მუნიციპალიტეტები	პასუხისმგებელი არიან ჯანდაცვის ზოგიერთი სერვისის შედამხედველობაზე, მათ შორის პრევენციულ გამოკვლევებზე და ამბულატორიულ გრძელვადიან მომსახურებაზე
დამოუკიდებელი ინსტიტუციები	
ჯანდაცვის საბჭო (ცენტრალური დონე)	კონსულტაციებს უწევს მთავრობას მტკიცებულებითი მედიცინის, ჯანდაცვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და გარემოს დაცვის საკითხებთან დაკავშირებით
მედიკამენტების საბჭო	აკონტროლებს მედიკამენტების ეფექტურობას, უსაფრთხოებასა და ხარისხს



ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი	აფასებს ახალ ტექნოლოგიებს ეფექტურობისა და ეკონომიურობის კუთხით, აძლევს რჩევებს ჯანდაცვის სამინისტროს ახალი ტექნოლოგიების სარგებლის პაკეტში შეტანასთან დაკავშირებით
ნიდერლანდების ჯანმრთელობის დაცვის სააგენტო (Nederlandse Zorgautoriteit)	ჯანმრთელობის დამზღვევის, ჯანდაცვის შესყიდვებისა და სამედიცინო სერვისების განვითარების ყველა ბაზრის სათანადოდ ფუნქციონირების უზრუნველყოფა
ნიდერლანდების კონსუმენტების სააგენტო (Autoriteit Consument en Markt)	უზრუნველყოფს ანტიმონოპოლიური კანონმდებლობის დაცვას, როგორც მზღვეველების, ისე პროვაიდერების მხრიდან
ჯანდაცვის ინსპექცია	მედამხედველობს სამედიცინო სერვისების ხარისხს, უსაფრთხოებასა და ხელმისაწვდომობას
ჯანდაცვის კომუნიკაციის პროვაიდერთა კავშირი	პასუხისმგებელია ინფორმაციის გაცვლაზე IT ინფრასტრუქტურის საშუალებით
დარგობრივი პროფესიული ასოციაციები	მუშაობენ რეგისტრაცია-ანგარიშგების ახალ სქემებსა და პროფესიონალურ გაიდლაინებზე, ჩართულნი არიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროექტებში

დანართი 8

## შვეიცარია: ფუნქციების განაწილება ჯანდაცვის სექტორში

ფედერალური მთავრობა	არეგულირებს სისტემის დაფინანსებას, უზრუნველყოფს ფარმაცევტული და სამედიცინო მოწყობილობების ხარისხსა და უსაფრთხოებას, მედამხედველობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივებს და ხელს უწყობს კვლევების ჩატარებასა და განათლებას
კანტონების ჯანდაცვის მინისტრების კონფერენცია	ასრულებს პოლიტიკური მავორდინირებელი ორგანოს როლს
კანტონები	პასუხისმგებელია პროვაიდერების ლიცენზირებაზე, ჰოსპიტალური მომსახურების კოორდინაციაზე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობაზე და დანერგვებულებებისა და ინდივიდუალური პრემიების სუბსიდირებაზე
მუნიციპალიტეტები	ძირითადად პასუხისმგებელი არიან გრძელვადიანი მოვლის ორგანიზებასა და უზრუნველყოფაზე (მოხუცთა სახლებში და ბინაზე მოვლა) ასევე სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისათვის დახმარების განვებაზე
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფედერალური სააგენტო	არის მთავარი ეროვნული ინსტიტუცია, რომელიც: მედამხედველობს ჯანმრთელობის სავალდებულო დამზღვევის გამოყენებას კანონთან შესაბამისობის კუთხით, ახდენს სადაზღვევო პრემიების სანქციონირებას, არეგულირებს სავალდებულო დაფარვას და საზღვრავს ფარმაცევტული პროდუქტების ფასებს. სააგენტო ასევე პასუხისმგებელია ჯანმრთელობის ეროვნულ სტრატეგიებზე, მათ შორის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე, დაავადებების პროფილაქტიკაზე და ჯანმრთელობაზე.
შვეიცარიის შინაგან საქმეთა ფედერალური დეპარტამენტი	განსაზღვრავს სარგოს კალათის სერვისების ადეკვატურობასა და მის რენტაბელობას
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფედერალური სააგენტო და ორგანიზაცია Swissmedic	განსაზღვრავს სარგოს კალათის სერვისების ადეკვატურობასა და მის რენტაბელობას და მედამხედველობს სამკურნალო პროდუქტებს
SwissDRG AG არაკომერციული კორპორაცია	პასუხისმგებელია ფარდობითი დანახარჯების ნაციონალური სისტემის დანერგვასა და ადაპტირებაზე
Health Promotion Switzerland» არაკომერციული ორგანიზაცია	დაკავებულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებითა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გავრცელებით
შვეიცარიელი პაციენტების ასოციაცია და ჯანმრთელობის დამზღვევის ეროვნული ომბუდსმენი	მონაწილეობენ პაციენტთა უფლებების ადვოკატირებაში

## ბიბლიოგრაფია (მე-4- თავი)

1. Israel Health System Review, Health Systems in Transition 17, no. 6 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2015): 1–112;
2. Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract of Israel, 2017 (2018), [http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw\\_usr\\_view\\_Folder&ID=141](http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw_usr_view_Folder&ID=141);
3. S. Brammli-Greenberg, R. Waitzberg, and R. Gross, “Integrating Private Insurance into the Israeli Health System: An Attempt to Reconcile Conflicting Values,” in S. Thomson, A. Sagan, and E. Mossialos (eds.), International Experience with Private Health Insurance: History, Politics, Performance (Cambridge University Press, 2019).1-202;
4. Ministry of Health, “Practitioners and Specialists in Family Medicine — 2018,” Administration for Strategic and Economic Planning (2018).  
<https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HRS/economy/Pages/>
5. Ministry of Health, “Practitioners and Specialists in Family Medicine — 2018.”1-105
6. R. Nissanholtz-Gannot, B. Rosen, and M. Hirschfeld, “The Changing Roles of Community Nurses: The Case of Health Plan Nurses in Israel,” Israel Journal of Health Policy Research 6, no. 1 (Dec. 23, 2017): 69. R. Waitzberg and S. Merkur, “Policy Efforts to Strengthen Public Hospitals in Israel,” EuroHealth 23, no. 4 (2017): 34–38.
7. S. Brammli-Greenberg et al., “Why and How Did Israel Adopt Activity Based Hospital Payment? The Procedure-Related Group Incremental Reform,” Health Policy 120, no. 10 (Oct. 2016): p.1171–76.
8. T. Muir, “Measuring social protection for long-term care,” OECD Health Working Papers, No. 93 (OECD Publishing, 2017)  
<http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
9. D. Chernichovsky et al., Long-Term Care in Israel: Funding and Organization Issues (2017), [http://taubcenter.org.il/wp-content/files\\_mf/longtermcare.pdf](http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/longtermcare.pdf)
10. D. H. Jaffe et al., “Community Healthcare in Israel: Quality Indicators 2007–2009,” Israel Journal of Health Policy Research 1, no. 1 (Jan. 30, 2012): 3.
11. T. Horev and H. Avni, “Strengthening the Capacities of a National Health Authority in the Effort to Mitigate Health Inequity — The Israeli Model,” Israel Journal of Health Policy Research 5 (Aug. 15, 2016): 19.
12. Ministry of Health, “Many Reforms to the Health System in the State Budget Approved Tonight,”  
[https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/15032018\\_1.aspx:Ministry\\_of](https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/15032018_1.aspx:Ministry_of)
13. Finance, Ministry of Health’s Main Budget for 2019 (in Hebrew) (2018), <http://mof.gov.il/BudgetSite/statebudget/>
14. M. Chung, “Health Care Reform: Learning from Other Major Health Care Systems,” Princeton Public Health Review, 2017.  
<https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-majorhealth-care-systems/>;
15. See A. C. Enthoven, “The History and Principles of Managed Competition,” Health Affairs 12, suppl. 1 (1993): 24–48; C. Enthoven and W. van de Ven, “Going Dutch — Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands,” New England Journal of Medicine 357, no. 24 (Dec. 13, 2007): 2421–23.
16. The Netherlands: Health System Review,” in Health Systems in Transition (European Observatory on Health Systems and Policies, 2010).
17. The State of Health Care  
<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/huisartsen-aantal-werkzaam>.
18. The Netherlands: Health System Review, in Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, p.178; 2016.
19. Monitorlangdurigezorg (long-term care monitor)  
<https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-bijdrageplichtige-wlz-zorg>.
20. K. Künzi and M. Morger, Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft(p.22-87) 2009–2014.
21. Switzerland Health system review, Health Systems in Transition Vol. 17 No. 4, p.1-323, 2015
22. The Swiss Health Care System, 2015,” in International Profiles of Health Care Systems,p.103; 2015, eds. E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, and D. Sarnak (Commonwealth Fund, 2016)
23. International Profiles of Health Care Systems 2020, Edited by R. Tikkanen & R.Osborn-The Commonwealth Fund, E. Mossialos, A. Djordjevic, and G.Wharton London- School of Economics and Political Science,p228.2020.
24. Kristina M. L. Aciri née Lybecker and Bacchus Barua ,Universal Insurance for Pharmaceuticals

- in Switzerland and the Netherlands, Fraser Institute, p1-20;2019.
25. Anna Sagan Sarah Thomson ,Voluntary Health Insurance in Europe Role and Regulation, The Observatory is a partnership hosted by the WHO Regional Office for Europe, World Health Organization,p.114; 2016
  26. Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, Assuring the quality of health care in the European Union, A case for action, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies,p 241,2008
  27. Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 6 2016, Slovakia, World Health Organization 2016 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies),p.243,2016.
  28. Health Systems in Transition, Vol. 20 No. 1. 2018, Estonia, World Health Organization 2018 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies),p.220,2018.
  29. Health Systems in Transition, Vol. 17 No. 6 2015, Israel, World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies),p.243,2015.
  30. The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing DISCUSSION PAPER # 3 - 2007 Department "Health System Financing" (HSF) Cluster "Health Systems and Services" (HSS), World Health Organization,p.41, 2007.
  31. Health Systems in Transition, Vol. 22 No. 6 2020, Germany, World Health Organization 2020 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies),p.308,2020.
  32. State of Health in the EU United Kingdom Country Health Profile 2019, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies p.24, 2019
  33. State of Health in the EU Austria Country Health Profile 2019, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies p.24, 2019
  34. State of Health in the EU Czechia Country Health Profile 2019, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies p.24, 2019
  35. State of Health in the EU Croatia Country Health Profile 2019, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies p.24, 2019
  36. State of Health in the EU Slovenia Country Health Profile 2019, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies p.24, 2019
  37. Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 5 2016, Pharmaceutical regulation in 15 European countries, World Health Organization 2020 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies),p.143,2016
  38. Health at a Glance: Europe 2020 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE, OECD/European Union (2020), Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>,p.237
  39. Jonathan Cylus, Irene Papanicolas, Peter C Smith - Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies;p.147; 2016.
  40. International Profiles of Health Care Systems, 2012 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States; Edited by: Sarah Thomson, London School of Economics and Political Science Robin Osborn, The Commonwealth Fund David Squires, The Commonwealth Fund Miraya Jun, London School of Economics and Political Science The Commonwealth Fund November 2012, pdf,112p.
  41. Katarzyna Miszczyńska , Piotr Marek Miszczyński Measuring the efficiency of the healthcare sector in Poland – International Journal of Productivity and Performance Management, Issue(s) available: 143 – From Volume: 53 Issue: 1, to Volume: 70 Issue: 8
  42. Sarah Thomson, Thomas Foubister Elias Mossialos -Financing health care in the European Union; World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;p 1-224
  43. The World Health Report, HEALTH SYSTEMS FINANCING, The path to universal coverage World Health Organization p.1-128, 2010
  44. Building primary care in a changing Europe- Edited by Dionne S. Kringos Wienke G.W. Boerma Allen Hutchinson Richard B. Saltman- The European Observatory on Health Systems and Policies is a partnership, hosted by the WHO Regional Office for Europe, p-314; 2018
  45. Operational framework for primary health care Transforming vision into action Draft for Member States' consideration at the Seventy-third World Health Assembly © World Health Organization; p.109; 2020;



**„საქართველოს განვითარების პლატფორმა“ არსებული პოლიტიკური კონიუნქტურის და პარტიული მიკერძოების მიღმა, ეროვნულ ინტერესებსა და რაციონალურ მიდგომებზე დაფუძნებული პოლიტიკის შემუშავებით, ხელშეწყობითა და ლობირებით ძალისხმევას მიმართავს საქართველოს ამჟამინდელი და სამომავლო სირთულეების დასაძლევად, დემოკრატიის განმტკიცების, მდგრადი განვითარებისა და კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად.**

## **მიზნები**

**მაღალ შიდა და გარე ეთიკურ და პროფესიონალურ სტანდარტზე დამყარებული საჯარო საქმიანობით, ორგანიზაცია მიზნად ისახავს:**

- ძრ** ქართული საზოგადოებისა და ინსტიტუტების მობილიზებას იმ ცვლილებებისთვის, რომლებიც უზრუნველყოფს ჩვენი ქვეყნის მოდერნიზაციას, პროგრესსა და მდგრად განვითარებას;
- ძრ** ქვეყნის წინაშე მდგარი გადაუდებელი და სტრატეგიული საჭიროებების იდენტიფიცირებას, ნეგატიური გამოცდილების გათვალისწინებით, არსებული ალტერნატიული ხედვების შეფასებას და საზოგადოებისა და ინტერეს ჯგუფებისათვის პრობლემათა მოგვარების შესაბამისი გზებისა და საშუალებების მიწოდებას;
- ძრ** პოლიტიკური, ეკონომიკური, სოციალური და საზოგადოებრივი ცხოვრების სხვა მნიშვნელოვან სფეროებში ევროპული ტიპის, დემოკრატიული, ეფექტიანობასა და მდგრად განვითარებაზე დაფუძნებული სისტემების დანერგვას მოკლევადიანი და არასისტემური კამპანიების ნაცვლად.

## **საქმიანობა**

**დასახული მიზნების მისაღწევად და სტრატეგიული ამოცანების გადასაჭრელად, ინტელექტუალური კაპიტალის მობილიზების საფუძველზე, ორგანიზაციის საქმიანობა ძირითადად შემდეგი მიმართულებებით ხორციელდება:**

- ძრ** **კვლევა და ანალიზი** — ქვეყნისათვის მნიშვნელოვანი რეფორმების ობიექტური, ანალიზზე დაყრდნობით და რაციონალური მიდგომებით ადეკვატური პოლიტიკის შემუშავება.
- ძრ** **ლობირება და საჯარო ადვოკატირება** — საჯარო ინსტიტუტებსა და საზოგადოებასთან ერთად ძალისხმევის მიმართვა შემუშავებული სტრატეგიული ხედვების, მიდგომების და სამოქმედო გეგმების სახელმწიფო პოლიტიკასა და შესაბამის კანონმდებლობაში ასახვისა და პრაქტიკაში დანერგვისათვის.
- ძრ** **კონსულტირება და საგანმანათლებლო-საინფორმაციო აქტივობა** — საჯარო და კერძო სექტორის ინფორმირება და ცოდნა-გამოცდილებითა და შესაბამისი ინტელექტუალური ბაზით უზრუნველყოფა მათი საქმიანობის ეფექტიანობისა და მაღალი შედეგების მისაღწევად.

**საქართველოს განვითარების პლატფორმა**

მისამართი: თბილისი 0160, სიმონ კანდელაკის ქუჩა. N1, ბინა 6

ტელ: +995 577407774

ელ-ფოსტა: officegeodp@gmail.com

www.geodp.ge

ISBN 978-9941-8-3868-2



9 789941 838682

**ძრ**