

საქართველოს ჯანმრთელობის სისტემის ძირითადი მოდელები:
საყოველთაო სახელმწიფო პროგრამა და კერძო სამედიცინო
დაზღვევა

სადისკუსიო მასალა

დაფუძნებულია კვლევის ფარგლებში ექსპერტებთან და დაინტერესებულ მხარეებთან ჩატარებულ
ჩაღმავებულ ინტერვიუებსა და სფეროს ბენეფიციართა ფოკუს ჯგუფებზე



საქართველოს განვითარების პლატფორმა

საქართველოს ჯანმრთელობის სისტემის ძირითადი
მოდელები: საყოველთაო სახელმწიფო პროგრამა და
კერძო სამედიცინო დაზღვევა

სადისკუსიო მასალა

დაფუძნებულია კვლევის ფარგლებში ექსპერტებთან და დაინტერესებულ
მხარეებთან ჩატარებულ ჩამოკიდებულ ინტერვიუებსა და სფეროს ბენეფიციართა
ფოკუს ჯგუფებზე

თბილისი, 2024

პუბლიკაცია მომზადებულია პროექტის „რეკომენდაციები საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის“ ფარგლებში, რომელიც განხორციელდა ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მხარდაჭერით.

პროექტის გუნდი:

თენგიზ შერგელაშვილი - პროექტის დირექტორი

გიორგი (გია) ხეჩინაშვილი - ძირითადი ექსპერტი

გიორგი ნაქაძე - ექსპერტი, ფინანსურ - ეკონომიკური მიმართულება

მკვლევრები: ნატა ზაბახიძე, ნინო ორმოცაძე

ფოკუს ჯგუფების მოდერატორი: ხათუნა ნაჭყებია

კომუნიკაციების და გამოკითხვების კოორდინატორი: გივი ხაჭაპურიძე

ტექსტის რედაქტორი: რუსუდან მანაიძე

ორგანიზაციულ-ტექნიკური მხარდაჭერა: ხათუნა გურჯიშვილი, ანა ასათიანი

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

© ფრიდრიხ ებერტის ფონდი, 2024

© საქართველოს განვითარების პლატფორმა, 2024

ISBN: 978-9-94187-426-0



ფრიდრიხ ებერტის ფონდის წარმომადგენლობა საქართველოში:
მისამართი: თბილისი 0179, ნ. რამიშვილის ქუჩის I ჩიხი, #1, ბინა 7
ტელ: +995 (032) 2250728, georgia@fes.de

საქართველოს განვითარების პლატფორმა
მისამართი: თბილისი 0179, გაქარია ფალიაშვილის ქუჩა #88, ბინა 4
ტელ: +995 (032) 266 19 36, info@geodp.org

სარჩევი

შესავალი	5
1. სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის ზოგადი სტრატეგია და მისი გამონწვევები	7
1.1. საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისობა უნივერსალური ჯანმრთელობის სტრატეგიის (UHC) მოთხოვნებთან	7
1.2. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა: დიფერენცირებული მიდგომა და მისი გავლენა სოციალური და ჯანდაცვითი პოლიტიკის სტრატეგიებზე	9
1.3. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოდელი: ძლიერი და სუსტი მხარეები ...	10
1.4. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და მისი შესაბამისობა საქართველოს ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანებთან	12
1.5. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტიდან ხარჯების ხელოვნური ზრდის რისკები და მართვის მექანიზმები	14
1.6. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის „ინფორმაციული ასიმეტრიულობის“ გავლენა პაციენტსა და პროვაიდერს შორის ურთიერთობაზე და ბიუჯეტის მართვის გამონწვევები	15
1.7. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესაძლებლობები და გამონწვევები „ჯიბიდან გადახდის“ პრობლემის აღმოსაფხვრელად	17
2. კერძო დაზღვევის ზოგადი შეფასება და მისი როლი ჯანდაცვის სისტემაში	19
2.1. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის შესაძლებლობები და გამონწვევები „ჯიბიდან გადახდის“ პრობლემის აღმოსაფხვრელად	19
2.2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ძლიერი და სუსტი მხარეები: ექსპერტული შეფასებები	20
2.3. სერვისების პროვაიდერების ხარჯების ხელოვნური ზრდის რეგულირების მექანიზმები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელში	22
2.4. ინფორმაციული ასიმეტრიულობის მართვის მექანიზმები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელში	23
3. ჯანმრთელობის საყოველთაო სახელმწიფო პროგრამისა და კერძო სადაზღვევო მოდელის შედარება	24
3.1. სახელმწიფო საჯარო სექტორის წარმომადგენლებისთვის კერძო დაზღვევის უპირატესობის მინიჭება და დანარჩენი მოსახლეობისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეთავაზება	24
3.2. ხარჯების სტრუქტურის განსხვავება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამასა და კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელს შორის: ანალიზი და შესაძლო მიზეზები	26
3.3. ჯანდაცვის მოდელებში შემთხვევების მართვისა და მიდევნების უზრუნველყოფის შეფასება: საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამისა და კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის შედარება	28
4. პირველადი ჯანდაცვა და ამბულატორიული სერვისები	29
4.1. პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტების ძლიერი და სუსტი მხარეები საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში	29

4.2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის დაფინანსების შეფასება: პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების ადეკვატურობა.....	31
4.3. პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ძლიერი და სუსტი მხარეები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში	33
4.4. რეკომენდაციები საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისთვის.....	35
5. ჰოსპიტალური სექტორი	36
5.1. ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების ადეკვატურობა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.....	37
5.2. ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების ადეკვატურობა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში.....	38
6. მედიკამენტები	40
6.1. მედიკამენტების დაფინანსების ადეკვატურობა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.....	40
6.2. მედიკამენტების დაფინანსების ადეკვატურობა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში.....	41
7. მოსაზრებები ჯანდაცვის სისტემის მოდელების განვითარების შესახებ	43
7.1. საქართველოს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პოლიტიკის აუცილებლობის საკითხი.....	43
7.2. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პოლიტიკის ძირითადი ამოცანები.....	44
7.3. შემოთავაზებები საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის გაუმჯობესებისთვის.....	45
7.4. უნივერსალური და დიფერენცირებული ჯანდაცვის მოდელების საჭიროება და მათი განხორციელების ხედვები.....	46
7.5. ჯანდაცვითი და სოციალური პოლიტიკის გამიჯვნის აუცილებლობა და მის შესახებ ხედვები	47
7.6. საბაზისო-უნივერსალური პაკეტის დაფინანსების შესაძლო წყაროები.....	49
7.7. სადაზღვევო სისტემის რეგულირების მოდელი: სავალდებულო თუ ნებაყოფლობითი?	50
7.8. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მოდელის როლი და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაუმჯობესების მიმართულებები.....	52
7.9. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მოდელის როლის გაზრდის აუცილებლობა ჯანდაცვის სისტემაში	53

შესავალი

ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სოციალური და ეკონომიკური გამოწვევაა, რომელიც ქვეყნის განვითარების საერთო სტრატეგიას განსაზღვრავს. ეს სისტემა არა მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვას, არამედ სოციალური სამართლიანობის უზრუნველყოფასა და ეკონომიკური სტაბილურობის განმტკიცებას ემსახურება. დღესდღეობით საქართველოში ორი ძირითადი მოდელი ფუნქციონირებს: საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და კერძო სამედიცინო დაზღვევა, მისი რამდენიმე სქემის სახით. ამ მოდელებს შორის არსებითი განსხვავებებია, რაც შესაბამისად, ამა თუ იმ სახით ასახავს პოვნებს როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე, ასევე ეკონომიკურ დატვირთვასა და სოციალური დაცვის ხარისხზე.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის სამედიცინო დახმარების მიღწევადობის მთავარ წყაროს წარმოადგენს. მისი მიზანია, უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა და მაქსიმალურად შეამსუბუქოს ჯანმრთელობის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ეკონომიკური ტვირთი. პროგრამის მთავარი უპირატესობა მისი სოციალური ინკლუზიურობაა, რაც განსაკუთრებით მონყვლადი ჯგუფების მხარდაჭერაში ვლინდება. თუმცა, პროგრამა მნიშვნელოვან გამოწვევებს აწყდება. ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა დაფინანსების არათანაბარი განაწილებაა, რომელიც განსაკუთრებით ჰოსპიტალური სექტორის მაღალი ხარჯებით გამოიხატება. საყოველთაო პროგრამის ბიუჯეტის დაახლოებით 70% სწორედ ჰოსპიტალურ სექტორზე მოდის, მაშინ, როცა და ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება დაბალია. ეს ფაქტორი ხელს უშლის ხარჯთეფექტურობის გაზრდას და ჯანდაცვის სისტემის მდგრად განვითარებას.

პროგრამის კიდევ ერთი პრობლემა არის ინფორმაციული ასიმეტრია. ბენეფიციარების დიდი ნაწილი არ ფლობს საკმარის ინფორმაციას პროგრამის შესაძლებლობების, სერვისების სპეციფიკისა და დაფინანსების პირობების შესახებ. ეს მათ არ აძლევს საშუალებას, სრულად ისარგებლონ პროგრამით, რაც სისტემის ეფექტიანობას ამცირებს. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მონიტორინგისა და შეფასების ადეკვატური სისტემების არარსებობა კვლავაც მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. ამ სისტემების გარეშე ეს პროგრამა ვერც ბენეფიციარებისთვის და ვერც ქვეყნის ეკონომიკისთვის ვერ შექმნის სათანადო სარგებელს.

ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო სქემები სხვა პრინციპებზეა დაფუძნებული და ხასიათდება ხარჯების მართვის უკეთესი მექანიზმებით. კერძო დაზღვევა მეტ ყურადღებას აქცევს ამბულატორიულ სექტორს და მედიკამენტების დაფინანსებას, რაც ხელს უწყობს პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ეფექტიან მართვას და ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოთხოვნის შემცირებას. კერძო სადაზღვევო სქემები ძირითადად მოიცავს ურბანულ მოსახლეობას და იმ სოციალურ ჯგუფებს, რომლებსაც მეტი ფინანსური შესაძლებლობა აქვთ. თუმცა, ეს სქემები პრაქტიკულად მიუწვდომელია სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისთვის, რაც ამ მოდელის ინკლუზიურობას ზღუდავს.

ორივე მოდელის ძირითადი გამოწვევა არის მათი ეფექტიანობის დაბალი დონე და მოსახლეობის საჭიროებების ნაწილობრივი დაკმაყოფილება. საყოველთაო პროგრამა სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ამბულატორიულ დახმარების დაფინანსებას, რაც ზრდის ჰოსპიტალური შემთხვევების რიცხვს და აძვირებს ხარჯებს. მეორე მხრივ, კერძო სადაზღვევო სქემები ხარჯთეფექტურობის თვალსაზრისით უფრო წარმატებულია, თუმცა მათი სოციალური ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია.

სადისკუსიო მასალის მომზადების ფარგლებში ჩატარდა მრავალმხრივი წინასწარი კვლევა, რომელიც მოიცავდა სპეციალური ვრცელი კითხვარის საშუალებით ჩატარებულ საექსპერტო გამოკითხვას და ექსპერიმენტულ ფოკუს-ჯგუფებს. საექსპერტო გამოკითხვაში მონაწილეობდნენ საჯარო ხელისუფლების, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლები, პოლიტიკურ პარტიებთან დაკავშირებული პირები და სხვადასხვა დარგის ექსპერტები, რაც შესაძლებლობას აძლევდა საკითხის ყოვლისმომცველ და კომპლექსურ ანალიზს. დამატებით ჩატარდა ორი ფოკუს ჯგუფი, რომელთა მონაწილეები იყოფოდნენ ორ კატეგორიად: ერთ ჯგუფში მონაწილეობდნენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები, ხოლო მეორე ჯგუფში კერძო სადაზღვევო სისტემით მოსარგებლე პირები. ეს კვლევები მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის არსებული პოლიტიკის, პროგრამებისა და სისტემებისადმი საზოგადოებრივი და პროფესიული დამოკიდებულებების დეტალურ ანალიზს, რაც დაეხმარებოდა დისკუსიების საფუძვლიანი და არგუმენტირებული მასალის მომზადებას. პუბლიკაციის ფარგლებში მომზადებული კვლევა, რომელიც მოიცავს როგორც ექსპერტულ გამოკითხვას, ისე ფოკუს-ჯგუფების შედეგებს, ნათლად აჩვენებს, რომ ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური მოდელის ჩამოსაყალიბებლად აუცილებელია ორი არსებული სისტემის ინტეგრაცია. ფოკუს-ჯგუფებისა და რესპონდენტების მოსაზრებები აჩვენებს, რომ ორივე მოდელს აქვს ძლიერი და სუსტი მხარეები, რომელთა ჰარმონიზაციით შესაძლებელია უკეთესი შედეგების მიღწევა.

კვლევაში ასევე ხაზგასმულია, რომ ინფორმაციული ასიმეტრია არის საერთო პრობლემა, რომელიც განსაკუთრებით საყოველთაო პროგრამაშია გამოკვეთილი. ამ რისკის შესამცირებლად აუცილებელია ბენეფიციარებისთვის ინფორმაციის მიწოდების გაუმჯობესება, ტრენინგებისა და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების განხორციელება. ამის პარალელურად ასევე უმნიშვნელოვანესია კერძო სადაზღვევო სქემებში მეტი გამჭვირვალობა და ხარისხის მონიტორინგი.

ქვეყანაში ამჟამად მოქმედი ჯანდაცვის მოდელისა და მათთან დაკავშირებულ გამოწვევების ირგვლივ გამართული საჯარო დისკუსიების დღის წესრიგში, სულ მცირე, ჩართულ უნდა იქნას ალტერნატიული, უფრო უკეთესი სტრატეგიების დასახვის საკითხი. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მომავალი მხოლოდ ფართო და მრავალმხრივი თანამშრომლობით შეიძლება განვითარდეს, რაც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის უფრო ინკლუზიურ და მდგრად მოდელს.

ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული განვითარება მოითხოვს ინოვაციური მიდგომების დანერგვას, რაც საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს და კერძო სექტორს, ერთობლივად იმუშაონ მოსახლეობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ეს მოიცავს ამბულატორიულ და პრევენციულ სერვისებზე უფრო დიდი აქცენტის გაკეთებას, ხარჯების ოპტიმიზაციას და სოციალური სამართლიანობის გაზრდას.

პუბლიკაცია მომზადებულია „საქართველოს განვითარების პლატფორმის“ მიერ, რომელიც წლებია აქტიურად მუშაობს ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართულებით და ამ სფეროში მნიშვნელოვანი გამოცდილება გააჩნია. აღნიშნული პროექტი განხორციელდა ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მხარდაჭერით, რაც კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს ამ საკითხისადმი საერთაშორისო დონეზე გამოხატულ ინტერესსა და მნიშვნელობას. სადისკუსიო მასალა მნიშვნელოვან საფუძველს ქმნის საჯარო დისკუსიებისთვის, სადაც ჯანდაცვის სფეროს ყველა დაინტერესებული მხარე შეძლებს ოპტიმალური გადაწყვეტილებების მიღებას.

1. სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის ზოგადი სტრატეგია და მისი გამოწვევები

საქართველოს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს ქვეყნის განვითარების სტრატეგიული ხედვის განხორციელებაში. ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის მიუხედავად, კვლავ რჩება მრავალი პრობლემა, რომელიც ზღუდავს სამედიცინო მომსახურების თანასწორ და ეფექტიან მიწოდებას. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სისტემის მდგრადობის საკითხს, რომელიც დაკავშირებულია როგორც ფინანსურ ეფექტურობასთან, ისე მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისთვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასთან. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა წარმოადგენს მნიშვნელოვან საწყის ნაბიჯს საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის სტრატეგიულ განვითარებაში, თუმცა არსებული გამოწვევები ცხადყოფს, რომ სისტემა საჭიროებს საკვანძო რეფორმებს. სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ბარიერების აღმოფხვრა, ინფორმირებულობის დონის ამაღლება და ფარმაცევტული სექტორის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა, სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის გასაზრდელად, აუცილებელია. მხოლოდ სისტემური მიდგომის პირობებში იქნება შესაძლებელი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მდგრადობისა და სამართლიანობის უზრუნველყოფა.

1.1. საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისობა უნივერსალური ჯანმრთელობის სტრატეგიის (UHC) მოთხოვნებთან

გამოკითხვის მიხედვით, ექსპერტთა უმეტესი ნაწილი მთლიანობაში უარყოფითად აფასებს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას და მიიჩნევს, რომ ის სრულად არ შეესაბამება UHC-ის (Universal Health Coverage/WHO) საყოველთაოდ აღიარებული სტანდარტის მოთხოვნებს. ამ შეფასებებში განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა მოსახლეობისთვის სამედიცინო სერვისების არათანაბარ ხელმისაწვდომობაზე, პირველ რიგში, გეოგრაფიული და ფინანსური ბარიერების მხრივ, რაც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევად აღიქმება. ამასთან ერთად, ყურადღება გამახვილებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პრევენციული მედიცინის ამა თუ იმ სახის სისუსტეებზე, რაც ზრდის პოსპიტალიზაციის საჭიროებასა და შესაბამისად ხარჯებს.

გამოკითხულთა აზრით, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობა სისტემურ და ჩაღრმავებულ შეფასებასა და ანალიზს მოკლებულია. შესაბამისად, მისი რეალური მდგომარეობა სათანადოდ არ არის წარმოდგენილი. ამავე დროს, როგორც მოსახლეობა, ისე დაინტერესებული წრეები, აუცილებელი მოცულობით არ ფლობენ ინფორმაციას მთლიანობაში სისტემის შესაძლებლობებისა და არსებული ჯანდაცვითი სერვისების შესახებ.

გემოხსენებული პრობლემების მთავარ მიდგომებად მიჩნეულია ჯანდაცვის პროგრამებისა და პროექტებზე მონიტორინგისა და შეფასების ადეკვატური სისტემის დაწესება და მოსახლეობის ინფორმირებისა და ცნობიერების ამაღლების პროექტების განხორციელება.

გამოკითხულებმა ჯანდაცვის სისტემის სერიოზულ პრობლემათა შორის ხაზგასმით აღნიშნეს მედიკამენტოზური მკურნალობის მაღალი ღირებულების საკითხი. მათი აზრით, მედიკამენტების ფასების რეგულირება და სუბსიდირების პროგრამების განვითარება მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ამ ფინანსური ბარიერების დაძლევისას.

საბოლოოდ, გამოკითხვის შედეგების თანახმად, ჯანდაცვის რეფორმის გარკვეული ნარმატებების მიუხედავად, ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკა ჯერ კიდევ ვერ აკმაყოფილებს საყოველთაო ჯანმრთელობის სტრატეგიის მოთხოვნებს. უნივერსალური ჯანდაცვით მოსახლეობის სრულფასოვანი მოცვისათვის აუცილებელია ისეთი სისტემის შექმნა, რომელიც ბენეფიციართათვის აუცილებელ სამკურნალო და პრევენციულ პაკეტებთან ერთად, უზრუნველყოფილი იქნება ხელმისაწვდომობის პოტენციური ბარიერების (გეოგრაფიული, ფინანსური და სხვა) უპრობლემოდ დაძლევის, ხარისხის უზრუნველყოფის, მონიტორინგისა და შეფასების, ასევე მოსახლეობის სათანადო ინფორმირების ინსტრუმენტებით. მხოლოდ ამ გზით შეძლებს საქართველო ჯანდაცვის სისტემის გრძელვადიანი განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად საჭირო მიზნების მიღწევას.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

ფოკუს-ჯგუფების მონაწილეთა აზრით, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობას მისთვის აუცილებელი, ხარისხიანი და დროული სამედიცინო დახმარებით. უფრო მეტიც, ზოგიერთი ადამიანი სრულიად ან ნაწილობრივ მოკლებულია ამა თუ იმ სახის სამედიცინო სერვისებს, რაც განსაკუთრებით პრობლემურია ეკონომიკურად აქტიური, მაგრამ დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისთვის, რომლებიც ვერც კერძო დაზღვევას იძენენ და ვერც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ვერ სარგებლობენ სრულყოფილად. ამ პროგრამის სერვისების გაფართოება, თანასწორუფლებიანობისა და მისაწვდომობის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესება უნდა იყოს ჯანდაცვის პოლიტიკის მთავარი პრიორიტეტი. ბენეფიციარებმა ხაზგასმით ისიც აღნიშნეს, რომ კერძო დაზღვევით სარგებლობის მათი გადანაცვები უხშირესად მათ პირდაპირ შემოსავლებთან არ არის დაკავშირებული. ზოგიერთ საშუალო და მაღალშემოსავლიან მოქალაქეს სადაზღვევო პაკეტების შესახებ დაბალი ცოდნა და/ან სადაზღვევო კომპანიების მიმართ დაბალი ნდობა აქვთ.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა პოზიციები:

“ამჟამად არსებული სისტემა ეკონომიკურად აქტიურ ადამიანებს პრაქტიკულად ტოვებს ჯანდაცვის მიღმა და მათი საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი მკვეთრად განსხვავდება ბავშვების, სოციალურად დაუცველთა და ასაკით პენსიონერების პაკეტისგან.”

“ვარ 54 წლის, ანუ არც პენსიონერი ვარ და ღმერთის წყალობით, არც უპოვარი და არც შეზღუდული შესაძლებლობების პირი. სულ რამდენჯერმე ვისარგებლე საყოველთაოს გადაუდებელი და გეგმიური ჰოსპიტალური დახმარებით. უკმაყოფილო არ ვიყავი. თუმცა, დამატებით ანალიზებზე და წამლების შექმნაზე გარკვეული ხარჯის განწევა მომიხდა. სულ სხვა რამეა პოლიკლინიკურ ამბებში. ჩემი მდგომარეობისთვის კუთვნილ „პაკეტში“ პრაქტიკულად არაა გამოკვლევები, ანალიზები და არც საჭირო მედიკამენტები.”

„ჩემი ინფორმაციით, საყოველთაო ჯანდაცვა, სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების გარდა, პრაქტიკულად არაფერს აფინანსებს. 10 წლის განმავლობაში რამდენჯერაც არ ვიკითხე საყოველთაოში კონკრეტული ანალიზებისა და გამოკვლევების ჩატარების შესაძლებლობასთან დაკავშირებით, მაასუხობდნენ, რომ ჩემი კატეგორიის, ანუ საშუალო შემოსავლისა და არასაპენსიო ასაკის პაციენტს რომ არაფერი ეკუთვნის“.

„წლებია, რაც გულით ავადმყოფი ვარ. საპენსიო ასაკი ჯერ ადრეა. პირდაპირ ვამბობ, კასპის მუნიციპალიტეტის არც ექიმების და არც ლაბორატორიების არ მჭერა. წლებია დავდივარ თბილისში კარდიოლოგთან, იქვე ვიტარებ გამოკვლევებს, ვყიდულობ პროფესორის გამონერილ წამლებს. ძალიან ძვირია ეს, მაგრამ ასე მირჩევენია“.

“პენსიონერი არ ვარ, ამის გამო ჩემთვის საჭირო მედიკამენტები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით პრაქტიკულად არ არის გათვალისწინებული. მუნიციპალიტეტს კი აქვს გარკვეული სოციალური პროგრამები, თუმცა, უხშირესად წამლების ჩამონათვალი საჩემო არ არის, სამწუხაროდ“.

“მინიმალური შეთავაზება სახელმწიფოს უნდა ჰქონდეს. ასე მგონია, რომ უნდა არსებობდეს სტანდარტი, რომელმაც ყველა მოქალაქეს უნდა მისცეს რაღაც მინიმალური პაკეტით სარგებლობის საშუალება. 100%-ით გადაუდებელი შემთხვევები უნდა იფარებოდეს სახელმწიფოს მხრიდან“.

„მე მგონია, უნდა არსებობდეს უნივერსალური პაკეტი და განსხვავებები უნდა იყოს სოციალურად დაუცველებისთვის, მაგრამ არ უნდა დავტოვოთ სხვა კატეგორიები, მაგალითად, ახალგაზრდა და საშუალო ასაკი. ყველასთვის უნდა იყოს დაცული ჯანდაცვის უფლება“.

“დასაქმების პრობლემა ქვეყანაში და შესაბამისად, ახალგაზრდებს, ვისაც არ აქვს შესაძლებლობა იმუშაოს, არ არიან სოციალური პაკეტის მქონე და ვტოვებთ ჯანდაცვის გარეშე. უნდა არსებობდეს მინიმალური პაკეტი, ასე მგონია და მერე უკვე სოციალურ კატეგორიებს უნდა მივხედოთ“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„მაქვს საოჯახო პაკეტი, რომელიც არც თუ ისე მომწონს, მაგრამ რადგან საყოველთაო არაფერს აფინანსებს, იძულებული ვარ, რაღაც მინიმალური დაცვა უზრუნველყო ჩვენთვის.“

„ვარ დაზღვეული კერძო კომპანიაში, მეუღლის დაზღვევაზე ვარ მიბმული. ნამდვილად ვერ ვიტყვი, რომ კარგი პაკეტია. მე არ შემირჩევიან სადაზღვევო კომპანია, არც ჩემ მეუღლეს. ეს მოხდა პრაქტიკულად ავტომატურად, რაც შემოგვთავაზეს, ის „ავირჩიეთ“.“

„ამ დაზღვევაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი არ არის მონესრიგებული, არ გვაქვს შესაძლებლობა ლოკაციის მიხედვით ავირჩიოთ იგი. ასევე, იძულებული ვართ, მივიდეთ იმ კლინიკაში, რომელსაც სადაზღვევო გვთავაზობს. ანუ ჩვენი სურვილი არ არის გათვალისწინებული. იძულებული ხარ, მიეხად იმ სქემას, რასაც გთავაზობენ“.

1.2. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა: დიფერენცირებული მიდგომა და მისი გავლენა სოციალური და ჯანდაცვითი პოლიტიკის სტრატეგიებზე

გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ განსხვავებული ჯგუფები სხვადასხვაგვარად აფასებენ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში დიფერენცირებული მიდგომის გავლენას ჯანდაცვითი და სოციალური პოლიტიკის თანაფარდობაზე. ერთი ნაწილი სრულად ეთანხმება მოსაზრებას, რომ მსგავსი მიდგომა სოციალურ და ჯანდაცვით პოლიტიკებს ერთმანეთში ურევს და ართულებს მათ შორის არსებული საზღვრების დაცვას. მათი აზრით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა იმთავითვე გულისხმობს „საყოველთაობას,“ რაც ნიშნავს, რომ სამედიცინო დახმარება თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა მოქალაქისთვის, მიუხედავად მათი შემოსავლისა ან სოციალური სტატუსისა. ამ ჯგუფის აზრით, არსებული მოდელი, რომელიც მოქალაქეებს დიფერენცირებული პაკეტებით ემსახურება, გარკვეულწილად დისკრიმინაციულ ხასიათს ატარებს და ხელს უწყობს უთანასწორობის გაღრმავებას. ისინი აღნიშნავენ, რომ სახელმწიფომ უნდა იფიქროს უნივერსალური პაკეტების შემუშავებაზე, რომლებიც სოციალური სტატუსისა და საჭიროებების გათვალისწინებით დაფინანსდება, რათა თითოეული მოქალაქე შეძლოს საჭირო სამედიცინო სერვისის მიღება.

მეორე ჯგუფი ნაწილობრივ იზიარებს ზემოხსენებულ მოსაზრებას და ფიქრობს, რომ ამჟამინდელი სისტემა ნამდვილად ამძიმებს მოქალაქეების მიერ პროგრამის გაგებასა და მასთან ადაპტირებას. მათი აზრით, ჯანდაცვის პროგრამა მეტად გამჭვირვალე და მარტივად გასაგები უნდა იყოს, რათა მოქალაქეებმა უკეთ გაიგონ, რა მომსახურებას და დაფინანსებას სთავაზობს სახელმწიფო. ამავე დროს, ისინი აღნიშნავენ, რომ გარკვეული დიფერენცირებული მიდგომა, მიუხედავად სირთულეებისა, ჯერ კიდევ საჭიროა, რათა დაბალი შემოსავლის მქონე პირებმა მეტი მხარდაჭერა მიიღონ. მათი აზრით, სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო სისტემების ჰარმონიული სიმბიოზი საშუალებას მისცემს სისტემას, უფრო მოქნილად და ეფექტიანად ემსახუროს სხვადასხვა სოციალური ჯგუფების საჭიროებებს. ამ ჯგუფის წარმომადგენლები ეჭვქვეშ არ აყენებენ სოციალური და ჯანდაცვითი პოლიტიკის აღრევის საკითხს, თუმცა ფიქრობენ, რომ სახელმწიფომ მეტი ყურადღება უნდა მიაქციოს პროგრამის გამჭვირვალობასა და დაფინანსების მკაფიო კრიტერიუმებს.

მესამე ჯგუფის აზრით, მსგავსი დიფერენცირება სულაც არ იწვევს ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის აღრევას. მათი აზრით, სახელმწიფოს როლი არის იმ პირების მხარდაჭერა, ვისაც რეალურად უჭირს, ხოლო მათ, ვისაც მეტი შესაძლებლობა აქვთ, უნდა მიეცეთ არჩევანის თავისუფლება და ნაკლები დამოკიდებულება სახელმწიფოზე. ამ ჯგუფის აზრით, სოციალური და ჯანდაცვითი მიზნები აქ ერთობლივად არ უნდა განიხილებოდეს, არამედ ცალ-ცალკე, რაც სახელმწიფოს საშუალებას მისცემს, უფრო ზუსტად განსაზღვროს თავისი მიზნები და რესურსები. ეს ჯგუფი, ძირითადად, ემხრობა აზრს, რომ დახმარების ოდენობა უნდა იყოს განსაზღვრული მოქალაქის კეთილდღეობით, რათა უფრო დაცული იყოს საზოგადოებრივი სამართლიანობა.

გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ არსებობს შეხედულება, რომლის მიხედვითაც ამჟამინდელი მოდელი არასწორად ათავსებს სოციალურ და ჯანდაცვით კომპონენტებს ერთ სისტემაში, რაც ამცირებს პროგრამის ეფექტურობას. ზოგიერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ პროგრამის სოციალური და ჯანდაცვითი მიზნები ერთმანეთისგან ცალკე უნდა განისაზღვროს, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასასურველი შედეგები და გაუგებრობა საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფებში.

ამ განსხვავებული მოსაზრებების ფონზე, აშკარაა, რომ გამოკითხულები ერთიანი მიდგომისკენ მოუნოდებენ სახელმწიფოს, თუმცა ამ ერთიანობის ფორმა თითოეული ჯგუფისთვის სხვადასხვაა. ერთი ნაწილი დიფერენცირებულ მიდგომას უარყოფს და პროგრამის ერთიანი, საყოველთაო პრინციპების დამკვიდრებას ითხოვს, ხოლო მეორე ნაწილი მხარს უჭერს დიფერენცირებულ მიდგომას, მაგრამ სისტემის გამჭვირვალებობისა და სერვისების განსაზღვრის მკაფიო წესების შემოღებას ითხოვს. ეს უთანხმოებები კი მიანიშნებს, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის სტრუქტურა საჭიროებს გადახედვას და სტრატეგიულ გააზრებას, რათა უკეთ მოერგოს საზოგადოებრივი საჭიროებების მრავალფეროვნებას და თავიდან აიცილოს ჯანდაცვითი და სოციალური პოლიტიკის შერევა ერთ სისტემაში.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

ეკონომიკურად აქტიური ასაკის პირები ნაკლებად არიან დაცულნი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უკეთესად ფარავს ბავშვებს, პენსიონერებს და სოციალურად დაუცველებს. მონაწილეთა აზრით, ეს პრობლემა ქმნის მნიშვნელოვან დისონანს პროგრამაში. ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობა, რომელიც ქვეყნის ეკონომიკის ხერხემალს წარმოადგენს, ხშირად რჩება სათანადო სამედიცინო დახმარების გარეშე. ეს არა მხოლოდ ინდივიდუალურ პრობლემებს ქმნის, არამედ გრძელვადიან პერსპექტივაში ნეგატიურად აისახება ქვეყნის ეკონომიკურ და სოციალურ განვითარებაზე.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა პოზიციები:

“ამჟამად არსებული სისტემა ეკონომიკურად აქტიურ ადამიანებს პრაქტიკულად ტოვებს ჯანდაცვის მიღმა და მათი საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი მკვეთრად განსხვავდება ბავშვების, სოციალურად დაუცველთა და ასაკით პენსიონერების პაკეტისგან”.

“უნდა გაფართოვდეს ჯსპ და მედიკამენტებიც შევიდეს პაკეტში. უნივერსალური პაკეტი უნდა შემუშავდეს. რაღაც მინიმალური უნდა დაფინანსდეს. აუცილებლად უნდა დაფინანსდეს საშუალო ასაკი, ხოლო საპენსიო ასაკის მქონე ადამიანებს და სოციალურად დაუცველებს ყველაფერი უნდა უფინანსდებოდეთ, კვლევა, მედიკამენტიც და ა.შ”.

1.3. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოდელი: ძლიერი და სუსტი მხარეები

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას ექსპერტები აფასებენ როგორც სერიოზულ წინგადადგმულ ნაბიჯს, რომელიც საქართველოში სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისკენ არის მიმართული. პროგრამას აქვს როგორც მნიშვნელოვნად ძლიერი, ასევე თვალსაჩინოდ სუსტი მხარეები, რომელიც ამა თუ იმ სახისა თუ მასშტაბის ჩარევებს საჭიროებს.

პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ ძლიერ მხარედ დასახელდა ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, რაც დაეხმარა მოწყვლად ჯგუფებს, მათ შორის პენსიონერებს, შშმ პირებს და სოციალურად დაუცველ ოჯახებს. სტაციონარული და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებამ მნიშვნელოვნად შეუმსუბუქა მოსახლეობას ჯიბიდან გადახდების ტვირთი და შემცირდა კატასტროფული ხარჯების რისკი. პოზიტიურად შეფასდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის ვერტიკალური პროგრამა, ონკოლოგიური მკურნალობის სერვისები და სხვა პრევენციული ინტერვენციები (მაგალითად, კოვიდ 19).

გამოკითხულთა აზრით, ინფრასტრუქტურული განვითარების თვალსაზრისით, ზოგიერთ მიმართულებაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, მეზობელ ქვეყნებთან შედარებით, უფრო განვითარებულია.

ამავე დროს, ყურადღება გამახვილდა პროგრამის რამდენიმე მნიშვნელოვანი სისუსტეზეც. ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად სახელდება ჯანდაცვის სერვისების არათანაბარი ხელმისაწვდომობა გეოგრაფიულად შორეულ და ეკონომიკურად სუსტ რეგიონებში. პირველადი და ჰოსპიტალური მომსახურების არასრული დაფარვა პროფესიული განვითარების მდგრადი და განვითარებადი სისტემის პრაქტიკულად არარსებობა, პროფესიული ადამიანური რესურსების სიმწირე და არსებული

სამედიცინო სერვისებით მოსახლეობის 35%-ის გარეთ დარჩენა მიუთითებს სისტემის ორგანიზების გაუმართაობაზე. ასევე, პროგრამის მდგრადობის უზრუნველსაყოფად საჭირო რეფორმები დროულად ვერ ხორციელდება, რის შედეგადაც დაფინანსების ტემპის შენელება და პროგრესის შეჩერება გადაუჭრელ პრობლემად რჩება.

მნიშვნელოვანი გამოწვევაა მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა, რადგან რიგი მედიკამენტების მაღალი ფასები კვლავინდებურად სერიოზული ფინანსური ტვირთია მოსახლეობისთვის. ხაზგასმით აღინიშნა, რომ მიუხედავად პროგრამის პირველ წლებში მიღწეული წარმატებისა, შემდგომში ჯიბიდან გადახდების შემცირების ტენდენცია ვერ იქნა შენარჩუნებული.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

ის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა პრიორიტეტულად ფარავს ბავშვების, პენსიონერებისა და სოციალურად დაუცველების ჯანდაცვით საჭიროებებს, პოზიტიური ასპექტია, მონანილეუთა აზრით, რადგან ეს ჯგუფები განსაკუთრებით მონაცვლადები არიან, მაგრამ ამავე დროს ქმნიან უთანასწორობას სხვა ჯგუფებთან მიმართებაში. უნივერსალური ჯანდაცვის სტრატეგიების რაკურსში ეს სახელმწიფო პროგრამა უნდა უზრუნველყოფდეს სრულიად მოსახლეობის თანაბარ დაფარვას. სამწუხაროდ, ეს მოქმედი მოდელი ზრდასრულ და შრომისუნარიან მოსახლეობას რეალურად ტოვებს ძალიან მწირი ჯანდაცვითი შესაძლებლობების ამაღრა, რაც საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში ნეგატიურად შეიძლება აისახოს სრულიად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„ვსარგებლობ საპენსიო პაკეტით, ჩემი შვილი - შშმ პირის სოციალური პაკეტით, ის მცირედ მხედველია. ჩემი და ჩემი შვილის ჯსპ პაკეტი თითქმის არ განსხვავდება ერთმანეთისგან, თუ არ ჩავთვლით სპეციალური საჭიროებების დაფინანსების ნაწილს, რაც ცხადია, არასაკმარისია“.

„ორჯერ დამჭირდა სპეციალისტების (ენდოკრინოლოგი, ნეფროლოგი, კარდიოლოგი) კონსულტაცია და გამოკვლევა. საყოველთაოს ექიმმა ვერ შეძლო ამის ორგანიზაცია. ამის გამო ეს ყველაფერი კერძოდ ჩავიტარე“.

„წვივის ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის შემდეგ აუცილებელი პროცედურებისა და ნაწილების ღირებულება ოჯახის სახსრებით დაფარეთ. მსგავსი შემთხვევა გვქონდა 2 წლის წინაც, როდესაც ჩემ ძმას, გადატანილი ინსულტის გამო, მოუწია საკუთარი ხარჯებით რეაბილიტაციის 2 კურსის დაფარვა. ძალიან ცუდია, რომ საყოველთაო რეაბილიტაციას აიგნორებს“.

„ეს ნამდვილი უსამართლობაა! ჩემი შემოსავალი უმნიშვნელოდ აღემატება ადამიანთა იმ კატეგორიას, რომელთა საყოველთაოს შედარებით ნორმალური პაკეტი ეკუთვნის. დაბნეულები ვართ, თუ რა გვეკუთვნის და საიდან“.

„როგორც იქნა, ვიშოვე სამსახური უკეთესი ხელფასით. წესით, მომიწევს სამედიცინო დახმარების უარესი პაკეტით სარგებლობა. სადაა სალი აზრი, მითუმეტეს სამართალი?! კერძოში გადასვლაზე დავიწყე ფიქრი“.

„ვარ ახალგაზრდა, დღემდე არ მაქვს მუდმივი შემოსავალი. დროდადრო მაქვს ჯანმრთელობის პრობლემები. სოციალურად დაუცველი არ ვარ. როგორ უნდა მივიღო ჩემთვის აუცილებელი, სრულფასოვანი სამედიცინო დახმარება? სულ მუნიციპალიტეტებსა და მერიებში მიწევს მათხოვრობა!“

„მინიმალური შეთავაზება სახელმწიფოს უნდა ჰქონდეს. ასე მგონია, რომ უნდა არსებობდეს სტანდარტი, რომელმაც ყველა მოქალაქეს უნდა მისცეს რაღაც მინიმალური პაკეტით სარგებლობის საშუალება. 100%-ით გადაუდებელი შემთხვევები უნდა იფარებოდეს სახელმწიფოს მხრიდან“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„ბავშვთა ასაკში ფინანსდება გარკვეული დიაგნოზები, მე ვმუშაობ კლინიკაში და ვიცი, კარგად სარგებლობენ ამ პროდუქტებით. ბავშვის ასაკს ვგულისხმობ. რაც შეეხება ჩემს ასაკს, რა თქმა უნდა, ვერ ვსარგებლობდი ვერაფრით და იძულებული ვიყავი, კერძოდ დავზღვეულიყავი“.

„მე მქონდა საყოველთაოთი სარგებლობით გამოცდილება, საქმე ეხება ბავშვებს და ვთვლი, რომ საყოველთაოს ბავშვთა პაკეტი კარგია. რაც შეეხება ჩემს ასაკს, პრობლემა - სანამ არ მივაღწევ საპენსიო ასაკს, უნდა ვისარგებლო კერძოთი“ .

ქვეყანაში არათანაბარი გადანაწილება ნეგატიურად აისახება სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციაზე, რაც მთლიანობაში ამცირებს სისტემის ეფექტიანობას.

გარდა ამისა, ექსპერტები მიუთითებენ ინფორმაციის სიმცირესა და მოსახლეობასთან კომუნიკაციის ნაკლებობაზე, რაც ართულებს პროგრამის ეფექტურ აღქმასა და რეალიზაციას. ფინანსური დაფინანსების სტაბილურობის შენარჩუნების პრობლემა და უკუსვლა ბოლო წლებში სახელმწიფო დაფინანსების მარჯვენებლებში დამატებით გამოწვევად აღიქმება.

საერთო ჯამში, პროგრამა აღიარებულია, როგორც მნიშვნელოვანი ნაბიჯი მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის, მაგრამ არსებობს სტრატეგიული ხედვისა და მდგრადობის გაძლიერების საჭიროება, უნივერსალური ჯანდაცვით მოსახლეობის მაქსიმალურად მოცვის მისაღწევად. ამისათვის კი პრიორიტეტიზირებულია: სერვისების გეოგრაფიული, ფინანსური და ა.შ. მისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება; მედიკამენტების ფინანსური შეღავათები; დარგის და შესაბამისად პროგრამის კიდევ უფრო რეორიენტაცია ამბულატორიული დახმარებისა და პრევენციული მედიცინის მიმართულებით; კონტროლის, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის განვითარება; პროფესიული განვითარების ადეკვატური სისტემის შექმნა და სრულყოფა. მხოლოდ ამ სისტემური ნაბიჯების გადადგმით იქნება შესაძლებელი სისტემის მდგრადი განვითარება და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტური ფუნქციონირება.

1.4. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და მისი შესაბამისობა საქართველოს ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანებთან

საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა წარმოადგენს ქვეყნის ჯანდაცვითი პოლიტიკის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს, რომელიც მიზნად ისახავს მოსახლეობის ფართო ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფას. თუმცა, არსებობს განსხვავებული მოსაზრებები იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად შეესაბამება ეს პროგრამა ქვეყნის ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანებს და რამდენად ეფექტიანად პასუხობს მოსახლეობის საჭიროებებს.

ერთი მხარე მიიჩნევს, რომ პროგრამა სრულად შეესაბამება საქართველოს ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანებს და არსებითად უნდა შენარჩუნდეს მისი მოქმედი ფორმით. მათი აზრით, პროგრამამ მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვასა და სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაში.

მეორე მოსაზრებით, პროგრამა ძირითადად შეესაბამება ჯანდაცვითი პოლიტიკის მიზნებს, თუმცა საჭიროებს ცალკეული კომპონენტების თუ მექანიზმების მოდიფიცირებას. მაგალითად, შესაძლებელია გაუმჯობესდეს დაფინანსების სტრუქტურა, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის მართვა და პროგრამის ხარჯთეფექტურობა.

მესამე ჯგუფი მიიჩნევს, რომ პროგრამა ნაკლებად შეესაბამება ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანებს და მოითხოვს მის კომპონენტებსა თუ მექანიზმებში მნიშვნელოვანი ცვლილებების შეტანას. აქ განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაძლიერებასა და სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ ყველაზე კრიტიკულად განწყობილი ჯგუფი აღნიშნავს, რომ იგი საერთოდ არ შეესაბამება ქვეყნის ჯანდაცვითი პოლიტიკის მიზნებს და საჭიროებს კომპონენტებისა თუ მექანიზმების საფუძვლიან, სისტემურ რეფორმას. მათი აზრით, საჭიროა პრევენციულ ჯანდაცვაზე ფოკუსირება, ხარჯების ოპტიმიზაცია და პროგრამის სრულფასოვანი რესტრუქტურირაცია.

ამას გარდა, მცირე ნაწილია ისეთი, ვინც არ არის მზად პროგრამის შეფასებისთვის და უჭირს კონკრეტული პოზიციის ჩამოყალიბება. აღნიშნული ჯგუფი მოითხოვს მეტი ანალიზისა და შეფასების ჩატარებას, რათა გაარკვიოს პროგრამის ძლიერი და სუსტი მხარეები.

საბოლოო ჯამში, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა განიხილება, როგორც ერთგვარი ბალანსი სოციალური მხარდაჭერისა და ეფექტიანობის მიღწევაში. მისი წარმატების გასაღები იქნება ის, თუ რამდენად შეძლებს ქვეყანა პროგრამის მართვას, ოპტიმიზაციასა და მოსახლეობის საჭიროებებზე რეაგირებას.

ექსპერტებმა გამოკითხვის ფარგლებში წარმოადგინეს რამდენიმე მნიშვნელოვანი რეკომენდაცია, რომლებიც მიმართულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაუმჯობესებასა და მის უკეთესად მორგებისკენ ქვეყნის ჯანდაცვის საჭიროებებზე. რეკომენდაციები მოიცავს შემდეგ მიმართულებებს:

პირველ რიგში ექსპერტებმა ხაზი გაუსვეს ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. მათი მოსაზრებით, მნიშვნელოვანია მედიკამენტების ფასების რეგულაცია და სოციალური ჯგუფებისთვის სუბსიდირების მექანიზმების გაძლიერება, რათა მოსახლეობამ ფინანსური ბარიერების გარეშე მიიღოს აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება. ასევე აღინიშნა, რომ უნდა შემცირდეს ჯიბიდან გადახდები, რაც მოქალაქეებისთვის მნიშვნელოვან ფინანსურ ტვირთს წარმოადგენს.

გარდა ამისა, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო პრევენციული მედიცინის როლის გაზრდას. ექსპერტებმა აღნიშნეს, რომ საჭიროა მეტი ინვესტიცია პრევენციულ ღონისძიებებსა და სკრინინგ პროგრამებში, რათა შემცირდეს დაავადებების გავრცელება და ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება. პროფილაქტიკური ღონისძიებების გაუმჯობესება პირდაპირ შეუწყობს ხელს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ექსპერტები ასევე მიიჩნევენ, რომ საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და მისი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, განსაკუთრებით შორეულ და სოფლის რეგიონებში. ამისთვის მათ რეკომენდაცია გაუწიეს სამედიცინო ინფრასტრუქტურის გაძლიერებას და პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განათლების უზრუნველყოფას.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი რეკომენდაცია ეხება ჯანდაცვის სერვისების რეგულირების გაძლიერებას. ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ აუცილებელია სტანდარტების, პროტოკოლებისა და რეგულაციების ეფექტური დანერგვა, რათა უზრუნველყოს მომსახურების მაღალი ხარისხი და სამედიცინო დანახვების გამჭვირვალობა.

ასევე აღინიშნა, რომ მნიშვნელოვანია პაციენტის უფლებების დაცვა და მათი არჩევანის თავისუფლების უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სერვისებზე. ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ სახელმწიფო პროგრამა მეტად უნდა იყოს ორიენტირებული მოქალაქეთა ინტერესებზე და უზრუნველყოს მათი მონაწილეობა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში.

ჯამში, ექსპერტების რეკომენდაციები ხაზს უსვამს საჭიროებას, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა გახდეს უფრო მოქნილი, ეფექტური და დაფუძნებული გრძელვადიან ხედვაზე, რაც უზრუნველყოფს უკეთეს სერვისებსა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

გამოიკვეთა პრობლემები ინფორმაციის მიღების, გამჭვირვალობის და ბიუროკრატიის კუთხით. ეს არის კომპლექსური პრობლემა, რომელიც ხელს უშლის ეფექტური და სამართლიანი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებას. ინფორმაციის ნაკლებობა და არაგამჭვირვალე პროცესები ართულებს პაციენტებისთვის სწორი გადაწყვეტილებების მიღებას და ხელს უწყობს უთანასწორობის გაღრმავებას. ბიუროკრატია კი ზრდის ხარჯებს და აფერხებს სწრაფ და ეფექტურ მომსახურებას. ამ პრობლემების მოგვარება მოითხოვს სისტემურ ცვლილებებს, მათ შორის, ციფრული ტექნოლოგიების უფრო ფართო გამოყენებას, პროცესების გამარტივებას და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გაზრდას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით (სჯპ) მოსარგებლეთა პოზიციები:

„ცოტა ხნის წინ ჩემს ბიძას შეემთხვა შემდეგი - ის არ არის საპენსიო ასაკის და არის პირველი ტიპის დიაბეტის მატარებელი, არა აქვს კერძო დაზღვევა. დიაბეტიკებს კიდურების პრობლემები აქვთ და ზოგ შემთხვევაში, პირველი ტიპის დიაბეტი შრომის უნარს აკარგვინებს ადამიანს. ბიძაჩემს ფეხის თითი გაუხდა მოსაკვეთი. თავად ამ ოპერაციის ხარჯს ვერ აანაზღაურებს. ვერ მუშაობს და შესაბამისად, ვერ გადაიხდის ოპერაციის ხარჯებს. რადგან არ არის საპენსიო ასაკის, სახელმწიფო არ ითვალისწინებს ამ შემთხვევას. კლინიკაში, სადაც ოპერაცია დაიგეგმა, სანამ ოპერაცია არ დასრულდებოდა, ვერ გვეუბნებოდნენ, რამდენი უნდა გადაგვეხადა. ეს ძალიან არაპრობლემატური. ოპერაცია ისე დაიწყო, რომ ვერაფერს გავხდი, გამეგო, რა შეიძლებოდა გადამეხადა. რა უნდა მექნა, თითი იყო მოსაჭრელი და რომ არ გავკვეთებინა ოპერაცია, იქნებოდა მოსაჭრელი ფეხი. გაკეთდა ოპერაცია და გასაწერად სანამ არ მოამზადეს, მანამდე ვერ გავიგეთ, რამდენი გვექნებოდა გადასახდელი. არანაირი განფასება არ გვაჩვენეს. დიაბეტიან ავადმყოფებში ეს გადაუდებელია და 10 დღეში შეიძლება სიცოცხლესთან შეუთავსებელი გართულებები განვითარდეს, მაგრამ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ამას არ თვლის გადაუდებლად და რაღაც ნაწილს აფინანსებს. თუმცა, კონკრეტულად რამდენს, ვერაფერს ვგითხრა - ვერც ჯანდაცვის სამინისტროს ცხელ ხაზზე და ვერც კლინიკაში. აღმოჩნდა, როდესაც უკვე პაციენტი გაამზადეს გამოსაწერად, რომ ერთი თითის მოკვეთა ღირს 4000 ლარი და სახელმწიფო აფინანსებს 70%-ით. თუ შენ მაშინვე არ გადაიხადე, არ გატანენ პაციენტს. მე ვიკითხე, შემიძლია თუ არა კიდევ რაიმე დაფინანსებით ვისარგებლო-მეთქი. მე დამჭირდა 5-საათიანი ბრძოლა იმისთვის, რომ განფასება მოეცათ და მიმეტანა მუნიციპალიტეტის გამგეობაში. აქ კიდევ შევეჯახეთ ბიუროკრატიას. მოვთხოვეს საბანკო გარანტია იმისთვის, რომ, თუ არ დაგვაფინანსებდა გამგეობა, დარჩენილი 30% აუცილებლად ჩაირიცხებოდა „ქირურგიის ეროვნულ ცენტრის“ ანგარიშზე. ისევ ბიუროკრატია ბანკში. მიუხედავად იმისა, რომ საბოლოო ჯამში გამგეობამაც დააფინანსა დარჩენილი 30%-ის ნახევარი, ძალიან შეურაცხმყოფელი პროცესი გავიარეთ. თუ პაციენტს არ ჰყავს პატრონი, რომელიც ერკვევა სახელმწიფო დაფინანსების სქემებში, პრაქტიკულად დაუცველია. ასეთი რთულია, ისარგებლო სახელმწიფო სიკეთებით“.

„მე მქონდა სკპ-ით სარგებლობის გამოცდილება და როგორ ითვლება დაფინანსების სქემა, ვერ ვხვდები. მგონია, რომ უამრავი არასაჭირო კვლევა ინიშნება, თითქოს დაფინანსების პაციენტის ლიმიტის ამოწურვაზე მუშაობს სკპ. უამრავ კვლევას ნიშნავენ, რომელიც არ არის აუცილებელი. ჩემს მამამთილს ჰქონდა თვალის პრობლემა, გაუკეთდა ოპერაცია, არ ჰქონდა შედეგი, განმეორებით ჩაუტარდა იგივე კვლევები და იმავენიერად გამოიყო თანხები სკპ-დან. ეს გამეორდა ოთხჯერ, შედეგი არ არის, ექიმი არ გვეუბნება, რომ ეს გამოუვალი მდგომარეობაა, მაგრამ ფაქტია, რომ ფინანსები იხარჯება არამიზანმიმართულად. განცდა გვაქვს, რომ, რადგან ეს მანაც არ არის სიცოცხლესთან შეუთავსებელი შემთხვევა, ასე უმიზნოდ იხარჯება სახსრები“.

„ჩემი მეგობრის დედა მოხვდა გადაუდებელი შემთხვევით კლინიკაში. შეიძლება ძალიან სენსიტიური საკითხია, მაგრამ სანამ ცოცხალი იყო, ერთდროულად უტარდებოდა ყველა კვლევა, საჭირო იყო თუ არა. ბოლოს ამოიწურა საყოველთაოს თანხები და პაციენტი გარდაიცვალა“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„ერთი კვირის წინ დედამთილმა მოიტეხა ხელი. არც ჩვენთვის უთქვამთ თანხა, განწერის შემდეგ დაანგარიშდებოდა, ასე ვგითხრეს, მაგრამ ჩვენ შემთხვევაში თავად კლინიკამ გვითხრა, როგორ უნდა მოვქვეყნიყავით. კლინიკამ გაგვიფორმა ვალის აღების ხელშეკრულება, ჩაგვინერეს ერთი თვის ვადა და ნავილეთ გამგეობაში „ფორმა 100“. გამგეობამ 500 ლარით დააფინანსა და ჩვენს შემთხვევაში მარტივად მოგვარდა დაფინანსების საკითხი“.

„მე მქონდა შემთხვევა, როდესაც მედიკამენტზე მომივიდა უარი. მას შემდეგ ვცდილობ, მოვძებნო მედიკამენტი, რომელიც რეგისტრირებულია და, თუ მაქვს გამოწერილი არარეგისტრირებული ნაშალი, ვცდილობ, შევაცვლევი. 15 წელია დაზღვევით ვსარგებლობ და ვცდილობ, ვმართო ჩემი დაზღვევა და ანაზღაურების წესი“.

1.5. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტიდან ხარჯების ხელოვნური ზრდის რისკები და მართვის მექანიზმები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წლების განმავლობაში მაღალხარჯიანია, რაც სერიოზული გამოწვევაა ბიუჯეტისთვის. ამ პრობლემის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზთაგანია ის, რომ იგი „საშუალებას აძლევს“ სამედიცინო სერვისების პროვაიდერებს, ხელოვნურად გაზარდონ ბიუჯეტიდან მოსათხოვი თანხების მოცულობები. რესპონდენტთა დიდმა ნაწილმა შემფოთება გამოხატა იმასთან დაკავშირებით, რომ სახელმწიფოს მხრიდან არასათანადო კონტროლი, არარელევანტური რეგულაციები და არაეფექტური მექანიზმები ერთგვარად სასათბურე პირობებს უქმნის პროვაიდერებს, რათა მათ მაქსიმალურად ისარგებლონ პროგრამის ამ სუსტი მხარეებით.

პრობლემის სიღრმისეული ანალიზი ცხადყოფს, რომ არსებული სისტემას არ გააჩნია საკმარის მექანიზმები ხარჯებზე ადეკვატური კონტროლის გასაკონტროლებლად. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ საზედამხედველო ინსტრუმენტების სიმწირე, კონტროლისა და პროტოკოლების მონიტორინგის არარსებობა ვერ უზრუნველყოფს ხარჯების ეფექტურ მართვას. მათივე აზრით, მაღალი ხარისხის კონტროლის სამსახური უნდა არსებობდეს ყველა მრავალპროფილურ კლინიკაში, რაც ხელს შე-

უნყოფს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის პროტოკოლების დანერგვას და ხარჯების ადეკვატურ მონიტორინგს.

გარდა ამისა, რესპონდენტები ხაზს უსვამენ, რომ ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის მზარდი ხარჯები გამოწვეულია სისტემური პრობლემებით. კერძოდ, ბიუჯეტის გაფლანგვის რისკის ზრდას ხელს უწყობს მოთხოვნილი ფინანსური ანაზღაურების არარეგულირებული მატება და მაღალი შემოსავალი სერვისების პროვაიდერებისთვის, რაც ზოგ შემთხვევაში შეიძლება არასაჭირო და ზიანის მომტანიც კი იყოს. ამასთან ერთად, სისტემას უნდა გააჩნდეს აკრედიტაციის მექანიზმი და გადახდის რამდენიმე აპრობირებული სისტემა, რაც შესაძლებელს გახდის საბიუჯეტო რესურსების უფრო ეფექტურ განაწილებას.

პასუხებიდან ცხადი ხდება, რომ ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის საწყისი იდეა, რომელიც მიზნად ისახავდა მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ზრდას, შესაძლოა, საფრთხის ქვეშ დგას მისი მაღალხარჯიანობის გამო. რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ აუცილებელია დამატებითი რეფორმების გატარება, რათა შემცირდეს სახელმწიფო ხარჯების არასასურველი ზრდა და კონტროლს ქვეშ მოექცეს პროვაიდერების მიერ ხელოვნურად გაზრდილი ინვოისები.

სისტემურ ცვლილებებზე ორიენტირებული რესპონდენტების შემოთავაზებაა, რომ სისტემა ფოკუსირებული იყოს მომსახურების ხარისხზე და არა რაოდენობაზე. ეს ნიშნავს, რომ სახელმწიფო „შემსყიდველის“ ფუნქციას უფრო ეფექტურად უნდა ასრულებდეს და უნდა შეეძლოს სერვისების ხარისხიანი პროვაიდერების სელექცია და მათი შესაბამისი დაფინანსება. აქვე მნიშვნელოვანია, რომ ყველა პროვაიდერთან კონტრაქტები იყოს გამჭვირვალე და დაფუძნებული იყოს მკაფიო კრიტერიუმებზე.

საერთო ჯამში, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა საჭიროებს საფუძვლიან რეფორმირებას, რათა თავიდან აიცილოს ბიუჯეტიდან ზედმეტი თანხების გასვლა და უზრუნველყოს მისი მდგრადობა. მნიშვნელოვანია ისეთი მექანიზმების დანერგვა, რომლებიც გამორიცხავს პროვაიდერების მიერ ბიუჯეტის ხელოვნურად გაზრდას და უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის ხარისხიანი მომსახურების ხელმისაწვდომობას.

1.6. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის „ინფორმაციული ასიმეტრიულობის“ გავლენა პაციენტსა და პროვაიდერს შორის ურთიერთობაზე და ბიუჯეტის მართვის გამოწვევები

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ხარჯების ზრდა და სისტემაში არსებული ინფორმაციული ასიმეტრიულობა წარმოადგენენ სერიოზულ პრობლემას, რომელიც მოითხოვს როგორც სახელმწიფო რეგულაციებს, ასევე პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლებას. რესპონდენტთა პასუხებიდან ჩანს, რომ სახელმწიფოს და პროვაიდერებს შორის მიმდინარე ურთიერთქმედებები ხშირად იწვევს ზედმეტი და არაადეკვატური ხარჯების გაწევას, რაც თავის მხრივ იწვევს ბიუჯეტის ხარჯების გაზრდას.

ჯანდაცვის სისტემის არაერთგვაროვანი რეგულაციები და სუსტი მონიტორინგის მექანიზმები ხელს უწყობს პროვაიდერების მხრიდან სამედიცინო მომსახურებების არასათანადო გაფართოებას, რაც გაზრდილი ხარჯების საფუძველია. რესპონდენტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ სახელმწიფო „შემსყიდველის“ როლში არამართებულად იქცევა და სერვისების შესყიდვისას არ ითვალისწინებს ხარჯთ-

ეფექტურობისა და ხარისხის სტანდარტებს. ეს იწვევს იმ შედეგს, რომ პროვაიდერები, საკუთარი ფინანსური მიზნებიდან გამომდინარე, გენოლას ახდენენ ბიუჯეტზე სერვისების ხელოვნური მოთხოვნით, რაც აზარალებს საერთო ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობას.

ინფორმაციული ასიმეტრიულობა კი ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა, რომელიც კიდევ უფრო ართულებს ამ პროცესს. პაციენტების და ექიმების ურთიერთობისას ინფორმაციული ხარვეზი ხშირად ხდება მიზეზი იმისა, რომ პაციენტები ვერ იღებენ საჭირო ინფორმაციას და სერვისის არჩევისას დამოკიდებულნი არიან მხოლოდ პროვაიდერების რეკომენდაციებზე. ეს ასიმეტრია აძლევს პროვაიდერებს საშუალებას, დანიშნონ ისეთი სამედიცინო ჩარევები, რომლებიც შეიძლება არაადეკვატურად და ზედმეტად მომგებიანი იყოს მათთვის.

პრობლემის გადასაჭრელად რესპონდენტები ხაზს უსვამენ რიგი მექანიზმების დანერგვის საჭიროებას. პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემების დანერგვა, რომელიც დაეხმარება სისტემის გამჭვირვალობის გაუმჯობესებას და საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს, უფრო ეფექტურად გააკონტროლოს განუვლი ხარჯები და მათი შესაბამისობა სერვისების ხარისხთან. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტისა და პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება, რაც უზრუნველყოფს პაციენტების ინფორმირებასა და მართვის ეფექტურობას, რაც მათ დახმარებას გაუწევს ზედმეტი და არასაჭირო ხარჯების თავიდან აცილებაში.

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ აუცილებელია მონიტორინგის/შეფასებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების მნიშვნელოვნად გაუმჯობესება, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო ჩარევების ხარისხის შემოწმებასა და ხარჯების კონტროლს. გარდა ამისა, სისტემის გამჭვირვალობის უზრუნველსაყოფად, საჭიროა პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება, რაც პაციენტებს მისცემს შესაძლებლობას,

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის, ასევე კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები, სახელმწიფო პროგრამისა და სადაზღვევო პაკეტების შესაძლებლობების შესახებ მწირი ინფორმაციულობის გამო, ხშირად აწყდებიან მრავალფეროვან ბარიერებს, მათთვის კუთვნილი სერვისების შეუფერხებლად მიღებასთან დაკავშირებით. ეს მიუთითებს აუცილებელი ინფორმაციის გავრცელება- მიღებასთან დაკავშირებულ პრობლემაზე. მნიშვნელოვანია, რომ ყველა მოქალაქე, მიუხედავად მათი დაზღვევის სტატუსისა, იყოს ინფორმირებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ, რაც ხელს შეუწყობს მათ მიერ რაციონალური არჩევანის გაკეთებასა და მართებული გადაწყვეტილებების მიღებაში. ფოკუს-ჯგუფების შედეგად გამოიკვეთა, რომ კერძო დაზღვევის ბენეფიციარებმა უფრო მეტი იციან საყოველთაო პროგრამის შესახებ, ვიდრე თავად ამ პროგრამის უშუალო მომხმარებლებმა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„დედაჩემი არის მასწავლებელი და სარგებლობს მასწავლებელთა დაზღვევით და ასევე არის პენსიონერი. ამ შემთხვევაში კარგი პაკეტი და შესაბამისად, ამრიგ ვერ დავინახე, კერძო დაზღვევაში ჩამერთო, რადგან სადაზღვევო კომპანიები, ხშირ შემთხვევაში, უარს ამბობენ ასეთ ასაკზე ან ისეთ თანხებს ითხოვენ სადაზღვევო პრემიისთვის, რომლის გადახდა ჩვენთვის შეუძლებელია. პედაგოგის საყოველთაო პაკეტი კიდევ უფრო კარგია და ამიტომ მე კმაყოფილი ვარ. რასაც დავაკვირდი, ოპერაციებს კარგად აფინანსებენ, მაგრამ წინა საოპერაციო კვლევებს არა. დედა არის საყოველთაო ჯანდაცვის მასწავლებელთა პროგრამაში ჩართული. ჩვენს შემთხვევაში არის წამლები, რომლებიც ფინანსდება და ეს კარგია. საყოველთაოს ჯანდაცვის ექიმით კმაყოფილები ვართ. ასევე კარდიოლოგის და ენდოკრინოლოგის მომსახურება უფასოა და ესეც კარგია. ექიმის რეკომენდაციასაც ვითვალისწინებთ და კმაყოფილი ვარ. რომ დავთვალო ხარჯები, სამჯერ ნაკლები გვიჯდება ჯანდაცვა“.

“მე არ დამჭირვებია სეროზული გამოკვლევები, მხოლოდ მარტივი სისხლის ანალიზი და ა.შ. და ამით კმაყოფილი ვარ. სხვა მხრივ მე ინფორმაცია არ მაქვს სხვა პაკეტების შესახებ, ან რა მეკუთვნის, როგორც საყოველთაოთი მოსარგებლეს“.

“საყოველთაო ჯანდაცვა დებს ნიუსებს და ვცნობი. თუმცა, ეს ყველა ადამიანისთვის არ არის არც გასაგები და არც ხელმისაწვდომი. მეტი მორგებელი ინფორმაციაა საჭირო“.

„მე აუცილებლად შევეხები ინფორმირებულობის საკითხს. მოქალაქეები არაინფორმირებულები არიან პროფილაქტიკური კვლევების შესახებ, რასაც სთავაზობს სჯ მათ, მხოლოდ მწვავე შემთხვევაში მიდიან ექიმთან“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიცია:

„უნდა აღვნიშნოთ, რომ კერძო დაზღვევით მოსარგებლე მომხმარებლების უმეტესობა ნაკლებად ინფორმირებული ან საერთოდ არაინფორმირებულია, თუ რა პაკეტს სთავაზობს სახელმწიფო, თუ ისინი ჩაერთვებიან სჯ-ში“.

გააკეთონ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები და არ იყვნენ დამოკიდებული მხოლოდ პროვაიდერების რეკომენდაციებზე.

ჯამში, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ხარჯების მართვა და ინფორმაციული ასიმეტრიულობის საკითხის მოგვარება მოითხოვს კომპლექსურ და სისტემურ მიდგომას. აუცილებელია მონიტორინგისა და რეგულაციების სიძლიერის გაზრდა, პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება და ეფექტური კონტროლის მექანიზმების შექმნა, რათა ჯანდაცვის სისტემა გახდეს მდგრადი და ხარჯთეფექტური.

1.7. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესაძლებლობები და გამოწვევები „ჯიბიდან გადახდის“ პრობლემის აღმოსაფხვრელად

ექსპერტების მოსაზრებებზე დაყრდნობით, საქართველოში სამედიცინო სერვისებსა და მედიკამენტებზე „ჯიბიდან გადახდის“ მაღალი მაჩვენებელი სერიოზულ სისტემურ პრობლემად რჩება, რომელიც ნეგატიურად მოქმედებს, როგორც ჯანდაცვის სექტორის მდგრადობასა და ეფექტიანობაზე, ისე მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ფინანსურ მდგომარეობაზე.

ზოგადად საქართველოს ჯანდაცვით პოლიტიკაში ამბულატორიული დახმარებისა და შესაბამისად პირველადი ჯანდაცვის არასათანადო პრიორიტეტიზირება, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში პირველადი ჯანდაცვისა და ამბულატორიული სპეციალიზებული სერვისების სიმწირე, მხოლოდ გარკვეული ჯგუფებისათვის მეტნაკლებად ადეკვატური მედიკამენტოზური მკურნალობა ექსპერტების დიდი ნაწილის მიერ დასახელებულია ამ პრობლემის წარმოქმნის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად.

უმრავლესობის აზრით, „ჯიბიდან გადახდის“ ლომის წილი მედიკამენტების შეძენაზე განეულ ხარჯებზე მოდის, რის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად დასახელებულია არაერთი ფაქტორითა და გარემოებით განპირობებული თვითმკურნალობის წლების განმავლობაში დამკვიდრებული მავნე „ტრადიცია“ და ფინანსური, ტერიტორიული თუ სხვა მიზეზებით გამონვეული ჯანდაცვის პირველად რგოლთან თანამშრომლობის სიმწირე. ყოველივე ეს კი არარაციონალური მედიკამენტოზური მკურნალობის სათავეს წარმოადგენს თავისი მრავალი არასასურველი შედეგით. ვითარებას ამძაფრებს კლინიკებისა და სააფთიაქო ქსელების არასაკმარისი რეგულაცია, რაც პაციენტებს აიძულებს, თავად მიიღონ სამედიცინო გადაწყვეტილებები, რაც ხშირად არასწორი და პოტენციურად მავნებელია.

ექსპერტების აზრით, მედიკამენტების დანახარჯების მაღალი მაჩვენებელი, რომელიც საქართველოში მთლიანი ჯანდაცვის ხარჯების 40%-ზე მეტს შეადგენს, მეტყველებს როგორც ეკონომიკურ სირთულეებზე, ასევე სისტემური მონიტორინგისა და რეგულაციების ნაკლებობაზე. ფარმაცევტული სექტორი, რომელიც ფინანსურად სარგებელს იღებს დამატებითი და ხშირად უსარგებლო მედიკამენტების დანიშვნისგან, დამატებით ტვირთად აწვება პაციენტებსა და სისტემას. ამასთან, ექიმები, რომელთაც დაბალი ანაზღაურება აქვთ, ხშირად იძულებულნი არიან, დამატებითი პრეპარატები დანიშნონ, რაც ფარმაცევტული სექტორის გავლენას კიდევ უფრო აძლიერებს და არაერთი მიმართულებით არაეფექტურობას უწყობს ხელს.

ექსპერტების დიდ უმრავლესობას მიაჩნია, რომ „ჯიბიდან გადახდის“ აუცილებლობას განსაკუთრებით მძიმედ განიცდიან სოციალურად მოწყვლადი ჯგუფები, რომელთათვისაც ფინანსური ბარიერები იწვევს კრიტიკული სამედიცინო მომსახურებების გადავადებას ან მათზე უარის თქმას. შედეგად, ასეთ პაციენტებს მოგვიანებით უწევთ უფრო ძვირადღირებული და ხანგრძლივი მკურნალობის ჩატარება, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის როგორც პირად, ისე სახელმწიფო ხარჯებს. ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ ეს მდგომარეობა კიდევ უფრო ამწვავებს ჯანდაცვის სექტორში არსებულ ხარვეზებს, ვინაიდან ფარმაცევტული ბაზრის მონოპოლიზაცია და არაეთიკური მარკეტინგული პრაქტიკები სისტემის გამჭვირვალობას არღვევს.

საინფორმაციო კამპანიების რეგულარული და სისტემური ჩატარება ასევე მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია პაციენტების ცნობიერების ასამაღლებლად. ექსპერტებს მიაჩნიათ, რომ ამა თუ იმ სახის თვითმკურნალობის ასეთი გავრცელება გამომწვეულია არა მხოლოდ ფინანსური ბარიერებით, არამედ ინფორმაციის ნაკლებობითაც. შესაბამისად, მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება იმის შესახებ, თუ როგორ იმოქმედონ დაავადების სიმპტომების გაჩენის შემთხვევაში და როდის მიმართონ სპეციალისტს, მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იქნება ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის გაუმჯობესებისთვის.

გარდა ამისა, ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ ფარმაცევტულ სექტორში არსებული პრობლემები არ არის მხოლოდ ეკონომიკური გამოწვევა, არამედ მოითხოვს კომპლექსურ სისტემურ ცვლილებებს. ფარმაცოლოგიურ სექტორში რეგულაციების გამკაცრება და მონიტორინგის მექანიზმების დანერგვა აუცილებელია, რათა თავიდან იქნას აცილებული კორუფციული შეთანხმებები და ფარმაცევტული კომპანიების არაეთიკური ქმედებები.

სისტემური ელექტრონული ჯანდაცვის დანერგვა და განვითარება კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია, რომელსაც ექსპერტები გამოყოფენ. ისინი ხაზს უსვამენ, რომ ამ ტექნოლოგიების სრული მოცულობით დანერგვა ხელს შეუწყობს მედიკამენტების მართვის პროცესის გამარტივებას და რადიკალურად შეამცირებს მტკიცებით მედიცინას მოკლებული სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ინტერვენციების შემთხვევათა რაოდენობას, არარაციონალური მედიკამენტოზური მკურნალობის ჩათვლით. ამასთან, აუცილებელია მონიტორინგისა და შეფასების ადეკვატური სისტემის დანერგვა ამ პროცესებზე იმისათვის, რომ სახელმწიფომ გააკონტროლოს დანიშნულებების ადეკვატურობა და სრულფასოვნად მოახდინოს ხარჯების ოპტიმიზაცია.

დასკვნის სახით, ექსპერტები ერთხმად აღნიშნავენ, რომ „ჯიბიდან გადახდის“ პრობლემის რეალურად გადაწყვეტა უშუალოდაა დაკავშირებული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მდგრად განვითარებასთან. ამისათვის კი აუცილებელია: ჯანდაცვის პოლიტიკის ამბულატორიული და პრევენციის მიმართულებით კიდევ უფრო შემობრუნება და სრულყოფა; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტის გაფართოება, მედიკამენტოზური მკურნალობის ჩათვლით და ამ პროგრამის დაფინანსების მექანიზმების ოპტიმიზაცია; სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის სისტემების სრულყოფა; მოსახლეობის ინფორმირებულობის და ცნობიერების ამაღლების შედეგებზე ორიენტირებული პროექტების უწყვეტად ფუნქციონირება; ელექტრონული ჯანდაცვის სტრატეგიის ქვეყნის მასშტაბით რეალიზაცია. ამასთან ერთად აუცილებელია ფარმაცევტულ ბაზარზე რეგულაციების გამკაცრება და მონიტორინგის გაძლიერება.

2. კერძო დაზღვევის ზოგადი შეფასება და მისი როლი ჯანდაცვის სისტემაში

ჯანმრთელობის დაცვის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან კომპონენტს, რომელიც მოქალაქეებს სთავაზობს მოქნილ და ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებულ სერვისებს. მიუხედავად მისი პოტენციალისა, აღნიშნული მოდელი საქართველოს პირობებში სერიოზული გამოწვევების წინაშე დგას, რაც მოითხოვს მისი სისტემური გაუმჯობესებისა და მექანიზმების გაძლიერების აუცილებლობას. კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი, თავისი შესაძლებლობებისა და ხარვეზების გათვალისწინებით, საჭიროებს სტრატეგიულ განვითარებას, რომელიც მოიცავს რეგულაციების გაუმჯობესებას, პაციენტების ინფორმირებულობის ზრდას და მონიტორინგის მექანიზმების გაძლიერებას. მხოლოდ ამ გზით იქნება შესაძლებელი სისტემის მდგრადი განვითარება, რაც უზრუნველყოფს, როგორც პაციენტებისთვის მაღალი ხარისხის მომსახურებას, ისე ჯანდაცვის სფეროს საერთო ეფექტიანობის გაუმჯობესებას.

2.1. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის შესაძლებლობები და გამოწვევები „ჯიბიდან გადახდის“ პრობლემის აღმოსაფხვრელად

გამოკითხვის შედეგებიდან ნათლად ჩანს, რომ ექსპერტების აზრით, ამჟამად მოქმედი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი ვერ ახერხებს, სრულყოფილად გაუმკლავდეს ჯიბიდან გადახდის მაღალი მაჩვენებლისა და მასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვას. გამოკითხულთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ მოდელი მხოლოდ ნაწილობრივ ან საერთოდ ვერ უმკლავდება აღნიშნულ გამოწვევებს. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ კერძო დაზღვევის სისტემა მოითხოვს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას და დამატებით რეგულაციებს, რათა ეფექტურად გაართვას თავი თვითმკურნალობის, არარაციონალური ფარმაცოთერაპიისა და პოლიპრაგმაზიის პრობლემებს.

კერძო დაზღვევის მოდელის სისტემურ სისუსტეებს შორის ხშირად გამოირჩევა სამართლებრივი და რეგულაციური ჩარჩოს გაუმართაობა. ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ კერძო დაზღვევა, კანონის გარეშე, ვერ შეძლებს ამ გამოწვევებთან გამკლავებას. ისინი აღნიშნავენ, რომ ეფექტიანი სისტემისთვის საჭიროა უკეთესი საჯარო-კერძო თანამშრომლობის ჩამოყალიბება და ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორის ურთიერთმოქმედების გაძლიერება. კერძო დაზღვევის მოდელი, თავისი არსით, მიზანმიმართულია დამატებითი როლის შესრულებაზე, რაც სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსებულ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის კომპლემენტარული ფუნქციის გამდიდრებას გულისხმობს.

მნიშვნელოვანი რეკომენდაციაა სარეცეპტო სისტემის გამკაცრება, რათა პაციენტებს არ შეეძლოთ მედიკამენტების შეძენა ექიმის დანიშნულების გარეშე. ასევე ხაზგასმულია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გაძლიერება და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტების მიერ ჯანსაღი გადაწყვეტილებების მიღებას და ჯანდაცვის სერვისებზე დამოკიდებულების გაზრდას. ექსპერტები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებენ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის გაძლიერებას და მათი ფინანსური უზრუნველყოფის ზრდას.

გარდა ამისა, პაციენტთა ინფორმირებულობის და განათლების ამაღლება მნიშვნელოვანია თვითმკურნალობის ტენდენციების შესამცირებლად. მათ უნდა ჰქონდეთ ნათელი წარმოდგენა, თუ როდის

და როგორ მიიღონ სამედიცინო მომსახურება, რათა თავიდან აიცილონ საკუთარი ჯანმრთელობის რისკში ჩაგდება და გაუთვალისწინებელი ხარჯების გაჩენა.

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ არსებული კერძო დაზღვევის მოდელი ჯერ კიდევ ვერ ახერხებს, სისტემურად გადაჭრას ჯანდაცვის სექტორის პრობლემები. აუცილებელია კომპლექსური რეფორმები,

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

კერძო სადაზღვევო პაკეტები ხშირად მსგავსია და არჩევანი შეზღუდულია. ფოკუს-ჯგუფების მონაწილეთა საუბრიდან იკვეთება, რომ კონკურენციის ნაკლებობა სახეზეა სადაზღვევო ბაზარზე. სადაზღვევო კომპანიები თითქმის ერთნაირ პროდუქტს სთავაზობენ მომხმარებელს. მსგავსი პაკეტები ზღუდავს მომხმარებლის არჩევანს და დაბალი კონკურენცია ამცირებს ინოვაციის სტიმულს სადაზღვევო კომპანიებში. ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებების მიხედვით, მომხმარებლებს უჭირთ თავიანთ საჭიროებებზე მორგებული პაკეტების პოვნა. ამ სიტუაციაში კომპანიები კონკურენციას უწევენ ერთმანეთს არა სერვისების ხარისხით ან მრავალფეროვნებით, არამედ მხოლოდ ფასით ან რეპუტაციით, რაც საბოლოო ჯამში არ არის საკმარისი ჯანდაცვის სისტემის გასაუმჯობესებლად.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„მე ვარ დაზღვეული კერძო კომპანიაში, ჩემი მეუღლის დაზღვევაზე ვარ მიბმული და რომ ვთქვა, მომწონს თუ არა ეს პაკეტი, ნამდვილად ვერ ვიტყვი, რომ კარგი პაკეტია, მე არ ამირჩევია. ჩემს მეუღლესაც არ მიუღია მონაწილეობა პაკეტის არჩევაში, იქაც ერთპიროვნულად მოხდა სადაზღვევო კომპანიის არჩევა. მე როგორც ვიცი, დიდ კომპანიებში არც ითვალისწინებენ თანამშრომელთა აზრს კომპანიის არჩევისას. მაქვს საოჯახო პაკეტი, რომელიც არცთუ ისე მომწონს, მაგრამ რადგან საყოველთაო არაფერს აფინანსებს, იძულებული ვართ, რაღაც მინიმალური დაცვა უზრუნველვყოთ ჩვენთვის. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი არ არის მონესრიგებული და არ გვეძლევა საშუალება, ლოკაციის მიხედვით ავირჩიოთ ოჯახის ექიმი. ასევე, პროფილაქტიკური კვლევების შემთხვევაში იძულებული ვართ, მივიდეთ იმ კლინიკაში, რომელსაც სადაზღვევო გვთავაზობს და ჩვენი ინტერესი არ არის გათვალისწინებული. იძულებული ხარ, მიება იმ სქემას, რასაც გთავაზობენ“.

„ჩემს მამას აქვს რამდენიმე სერიოზული ქრონიკული დაავადება. ლიმიტების გამო იძულებული ვართ, ჯიბიდან დავფაროთ გამოკვლევები და წამლები, ზოგჯერ კი ჰოსპიტალიზაციის ხარჯები. ეს ძალიან რთულია“.

„მაქვს კერძო დაზღვევის საკმაოდ ნორმალური პაკეტი. დამჭირდა გეგმიური ოპერაციის ჩატარება, ნაღვლის ბუშტის კენტების გამო. ოპერაცია გართულდა და ამის შედეგად დამჭირდა დამატებითი გამოკვლევებისა და წამლების საფასური გადახდა. ოპერაციის შემდგომი პერიოდის საკმაოდ ძვირი დამიჯდა“.

„როცა დაზღვევა ფარავს ოპერაციის 80%-ს, ხოლო არ ფინანსდება არანაირი გადახვევა და არანაირი კონსულტაცია, 10 გადახვევა 300 ლარი ღირს – ეს რთულია ძალიან. ოპერაციიდან მეოთხე დღეს პაციენტი ეწერება და მას სახლში სჭირდება პროფესიონალური მოვლა. ესეც ძალიან რთულია ორგანიზაციული და ფინანსური კუთხით. თუ ავადმყოფს არ ჰყავს ახლობელი, ეს პრობლემაა. მხოლოდ ოპერაცია საკმარისი არაა“.

„სამწუხაროდ, კერძო დაზღვევა არ აფინანსებს რეაბილიტაციას და არც სხვა რაიმე სახის სარეაბილიტაციო დანიშნულების პროცედურებს“.

„მე საკმაოდ ძვირს ვიხდი კერძო დაზღვევაში და 90%-ით მიფინანსდება ყველაფერი. თუმცა, მაინც ვიტყვი, რომ ბოლომდე დაცული არაა ჩემი ჯანმრთელობა“.

მათ შორის, რეგულაციების გამკაცრება, პრევენციული მექანიზმების განვითარება და სახელმწიფო და კერძო სექტორის მჭიდრო თანამშრომლობა.

2.2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ძლიერი და სუსტი მხარეები: ექსპერტული შეფასებები

ექსპერტების შეფასებების მიხედვით, საქართველოს კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის მოდელს აქვს როგორც ძლიერი, ისე სუსტი მხარეები, რაც ხაზს უსვამს მის შემდგომი განვითარების საჭიროებას. ძლიერი მხარეებიდან აღსანიშნავია მომხმარებლისთვის თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა, რაც მოქალაქეებს საშუალებას აძლევს, საკუთარი ფინანსური შესაძლებლობებისა და საჭიროებების მიხედვით აირჩიონ ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტი. ეს იძლევა მოქნილობას, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს მეტი ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის აღებას და მომსახურების პერსონალიზაციას. კონკურენციის წახალისება კერძო სადაზღვევო ბაზარზე ასევე დადებითად ფასდება, რადგან ის სტიმულს აძლევს სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას და ხარჯების ოპტიმიზაციას.

კერძო სადაზღვევო სისტემის მნიშვნელოვანი უპირატესობაა ფინანსური გარანტიების უზრუნველყოფა როგორც გეგმიური, ისე მოულოდნელი სამედიცინო შემთხვევებისთვის, რაც ეხმარება მოქალაქეებს მოულოდნელი სამედიცინო ხარჯებისგან თავის დაცვაში. ამ მოდელში ჩართული ზოგიერთი დაზღვევის მფლობელები სარგებლობენ დამატებითი პრივილეგიებით, როგორცაა პირადი აგენტისა და სატელეფონო კონსულტაციების ხელმისაწვდომობა, რაც ზრდის კომუნიკაციის სისწრაფესა და მომსახურების ეფექტიანობას. გარდა ამისა, დაზღვევის მოდელის ერთ-ერთ უპირატესობად განიხილება ის, რომ პროვაიდერებს შეუძლიათ, უკეთ აკონტროლონ ხარჯები და მომსახურების ხარისხი, რაც სისტემაში გამჭვირვალობის გაძლიერებას უწყობს ხელს. ამგვარი მექანიზმები ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის ზრდას, რაც დადებითად აისახება მომსახურების მომხმარებელზე.

თუმცა, მოდელის ანალიზისას გამოიკვეთა სუსტი მხარეებიც. პირველი პრობლემა არის გარკვეული სერვისების შეზღუდვა, რაც მომხმარებელს უქმნის ხელოვნურ ბარიერებს საჭირო სერვისების მიღებაში. მაგალითად, სადაზღვევო კომპანიები ხშირად არ ფარავენ გარკვეულ ძვირადღირებულ სამედიცინო მომსახურებას, განსაკუთრებით მაშინ, როცა დაზღვეულ პირს სურს, შეცვალოს სადაზღვევო კომპანია დაავადების გამოვლენის შემდეგ. ეს ქმნის დამატებით შეზღუდვებს პაციენტებისთვის, რაც მათ უფლებრივ მდგომარეობას აუარესებს. სისტემაში პრობლემას წარმოადგენს, ასევე, ელექტრონული სისტემების ნაკლებობა, რაც სამედიცინო პროცესების დუბლირებასა და ნელი პროცესების წარმოშობას იწვევს, რადგან ექიმის დანიშნულებები ხშირად ხელით უნდა გადაეცეს ოჯახის ექიმს ან სხვა პროვაიდერებს.

კერძო დაზღვევის კიდევ ერთი პრობლემა არის სამედიცინო მომსახურების კომერციალიზაცია, რაც პრიორიტეტს ანიჭებს მოგებას და ხშირად უგულებელყოფს პაციენტის ინტერესებს. ექსპერტები ასევე აღნიშნავენ, რომ სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ ტენდენცია, შესთავაზონ იაფი სერვისები, რაც პირდაპირ გავლენას ახდენს მომსახურების ხარისხზე და არ ქმნის გრძელვადიანად მდგრად სისტემას. ამასთან, გამოიკვეთა ისიც, რომ კერძო სადაზღვევო სექტორის გაუმართავი მენეჯმენტი და ტენდენციური მართვის ელემენტები იწვევს ადმინისტრაციული ხარჯების ზრდას, რაც საბოლოოდ აძვირებს მომსახურებას და ამცირებს მომხმარებელზე ორიენტირებულობის ხარისხს.

პოლიტიკური პოპულიზმისა და ინფორმაციის ნაკლებობის გამო, სისტემაში ხშირად ჩნდება დავები მოქალაქეებს, პროვაიდერებსა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის, რაც კიდევ უფრო ამცირებს მომხმარებლის ნდობას. უფრო მეტიც, ექსპერტები მიუთითებენ, რომ სახელმწიფო პოლიტიკასთან შესაბამისობა და დაბალი მოცვა კერძო დაზღვევის მოდელის სხვა სისუსტეებს განამტკიცებს. პაციენტების მოთხოვნები ხშირად ვერ ხდება სრულფასოვნად დაკმაყოფილებული, რაც დამატებით ამცირებს სისტემის ეფექტიანობას და ზრდის კრიტიკას მის მიმართ.

ამ სისტემის გაუმჯობესებისთვის ექსპერტები სთავაზობენ უფრო მოქნილ, მრავალვექტორული დაფინანსების მოდელზე გადასვლას, რაც პაციენტების საჭიროებებს უკეთესად დააკმაყოფილებს. მათი რეკომენდაციები მოიცავს კერძო და სოციალური დაზღვევის კომპონენტების შერწყმას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სოციალური და ფინანსური პასუხისმგებლობის გონივრული გადანაწილება. ასევე გამოიკვეთა მონიტორინგისა და მექანიზმების გაუმჯობესების საჭიროება, რაც ხელს შეუწყობს მომსახურების გამჭვირვალობას და ხარისხის გაძლიერებას.

საბოლოოდ, კერძო დაზღვევის მოდელის პოტენციალი დიდია, მაგრამ მისი ეფექტიანი განხორციელება მოითხოვს რეგულაციებისა და მონიტორინგის გაუმჯობესებას, მოქალაქეთა ინფორმირებულობის ამაღლებას და კერძო სექტორსა და სახელმწიფოს შორის უკეთეს თანამშრომლობას. ამის გარეშე, მოდელი ვერ შეძლებს პაციენტთა საჭიროებების სრულფასოვნად დაკმაყოფილებას და სერვისების მდგრადობის უზრუნველყოფას.

2.3. სერვისების პროვაიდერების ხარჯების ხელოვნური ზრდის რეგულირების მექანიზმები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელში

გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ საქართველოში კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი, მიუხედავად მისი ზოგადი ეფექტიანობისა, კვლავ იმყოფება განვითარების ეტაპზე და მრავალი მიმართულებით საჭიროებს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას. საკითხი, რომელიც ყველაზე მეტად აწუხებს როგორც ექსპერტებს, ასევე პაციენტებს, არის ხარჯების მართვის პროცესი, კერძოდ, როგორ ხდება სერვისების პროვაიდერების მიერ განხორციელებული მომსახურების ხარჯების კონტროლი, რათა თავიდან იქნას აცილებული თანხების ხელოვნური ზრდა და პაციენტებზე ფინანსური ტვირთის გაზრდა.

ექსპერტთა მოსაზრებით, კერძო დაზღვევის მოდელში ხარჯების მართვის სისტემა შედარებით უკეთესად ფუნქციონირებს, ვიდრე საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში. კერძო დაზღვევაში ინდივიდუალური კონტრაქტების პრაქტიკა და კონკურენციის გაძლიერება მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ხარჯების ოპტიმიზაციას. კერძო სადაზღვევო კომპანიები იყენებენ სხვადასხვა მექანიზმს, როგორცაა პროვაიდერებთან ხარჯთეფექტური კონტრაქტების დადება, რაც ამცირებს ხარჯების არაეფექტურობას. რესპონდენტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ კერძო დაზღვევის სისტემას აქვს სპეციალური ინსტრუმენტები, რომლებიც საშუალებას აძლევს მას, შეამციროს ხარჯები და თავიდან აიცილოს ზედმეტი დანახარჯები. თუმცა, ამ მექანიზმების სრულყოფისთვის აუცილებელია დამატებითი რეგულაციებისა და სტრუქტურების განვითარება.

საყურადღებოა ისიც, რომ ექსპერტთა ნაწილის აზრით, კერძო დაზღვევაში ხარჯების მართვის მექანიზმები ჯერ კიდევ არ არის საკმარისი, რათა სრულად აღმოიფხვრას პროვაიდერების მხრიდან ხარჯების ხელოვნური ზრდის პრაქტიკა. განსაკუთრებით ხშირად გაიჟღერა აზრმა, რომ DRG-სისტემა (დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების სისტემა), რომელიც წარმატებით მუშაობს მრავალ განვითარებულ ქვეყანაში, შეიძლება იყოს ეფექტიანი გამოსავალი ხარჯების მართვის საკითხში. DRG-სისტემის გამოყენება დაეხმარება სისტემას, უფრო მკაფიოდ განსაზღვროს სერვისების ფასები და შეამციროს არაეფექტური დანახარჯები.

აღსანიშნავია, რომ მონიტორინგისა და რეგულაციების ნაკლებობა დიდ პრობლემად მიიჩნევა როგორც კერძო, ასევე სახელმწიფო სისტემებში. მიუხედავად იმისა, რომ კერძო დაზღვევაში მონიტორინგის სისტემა უფრო მკაცრია, ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ეს სისტემა ჯერ კიდევ საჭიროებს გაძლიერებას. მონიტორინგის გაუმჯობესება და პროვაიდერების კონტროლის მექანიზმების გამკაცრება დაეხმარება სისტემას, თავიდან აიცილოს როგორც ფინანსური ბარიერები, ისე ხარჯების გაზრდა, რაც ხშირად ხდება ზედმეტი და არასაჭირო სერვისების მიწოდების შედეგად.

პოლიპრაგმაზიისა და არარაციონალური დანიშნულებების საკითხები განსაკუთრებით მწვავედ დგას, როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სისტემაში. კერძო დაზღვევის სისტემაში ხარჯების ზრდის ერთ-ერთ მიზეზად სახელდება პროვაიდერების მარკეტინგული სტრატეგიები და მათი კომერციული ინტერესები. ეს განსაკუთრებით ეხება მედიკამენტების დანიშნულებებსა და დამატებით სამედიცინო სერვისებს, რომლებიც ხშირად არა მხოლოდ ფინანსურ ტვირთს უქმნის პაციენტებს, არამედ ზოგჯერ უარყოფითად მოქმედებს მათ ჯანმრთელობაზე. ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ პოლიპრაგმაზიის შესამცირებლად საჭიროა მკაცრი მონიტორინგის მექანიზმები, რაც უზრუნველყოფს სერვისების ადეკვატურობისა და აუცილებლობის შეფასებას.

მნიშვნელოვანია ხარჯთეფექტურობის საკითხიც. კერძო დაზღვევის მოდელში კონკურენცია და ფინანსური კონტრაქტები ითვლება ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინსტრუმენტად ხარჯების შემცირების მიმარ-

თულებით. ეს მექანიზმები, რესპონდენტთა აზრით, უფრო ეფექტიანია კერძო დაზღვევაში, ვიდრე სახელმწიფო პროგრამაში, სადაც ხარჯების მართვა ხშირად არაეფექტურად მიმდინარეობს. თუმცა, ექსპერტებმა ხაზი გაუსვეს, რომ კონკურენციის ელემენტმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტთა ინტერესები და არ უნდა გადაიზარდოს მხოლოდ კომერციულ შეჯიბრებაში, რაც შეიძლება სერვისების ხარისხის გაუარესებას იწვევდეს.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია სისტემაში არსებული სერვისების ხარისხის კონტროლი. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ რესურსი და შესაძლებლობა, აწარმოონ მოლაპარაკებები პროვაიდერებთან და აწარმოონ მათი მონიტორინგი, რაც აძლიერებს სერვისების ხარისხს და ეფექტიანობას. თუმცა, ეს პროცესი საჭიროებს უფრო გამჭვირვალე სტრუქტურებისა და რეგულაციების შექმნას, რომლებიც უზრუნველყოფენ როგორც ფინანსური, ისე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მკაცრ კონტროლს.

დასასრულს, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგრადობა და ეფექტიანობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სექტორის უნარებზე, ეფექტიანად მართოს ფინანსები და უზრუნველყოს პაციენტებისთვის მაღალი ხარისხის სერვისები. რესპონდენტთა მიერ გამოკვეთილი პრობლემები და რეკომენდაციები ნათლად მიუთითებს იმაზე, რომ სისტემური რეფორმები და ინოვაციური მიდგომები აუცილებელია, რათა გაუმჯობესდეს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დაზღვევის მოდელები. მომავალში DRG-სისტემის დანერგვა, მონიტორინგისა და რეგულაციების გაძლიერება და პროვაიდერებთან კონტრაქტების გაუმჯობესება იქნება ის ძირითადი მექანიზმები, რომლებიც ხელს შეუწყობს სისტემის ეფექტიანობისა და მდგრადობის ამაღლებას.

2.4. ინფორმაციული ასიმეტრიულობის მართვის მექანიზმები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელში

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ინფორმაციული ასიმეტრიულობა მნიშვნელოვან გამონკვევას წარმოადგენს. კერძო დაზღვევის მოდელებში ამ საკითხის რეგულირება ხშირად არაა დამაკმაყოფილებელია, რაც ბენეფიციარების არასრულ ინფორმირებასა და სერვისების მიმართ უნდობლობაში ვლინდება. რესპონდენტთა პასუხები ცხადყოფს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ორგანიზაცია ცდილობს პროცესების გამჭვირვალობის გაუმჯობესებას, ინფორმაციული ასიმეტრიის პრობლემა მაინც რჩება.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელშიც მსგავსი რისკები არსებობს, თუმცა აქ კონტროლის მექანიზმები უკეთ მუშაობს. მიუხედავად ამისა, რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ კერძო დაზღვევაც საჭიროებს დამატებითი რეგულაციებისა და გამჭვირვალობის ზრდას, რათა არ მოხდეს ზედმეტი ხარჯების გაჩენა და პროვაიდერების მხრიდან არასამართლიანი სამედიცინო მომსახურებების მიწოდება.

ბევრი რესპონდენტი მიიჩნევს, რომ კერძო დაზღვევის ორგანიზაციებს მეტი მოგების მიღების ინტერესი აქვთ, რაც კიდევ უფრო ამძაფრებს ინფორმაციულ სიმწირეს. ეს იწვევს იმას, რომ ბენეფიციარები ხშირად ვერ იღებენ საკმარის ინფორმაციას დაზღვევის პირობებისა და სერვისების შესახებ, რაც მათ უფლებებს ზღუდავს.

ზოგიერთი ექსპერტი ხაზს უსვამს, რომ ინფორმაციული ასიმეტრიულობის პრობლემის გადაწყვეტა შესაძლებელია მოსახლეობის განათლებისა და ინფორმირების მექანიზმების გაძლიერებით. ამ მიმართულებით საჭიროა სახელმწიფო და კერძო სექტორების თანამშრომლობა, რაც მოითხოვს სერი-

ოზულ ინვესტიციებს ბენეფიციარების განათლებასა და ინფორმირების სისტემებში. თუმცა, აღნიშნავენ, რომ ეს საკითხი ვერ მოგვარდება მხოლოდ ერთობლივი ძალისხმევით – საჭიროა კომპლექსური ჯანდაცვის პოლიტიკა, რომელიც მოიცავს პრობლემის ყველა ასპექტს.

გარდა ამისა, რესპონდენტების ნაწილი გამოთქვამს მოსაზრებას, რომ გარკვეულ შემთხვევებში ინფორმაციული ასიმეტრიულობა რისკს არ წარმოადგენს და ეს ბუნებრივი მდგომარეობაა ჯანდაცვის სექტორში. თუმცა, ამას ეწინააღმდეგება ის მოსაზრებები, რომლებიც ხაზს უსვამს, რომ კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციებს უფრო მეტი რესურსი და შესაძლებლობა აქვთ, რათა უზრუნველყონ ბენეფიციარებისთვის მეტი ინფორმაციის მინოდება და პროცესების გამჭვირვალობა.

ზოგიერთმა ექსპერტმა აღნიშნა, რომ მნიშვნელოვანი ნაბიჯი შეიძლება იყოს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გაძლიერება, რაც ხელს შეუწყობს ბენეფიციარებისთვის საჭირო სამედიცინო ჩარევების უკეთ დაგეგმვას და მონიტორინგს. ასევე გამოითქვა რეკომენდაცია, რომ სახელმწიფოს მაკონტროლებელი ორგანოები უფრო აქტიურად უნდა ჩაერთონ კერძო სადაზღვევო სისტემების მართვაში.

ინფორმაციული ასიმეტრიულობის პრობლემის გადაჭრა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას, რაც მოიცავს როგორც საკანონმდებლო ცვლილებებს, ისე კონკრეტული პროგრამების განხორციელებას. კერძო დაზღვევის მოდელში ინფორმაციული ასიმეტრიულობის ეფექტური მართვა იქნება ერთ-ერთი გადამწყვეტი ფაქტორი ჯანდაცვის სისტემის ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისთვის.

3. ჯანმრთელობის საყოველთაო სახელმწიფო პროგრამისა და კერძო სადაზღვევო მოდელის შედარება

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზება თანამედროვე საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რაც მოითხოვს სახელმწიფო და კერძო სექტორების ურთიერთქმედების ეფექტიან მოდელს. საქართველოში არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და კერძო სადაზღვევო სისტემა, მათი უნიკალური მახასიათებლებით, საზოგადოებაში ფართო განხილვის თემაა. ამ სეგმენტში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ამ ორი მოდელის ხარჯების სტრუქტურას, სერვისების ხელმისაწვდომობას და გრძელვადიანი მდგრადობის შესაძლებლობებს. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამისა და კერძო სადაზღვევო მოდელის შედარება ცხადყოფს, რომ ორივეს აქვს თავისი ძლიერი და სუსტი მხარეები, რომლებიც საჭიროებს დაბალანსებულ რეფორმებს. სახელმწიფო პროგრამა მოითხოვს სტრატეგიულ ცვლილებებს, განსაკუთრებით პრევენციულ და პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით, ხოლო კერძო დაზღვევის მოდელი საჭიროებს რეგულაციების გაძლიერებასა და სოციალურ პასუხისმგებლობაზე უკეთეს ფოკუსირებას. მხოლოდ მათი ეფექტიანი შერწყმით და დაბალანსებული პოლიტიკით იქნება შესაძლებელი ჯანდაცვის სისტემის უფრო სამართლიანი და მდგრადი განვითარება, რომელიც უზრუნველყოფს თითოეული მოქალაქისთვის ხარისხიან და ხელმისაწვდომ სერვისებს.

3.1. სახელმწიფო საჯარო სექტორის წარმომადგენლებისთვის კერძო დაზღვევის უპირატესობის მინიჭება და დანარჩენი მოსახლეობისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეთავაზება

საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის მოდელი, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ სქემას და საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას, მნიშვნელოვან განსხვავებებს აჩვენებს და საზოგადოებაში ამრთა სხვადასხვაობას იწვევს. კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი მოიცავს დაახლოებით 600 000 პირს, რომელთა შორის 350 000-ზე მეტი

სახელმწიფო და საჯარო სექტორის წარმომადგენელია. ეს პირები, რომლებიც მოიცავენ ჯარის, პოლიციის, სამინისტროების, მუნიციპალიტეტებისა და სხვა საჯარო სექტორის დაწესებულებების თანამშრომლებს, სახელმწიფოს მიერ კერძო დაზღვევით არიან უზრუნველყოფილი. დანარჩენი მოსახლეობა დამოკიდებულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე, რომელიც ნაკლებად მოქნილი და უფრო შეზღუდული სერვისებით ხასიათდება. ამ განსხვავებას მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სისტემის სამართლიანობისა და ეფექტიანობის შეფასებაზე.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ძირითადი გამონკვევა დაკავშირებულია მისი სერვისების შეზღუდულობასთან, რაც მოიცავს პრევენციული კვლევების, ამბულატორიული მომსახურებისა და მედიკამენტების დაფარვის ნაკლებად ხელმისაწვდომობას. ეს პროგრამა ვერ ახერხებს მოსახლეობის საჭიროებების სრულფასოვნად დაკმაყოფილებას, რის გამოც ბევრი მოქალაქე დამატებით ხარჯავს თანხებს კერძო სერვისებზე. „ჯიბიდან გადახდის“ მაღალი მაჩვენებელი მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება, რაც უარყოფითად მოქმედებს როგორც მოსახლეობის ფინანსურ მდგრალობაზე, ისე მათი ჯანმრთელობის დაცვაზე. ეს ხარვეზები აძლიერებს მოსახლეობაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ უნდობლობას და ზიანს აყენებს სისტემის ეფექტიანობას.

მეორე მხრივ, კერძო სადაზღვევო სისტემა გამოირჩევა უფრო მაღალი მოქნილობითა და სერვისების უკეთესი ხელმისაწვდომობით. კერძო დაზღვევის მოდელი უკეთესად მართავს ხარჯებს, აკონტროლებს პროვაიდერების მიერ გაწეულ მომსახურებას და ქმნის მაღალი ხარისხის სერვისების მიწოდების წინაპირობას. ეს მოდელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საჯარო სექტორისთვის, სადაც სწრაფი და ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება აუცილებელია. ძალოვანი სტრუქტურების თანამშრომლებისთვის, როგორცაა ჯარი და პოლიცია, ასეთი მიდგომა ეროვნული უსაფრთხოების თვალსაზრისითაც გამართლებულია. კერძო სადაზღვევო პაკეტები უზრუნველყოფს მომსახურებების უფრო ფართო სპექტრს, რაც მოიცავს პრევენციულ მომსახურებებს, ამბულატორიულ დახმარებასა და მედიკამენტების დაფარვას.

თუმცა, სახელმწიფო მიდგომა, რომელიც საჯარო სექტორს უზრუნველყოფს კერძო დაზღვევის პაკეტებით, სხვა მოქალაქეებს კი მხოლოდ საყოველთაო ჯანდაცვის საბაზისო სერვისებზეა დამოკიდებული, არათანაბარ პირობებს ქმნის. ეს არათანასწორობა არღვევს საყოველთაო ჯანდაცვის ფუნდამენტურ პრინციპებს, რომელთა მიზანი მოსახლეობის ყველა ფენის თანაბარი პირობებით უზრუნველყოფაა. აღნიშნული მიდგომა ასევე იწვევს სახელმწიფო ბიუჯეტისთვის მნიშვნელოვან ფინანსურ ტვირთს, ვინაიდან კერძო სადაზღვევო სერვისები, როგორც წესი, უფრო ძვირია და მოითხოვს ბიუჯეტის მეტად მობილიზებას.

გარდა ამისა, საზოგადოებაში ჩნდება კითხვა, თუ რამდენად არის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი მდგრადი გრძელვადიან პერსპექტივაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს სისტემა უფრო ეფექტურად მართავს ხარჯებს და უზრუნველყოფს პროვაიდერების მიერ გაწეული მომსახურებების მონიტორინგს, მისი დამოკიდებულება კომერციულ ინტერესებზე ქმნის დამატებით გამონკვევებს, რომლებიც შეიძლება უკმაყოფილებას იწვევდეს ზოგიერთ სეგმენტში. კერძო სადაზღვევო მოდელის სიძლიერეები მოიცავს ხარჯების ოპტიმიზაციას და სერვისების ხარისხის ამაღლებას, თუმცა ამავე დროს მოითხოვს რეგულაციების გამკაცრებას, რათა უზრუნველყოფილ იქნას უფრო ფართო საზოგადოებრივი ინტერესები.

ეს ყველაფერი მიუთითებს სისტემის სიღრმისეული რეფორმის საჭიროებაზე. სახელმწიფო პოლიტიკის გადახედვა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოდერნიზაცია აუცილებელია, რათა შეიქმნას ჰიბრიდული მოდელი, რომელიც უკეთ გაართმევს თავს, როგორც საჯარო სექტორის, ისე ფართო საზოგადოების საჭიროებებს. ჰიბრიდული მიდგომა, რომელიც შეუთავსებს საყოველთაო და კერძო

დაზღვევის საუკეთესო მხარეებს, ხელს შეუწყობს, როგორც სოციალური სამართლიანობის უზრუნველყოფას, ისე ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებას. მხოლოდ ასეთი დაბალანსებული პოლიტიკა უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვაზე თანასწორ წვდომას და მოსახლეობის ყველა სეგმენტისთვის გაუმჯობესებულ შედეგებს.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

პროფილაქტიკური და სკრინინგ პროგრამები არასაკმარისია. პრევენციული ჯანდაცვის ნაკლებობა, ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა აზრით, არის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი, რის გამოც ბევრი დაავადება გვიან სტადიაზე ვლინდება, რაც ართულებს და აძვირებს მკურნალობას. მათ პასუხებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ ადეკვატური პროფილაქტიკური და სკრინინგ პროგრამები კონტროლის ქვეშ მოაქცევდა სერიოზული დაავადებების სიმძირეს და მათ სიმძიმეს, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში მნიშვნელოვნად შეამცირებდა ჯანდაცვის ხარჯებს. სამწუხაროდ, რესპონდენტთა დიდ ნაწილი სათანადოდ არაა ინფორმირებული მოქმედი პრევენციული პროგრამების შესახებ. დაფიქსირდა „ფიკ“ წარმოდგენებიც. მონაწილეთა აზრით ამ პროგრამების გაფართოება უნდა იყოს პრიორიტეტი, როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორისთვის.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა პოზიციები:

„რეგიონებში არ არის ხელმისაწვდომი სკრინინგის პროგრამები, დედაქალაქში ჩამოსვლა დროსთან არის დაკავშირებული“.

„ჩემს დედას აქვს ძუძუს კიბო და რადგან მე რისკ-ჯგუფში ვარ, მქონდა დადგენის სურვილი, რაც რეგიონში არ არის ხელმისაწვდომი. ვარ ქალი და შშმ პირი. რომ გავიკითხე, მივხვდი, რომ დახმარების გარეშე ამას ვერ შევძლებდი“.

„მეც დავამატებ იმას, რაც გამიგია C ჰეპატიტის შესახებ. ის პრეპარატები, რომელიც აქ შემოდის, არაეფექტურია. საქართველოში არ შემოდის უახლესი პრეპარატები. სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს ამაზე“.

„C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა და სტატისტიკა ძალიან კარგად მოგროვდა. გურიამი თითქმის ყოველ მეორე ოჯახში აღმოჩნდა ინფიცირებული. პირველი ფაზა ყველამ გაიარა და იმკურნალა, მაგრამ ახლა რა შედეგი აქვს პროგრამას, არავინ ვიცით, რამდენი განიკურნა და რა სტატისტიკა გვაქვს“.

„მე მგონია, რომ ქართული მენტალობის მიხედვით, ექიმთან მისვლა დაავადების მხოლოდ ბოლო სტადიაზე ხდება, მანამდე კი თვითმკურნალობით ვართ დაკავებული. ჯანმრთელობა, როგორც ღირებულება, სადღაც ბოლო ადგილზეა“.

„პროფილაქტიკისადმი მოსახლეობის დამოკიდებულება მშვენივრად გამოჩნდა კოვიდის პანდემიის დროს. არაერთი ჩემი ნაცნობი, თითქოსდა კულტურული ადამიანი, აიგნორებდა პირბადის გამოყენებას და აქილიკებდა მის ტარებას. უფრო მეტიც, ზოგიერთი ნაცნობი თუ მეზობელი კატეგორიულ უარს აცხადებდა ნაცხის აღებას ან ვაქცინაციაზე, რასაც ხსნიდა რაღაც „ჩიპებითა“ და მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მცდელობებით“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„მე ყურადღებიანი და საქმის მცოდნე პირადი ექიმი მყავს სადაზღვევოში... მისი რჩევით, რამდენიმე წელია, ვიტარებ უფასო ონკოლოგიურ გამოკვლევებს“.

„პირადი ექიმის რჩევით, ჩემმა ქმარმა მიაკითხა C ჰეპატიტის პროგრამას და კარგი შედეგით ჩაიტარა მკურნალობა და გამოკვლევები“. „რეგიონებში არ არის ხელმისაწვდომი სკრინინგის პროგრამები, დედაქალაქში ჩამოსვლა დროსთან არის დაკავშირებული“.

„გამიგია ტუბერკულოზის პროგრამის შესახებ. ჩემს მეგობარს დასჭირდა პროგრამაში ჩართვა. რა ნამულებიც დაუნიშნეს, არაეფექტური აღმოჩნდა, შემდეგ საფრანგეთში წავიდა და აღმოჩნდა, რომ დანიშნული ნამულები სრულიად შეუსაბამო იყო მის დიაგნოზთან“.

3.2. ხარჯების სტრუქტურის განსხვავება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამასა და კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელს შორის: ანალიზი და შესაძლო მიზეზები

რესპონდენტთა პასუხების ანალიზის საფუძველზე ჩანს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამა საქართველოში მეტად ორიენტირებულია ჰოსპიტალურ სექტორზე, რაც ქმნის ხარჯვითი სტრუქტურის გადახრას. სახელმწიფოს პროგრამაში ხარჯების 70%-მდე მოდის ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე, ხოლო მედიკამენტებსა და ამბულატორიულ სერვისებზე გაცილებით მცირე ნაწილი – შესაბამისად, მხოლოდ 5% და მცირე ნაწილი. ეს ფაქტორი მიუთითებს იმაზე, რომ სახელმწიფო პროგრამა ძირითადად იძულებულია, მიმართოს მძიმე და გადაუდებელ შემთხვევების დაფინანსებას, რასაც ხშირად პრევენციისა და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უგულებელყოფა მოჰყვება.

პასუხების მიხედვით, ეს ხარჯვითი სტრუქტურა გამოწვეულია სახელმწიფო პოლიტიკის და სტრატეგიის ნაკლებობით, რომელიც თავისთავად უტოვებს სისტემას ხარჯთეფექტურობის და მართვის პრობლემებს. ბევრი რესპონდენტი მიიჩნევს, რომ სახელმწიფო არაპრიორიტეტულად აფინანსებს

პრევენციულ ღონისძიებებს და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს, რის შედეგადაც პაციენტები პირდაპირ მიმართავენ ჰოსპიტალურ სექტორს, სადაც მომსახურების ხარჯები მეტია. პრევენციისა და პირველადი ჯანდაცვის უგულებელყოფა ქმნის იმ წნეხს, რომლითაც სახელმწიფო ბიუჯეტი მუდმივად იზრდება და ფინანსური რესურსები ნაკლებად ეფექტურად იხარჯება.

ამასთან, სახელმწიფო პროგრამა ნაკლებად ითვალისწინებს მედიკამენტების კომპონენტს (პირველ რიგში, ამბულატორიულ სექტორსა და შესაბამისად პირველად ჯანდაცვაში), რაც დიდ ფინანსურ ტვირთად აწვებს პაციენტებს, რომლებიც იძულებულნი არიან, მედიკამენტების დანახარჯები საკუთარი ჯიბიდან დაფარონ. მიუხედავად მაღალი ხარჯებისა, ეს პროგრამა მოქალაქეებს მაინც ვერ უზრუნველყოფს ხელმისაწვდომი და ადეკვატური ხარისხის სამედიცინო სერვისებით.

პირიქით, კერძო დაზღვევის მოდელი იძლევა უკეთეს შედეგებს ხარჯთეფექტურობის კუთხით. კერძო სადაზღვევო კომპანიები უფრო მეტად აქცენტს აკეთებენ პირველადი და სპეციალიზებული ამბულატორიული სერვისების განვითარებაზე, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს ხარჯების ზრდის ტენდენციას. კერძო სექტორის ხარჯვითი სტრუქტურა გაცილებით უფრო დაბალანსებულია – მხოლოდ 1/3 მოდის ჰოსპიტალურ სექტორზე, ხოლო 2/3 მოიცავს ამბულატორიულ და მედიკამენტების კომპონენტს. ეს ხარჯების სტრუქტურა მიანიშნებს, რომ კერძო დაზღვევის მოდელი უფრო მოქნილად და ეფექტურად მართავს ჯანმრთელობის სერვისებს, რაც უფრო მეტად უწყობს ხელს პრევენციას და დაზღვევის მომხმარებლებისთვის მაღალი ხარისხის სერვისების მიწოდებას.

ქვეყნის ჯანმრთელობის სისტემა ასევე აწყდება მონოპოლიური ტენდენციების და არაკონკურენტული გარემოს პრობლემას, რასაც რამდენიმე რესპონდენტი აღნიშნავს. კერძო დაზღვევის უკეთესი მართვა და პრევენციულ სერვისებზე აქცენტი ხელს უწყობს უფრო სტაბილურ ხარჯვით სტრუქტურას და გამორიცხავს იმ ფინანსურ ტვირთს, რომელსაც სახელმწიფო პროგრამა ვერ უმკლავდება.

გარდა ამისა, რესპონდენტები მიუთითებენ, რომ არსებული სახელმწიფო პროგრამა არ ითვალისწინებს პრევენციული და ამბულატორიული სერვისების დაფინანსებას სათანადო დონეზე, რაც საერთო ჯამში აძვირებს ჯანმრთელობის მომსახურებას. კერძო სადაზღვევო სექტორი ხარჯების ეფექტურად მართვის მოდელს იყენებს და ცდილობს, პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკურნალობის ეტაპამდე არ მიიყვანოს, რითაც ზოგავს, როგორც ფინანსურ რესურსებს, ასევე აუმჯობესებს პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

სახელმწიფოს პროგრამა, როგორც რესპონდენტების მიერ წარმოდგენილი პასუხებიდან ჩანს, საჭიროებს სტრატეგიულ ცვლილებებს. პირველ რიგში, აუცილებელია პრიორიტეტების შეცვლა, სადაც კუთვნილო ადგილი დათმობილი ექნება პირველადი ჯანდაცვისა და მთლიანობაში ამბულატორიული სექტორის, ასევე პრევენციული მედიცინის სხვადასხვა მიმართულებების განვითარება, რაც შეამცირებს ჰოსპიტალური მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობას და ჯანდაცვის საერთო ხარჯებს. ამის მისაღწევად მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფომ ითანამშრომლოს კერძო სექტორთან, რათა გაითვალისწინოს კერძო დაზღვევის მოდელის პოზიტიური გამოცდილება და უზრუნველყოს ქვეყნის მოსახლეობისთვის უფრო ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემა.

3.3. ჯანდაცვის მოდელებში შემთხვევების მართვისა და მიდევნების უზრუნველყოფის შეფასება: საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამისა და კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის შედარება

ექსპერტთა პასუხების მიხედვით, შემთხვევათა მართვა/მიდევნების დინამიური პროცესი, რომელიც სამედიცინო დახმარების დონეების მიხედვით უნდა წარმოებდეს, საყოველთაო ჯანდაცვისა და კერძო სამედიცინო დაზღვევის მოდელების ფარგლებში განსხვავებული ხასიათისაა. რესპონდენტთა უმეტესობა ხაზს უსვამს იმას, რომ საყოველთაო პროგრამაში ამ პროცესებს გააჩნიათ არაერთი სისტემური ხარვეზი, რაც მკურნალობის გარკვეულ ეტაპზე ამა თუ იმ ფორმით ვლინდება. ამ ხარვეზების მიზეზებია: არაადეკვატური მენეჯმენტი და მონიტორინგი; ფინანსური რესურსების სიმწირე; პირველადი ჯანდაცვის სუსტი რგოლი; პროფესიონალური რესურსების უკმარისობა და არასათანადო კვალიფიკაცია; სერვისების მიწოდების დონეთა შორის კოორდინაციის ხარვეზები; მოსახლეობის ინფორმაციულობის დეფიციტი და სხვა, რაც შეიძლება შეფასდეს არასრულფასოვანი გადამისამართების (Referral) სისტემად.

მეორე მხრივ, კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებულ მოდელში მდგომარეობა შედარებით უკეთესია. არაერთი ექსპერტი აღნიშნავს, რომ ეს მოდელი უფრო ეფექტურად უზრუნველყოფს შემთხვევების მართვასა და მონიტორინგს. კერძო სადაზღვევო კომპანიები, როგორც ჩანს, უფრო მეტი რესურსითა და საშუალებებით ახორციელებენ პროცესის კოორდინაციას, რაც საშუალებას აძლევს მათ, პაციენტების მდგომარეობის მონიტორინგი უფრო სრული და უწყვეტი ფორმით განახორციელონ. კერძო დაზღვევა უზრუნველყოფს უკეთეს კოორდინაციას სერვისების მიწოდების სამივე დონეს შორის, რაც პოზიტიურად აისახება მკურნალობის მთელ პროცესზე. ამასთან, კერძო დაზღვევის მოდელში მეტადაა გამოკვეთილი შემთხვევების მართვის თანამედროვე მიდგომებისა და ტექნოლოგიების გამოყენება, რაც წარმატებული მკურნალობის სერიოზულ წინაპირობას წარმოადგენს.

აღინიშნა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არსებული კოორდინაციის პრობლემა მნიშვნელოვან ფინანსურ გენოლას ახდენს სისტემაზე და ზღუდავს რესურსების ეფექტურ განაწილებას. ამის ფონზე, კერძო დაზღვევის მოდელი უფრო ეფექტიანად ოპერირებს ყველს ზემოხსენებული მიმართულებით. ეს მოდელი ასევე ზრდის პასუხისმგებლობებს მომსახურების პროვაიდერებს შორის, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს პაციენტთა უკეთეს მართვასა და მის შედეგიანობას.

მთლიანობაში ამკარაა, რომ შემთხვევების მართვის კუთხით სახელმწიფო პროგრამასა და კერძო დაზღვევას შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებებია. კერძო დაზღვევა უკეთ უზრუნველყოფს პაციენტთა მუდმივ მონიტორინგსა და კოორდინაციას სხვადასხვა სამედიცინო რგოლებს შორის, რაც შესაძლებელს ხდის უფრო მოქნილი და ხარჯთეფექტური სერვისის მიწოდებას. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარების და რეფორმის გარეშე, რთული იქნება შემთხვევების მართვის სისტემის გაუმჯობესება და პაციენტთა უკეთესი მომსახურების უზრუნველყოფა. ამ მიზნით საჭიროა, სახელმწიფო პროგრამამ გააძლიეროს კოორდინაცია პირველადი ჯანდაცვის რგოლებსა და სპეციალისტებს შორის, დანერგოს თანამედროვე მონიტორინგის სისტემები და შექმნას ინფრასტრუქტურა, რომელიც უფრო მოქნილი და უწყვეტი იქნება პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების პროცესში.

4. პირველადი ჯანდაცვა და ამბულატორიული სერვისები

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ჯანდაცვის სექტორის ქვაკუთხედი, რომელიც პირდაპირ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ქვეყნის მასშტაბით ნაწილობრივ ხელმისაწვდომია, არსებული ინფრასტრუქტურა, დაფინანსების დეფიციტი და პროფესიული რესურსების შეზღუდულობა ხელს უშლის სისტემის სრულფასოვან ფუნქციონირებას. ამ საკითხებზე დაფუძნებული ანალიზი მიზნად ისახავს სისტემური პრობლემების გამოკვეთას და მათი გადაჭრის შესაძლებლობების განხილვას. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესება ქვეყნის ჯანდაცვის საერთო განვითარების აუცილებელი კომპონენტია. დაფინანსების გაზრდა, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა, ინფრასტრუქტურის მოდერნიზაცია და ციფრული ტექნოლოგიების დანერგვა ის ძირითადი ნაბიჯებია, რომლებიც უზრუნველყოფს სისტემის ეფექტიანობას. სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის მჭიდრო თანამშრომლობით შესაძლებელია ისეთი მოდელის შექმნა, რომელიც გააუმჯობესებს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას და ხარისხს, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

4.1. პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტების ძლიერი და სუსტი მხარეები საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში

პირველადი ჯანდაცვა ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის ერთ-ერთ მთავარ გამონწევად რჩება. მისი ეფექტიანობა დიდ გავლენას ახდენს, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე, ასევე ჯანდაცვის სისტემის საერთო მდგრადობასა და მის ხარჯთეფექტურობაზე. არსებული კვლევები და შეფასებები მიუთითებს, რომ პირველადი ჯანდაცვა დღემდე ვერ პასუხობს თანამედროვე გამოწვევებს და საჭიროებს, როგორც სისტემურ, ასევე ფუნდამენტურ განვითარებას. რესპონდენტთა უმრავლესობა პირველადი ჯანდაცვის სისტემას ნაკლებად ეფექტიანად აფასებს, რაც პირდაპირ კავშირშია დაფინანსების დაბალ დონესთან, ინფრასტრუქტურის მოუწყობლობასთან და სამედიცინო პერსონალის მოტივაციისა და კვალიფიკაციის ნაკლებობასთან.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას მხოლოდ ნაწილობრივ აუმჯობესებს, თუმცა, ამ პროგრამის ამჟამინდელი ფორმატი არ არის საკმარისი, რომ არსებული გამოწვევები სრულფასოვნად გადაჭრას. პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და საბაზისო ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების სერვისები მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისთვის ხელმისაწვდომია, მაგრამ ეს ხელმისაწვდომობა გეოგრაფიული და ფინანსური შეზღუდვების ფონზე მრავალ ბარიერს აწყდება. ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემა სისტემის დაფინანსებაა - არსებული რესურსები არასაკმარისია იმისთვის, რომ ჯანდაცვის სერვისებმა სრულფასოვნად შეძლოს მოსახლეობის ჯანდაცვითი საჭიროების დაკმაყოფილება. ფინანსური დეფიციტი ასევე ხელს უშლის პროფესიული მოტივაციის შექმნას, რაც აფერხებს კვალიფიციური კადრების მოზიდვას და არსებული სამედიცინო პერსონალის შენარჩუნებას.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა რეგიონებში, განსაკუთრებით მაღალმთიან დასახლებებში, მნიშვნელოვან დახმარებას უწევს მოსახლეობას საბაზისო სერვისების უზრუნველყოფაში. თუმცა, ეს

პროგრამაც სერიოზული გამოწვევების წინაშე დგას. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ იგრძნობა ისეთ რეგიონებში, სადაც ერთი ექიმი ხშირად სოფლების დიდ რაოდენობას ემსახურება, ან ზოგჯერ ექიმის ნაცვლად მხოლოდ ექთანს მუშაობს. ინფრასტრუქტურის ნაკლებობა და დაბალი ანაზღაურება კვლავ მთავარი დაბრკოლებებია, რაც ზღუდავს სისტემის ფუნქციონალურობას და მოსახლეობის მოთხოვნებზე სწრაფად რეაგირებას. რესპონდენტთა ნაწილის აზრით, სოფლის ექიმის პროგრამა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, მაგრამ მისი გაუმჯობესება, დაფინანსების ზრდა და უკეთესი აღჭურვილობის უზრუნველყოფა აუცილებელია.

პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი ყველაზე სერიოზული პრობლემა ისაა, რომ ექიმი ვერ ასრულებს “გეიტკიპერის” ფუნქციას, რის გამოც პაციენტები პირდაპირ მიმართავენ შორს მდებარე კლინიკების ექიმ-სპეციალისტებს (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და ა.შ.). უხშირესად კი ასეთი თვითდინება დაგვიანებული და არარეგულარულია. ეს არა მხოლოდ ფინანსურ ტვირთად აწვება პაციენტებსა და სახელმწიფოს, არამედ ზრდის ჯანდაცვის სისტემის ხარჯებსაც. სისტემის ექიმების არასაკმარისი კვალიფიკაცია და მათი პროფესიული განვითარების შეზღუდული შესაძლებლობები სისტემურ პრობლემად რჩება. ასევე, სერიოზული გამოწვევაა სამედიცინო პერსონალის მოტივაციის ნაკლებობა, რაც ხელს უშლის კვალიფიციური კადრების მოზიდვას.

გამოკითხვის შედეგები ცხადყოფს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაუმჯობესება მრავალი მიმართულებითაა საჭირო. დაფინანსების ზრდა ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია, რადგან არსებული კაპიტაციური დაფინანსება ვერ უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების სრულფასოვან ფუნქციონირებას. აუცილებელია პროფესიული განვითარების პროგრამების გაძლიერება, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებას და მათი მოტივაციის გაზრდას. ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება და თანამედროვე დიგიტალური სერვისების დანერგვა ჯანდაცვის სისტემას უფრო ეფექტურად მუშაობის საშუალებას მისცემს.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას. მთიან რეგიონებში სამედიცინო სერვისებზე წვდომის გასაუმჯობესებლად საჭიროა არა მხოლოდ ინფრასტრუქტურის განვითარება, არამედ სატრანსპორტო ხარჯების შემცირების ინიციატივებიც. ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა მნიშვნელოვანია პრევენციული სერვისებისა და მედიკამენტებზე წვდომის გაუმჯობესებისთვის. ასევე, პრევენციული სერვისების გაძლიერება ხელს შეუწყობს დაავადებების დროულ გამოვლენასა და მართვას, რაც ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობას გაზრდის.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეები კარგად არიან ინფორმირებულნი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მნიშვნელობის შესახებ და თვლიან, რომ ამ უკანასკნელმა დღემდე ვერ მიაღწია სასურველ დონეს, პირველ რიგში, საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელში. პრობლემის მიზეზებად მათ მიერ დასახელებულია: მოსახლეობის არასათანადო ინფორმირებულობა; სისტემაში დაკავებული ექიმების არასათანადო კვალიფიკაცია; მათი შრომის არასაკმარისი ანაზღაურება და დაბალი მოტივაცია; ტერიტორიული მისაწვდომობის პრობლემები და მრავალი სხვა.

მთლიანობაში, ქალაქებში მცხოვრებ ფოკუს-ჯგუფების წევრებს მწირი წარმოდგენა აქვთ სოფლის ექიმის პროგრამისა და მდგომარეობის შესახებ. თუმცა, იმათ, ვისაც რაიმე სახის შეხება აქვთ არაურბანულ დასახლებებთან, ერთხმად აღნიშნავენ ამ პროგრამის არაერთ სისუსტეს, პირველ რიგში კი მის დაბალ ეფექტიანობას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა პოზიციები:

„მსმენია, რომ პირველადი ჯანდაცვა თანამედროვე ჯანდაცვის საყრდენია. ჩვენთან ეს ასე არაა. ჩემი ექიმი გამოცდილიცაა და მონდომებულიც, მაგრამ სამუშაოს ვერ აუდის, ბევრი პაციენტის გამო. იგი ძალიან შეზღუდულია გამოკვლევების ჩატარებასთან დაკავშირებით და ვერ მინიშნავს ჩემთვის აუცილებელ „უფასო“ წამლებს. ამის გამო იძულებული ვარ, კერძოდ გავიკეთო გამოკვლევები და ვიყიდო ძვირადღირებული მედიკამენტები“.

„ვერ ვსარგებლობ საყოველთაოს სიკეთებით, რადგან ექიმი შორსაა ჩემი სახლიდან, თან ანალიზები და წამლები

შებლუდულია... მხოლოდ უკიდურესი აუცილებლობის გამო მივდივარ მასთან“.

“ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი არ არის მონერსტიგებული, არ გვეძლევა საშუალება, ლოკაციის მიხედვით ავირჩიოთ ოჯახის ექიმი. ასევე, პროფილაქტიკური კვლევების შემთხვევაში იძულებული ვართ, მივიდეთ იმ კლინიკაში, რომელსაც სადამ-ღვევო გვთავაზობს და ჩვენი ინტერესი არ არის გათვალისწინებული“.

სოფლის ექიმის პროგრამის შესახებ ინფორმირებულ მოსარგებლეთა პოზიციები:

„ვცხოვრობ სოფელში, რამდენჯერმე დასჭირდა ბებიჩემს სოფლის ექიმის მომსახურება, მაგრამ მისგან ვერ მიიღო სასურველი დახმარება. მან ისევ ბათუმში გადაამისამართა, რადგან მისი კომპეტენცია არ აღმოჩნდა საკმარისი. სოფელში მედდა რომ დაგჭირდეს, სანთლითაა საძებარი. საექიმო პუნქტი კი ძალიან შორსაა ჩვენი სახლიდან“.

„სოფლის ექიმებს მინდა სოლიდარობა გამოვუცხადო, ძალიან ცუდ დღეში არიან, ხელობრივები ადევთ - პაციენტს წამალს თუ გამოუწერს, პაციენტი მის შეძენას ვერ ახერხებს. მათი კვალიფიკაციის ამაღლებაზე არავინ ზრუნავს. და ბოლოს, სოფლის ექიმის პროგრამა ძირფესვიან გადახედვასა და განახლებას საჭიროებს“.

„ჩემი მშობლები მარნეულის მუნიციპალიტეტის სოფელში ცხოვრობენ. ისინი, თითქოსდა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობენ, ასევე არიან „სოფლის პროგრამის“ მომხმარებლები. მათი სოფლის ექიმი, რომელიც კიდევ 2 ადგილზე (კიდევ ერთი სოფლის ამბულატორია და სტაციონარში მორიგე ექიმი) მუშაობს და ხშირად ადგილზე არ არის. მისი დახმარება მხოლოდ იმაში გამოიხატება, რომ იგი მიმართვებს უწერს ჩემს მშობლებს მარნეულის ერთ-ერთ ჯანდაცვის ცენტრში, კომერციულად ანალიზების და გამოკვლევების (ეკგ, გაშუქება) ჩასატარებლად. სოფლის მცხოვრებლები პრაქტიკულად დარჩენილნი არიან ექთნების გარეშე“.

„სამუშაო შევიცვალე და ახლა თბილისში ვცხოვრობ ოჯახთან ერთად, ავერ უკვე 3 წელია, მანამდე კი კასპის მუნიციპალიტეტის სოფელში ვცხოვრობდი. სოფლის ექიმის საქმიანობის შესახებ მხოლოდ კოვიდი-ს პანდემიის დროს გავერ-კვიე. ის ასაკოვანი ადამიანია და რამდენადაც ვიცი, რომელია ახლომდებარე სოფლის ექიმიცაა. საექიმო პუნქტი ძალიან შორსაა ჩვენი სოფლიდან. მაშინ საექიმო დახმარება არც დაგჭირვებია, საჭიროებისას თბილისის რომელიმე საავადმყოფოს ვაკითხავდით“.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესება საჭიროებს მრავალმხრივ მიდგომას. რესპონდენტთა რეკომენდაციები მოიცავს კაპიტაციური დაფინანსების გაზრდას, ინფრასტრუქტურის განვითარებას, ოჯახის ექიმების ინსტიტუტის გაძლიერებას და სამედიცინო პერსონალის პროფესიულ გადამზადებას. ასევე, ტელემედიცინის განვითარება მნიშვნელოვან მხარდაჭერას გაუწევს რეგიონებში მცხოვრებ პაციენტებს, განსაკუთრებით მათ, ვისაც სპეციალიზებული სერვისების მიღება ურთულდება.

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის რეალურ პრიორიტეტად უნდა იქცეს. სახელმწიფომ და კერძო სექტორმა ერთად უნდა შექმნან მდგრადი და ეფექტიანი სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს პრევენციულ სერვისებზე, ხელმისაწვდომობასა და მომსახურების ხარისხზე ფოკუსირებას. ეს რეფორმები ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას, რაც ქვეყნის სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის განმტკიცებას შეუწყობს ხელს.

4.2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის დაფინანსების შეფასება: პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების ადეკვატურობა

გამოკითხვის მონაცემებზე დაყრდნობით შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების დაფინანსებაში კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევებს აწყდება. მოდელის ეფექტურობა ნაწილობრივ შეზღუდულია და რესპონდენტები მას არადაამაკმაყოფილებლად აფასებენ, რამდენიმე კრიტერიუმის მიხედვით.

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების შეფასებისას გამოჩნდა, რომ მოდელი მხოლოდ ნაწილობრივ ადეკვატურია და გარკვეული ხარვეზები აქვს პრევენციული სერვისების დაფინანსებაში. რესპონდენტების თქმით, პრევენციული სერვისების დაფინანსება ნაკლებად მოქნილია და არ არის ადეკვატურად მორგებული მოსახლეობის საჭიროებებზე. მოდელის ფარგლებში დაფინანსების უმეტესობა მი-

მართულია ჰოსპიტალიზაციის შემცირებაზე, მაშინ, როცა პრევენციული მიდგომები უფრო ნაკლებად პრიორიტეტულია. რესპონდენტების აზრით, თუ დაფინანსების მოდელი პრევენციაზე იქნება ორიენტირებული, ეს შეამცირებს მკურნალობის ხარჯებს გრძელვადიან პერსპექტივაში და ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას.

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების არასაკმარისი მხარეებიდან აღსანიშნავია სადაზღვევო პაკეტების ამბულატორიული კომპონენტის სიხალვათე. რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ სადაზღვევო პრემიების სიძვირე კვლავ დიდ პრობლემას წარმოადგენს და კარგი სადაზღვევო პაკეტების შექმნა ბევრისთვის მიუწვდომელია. ეს განსაკუთრებით მტკივნეულია მოსახლეობის მონყვლადი ჯგუფებისთვის. ამის გათვალისწინებით, რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ საჭიროა მეტი თანხა გამოიყოს ამბულატორიულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე (მედიკამენტოზური მკურნალობის ჩათვლით) და პრევენციული სერვისების გაფართოებაზე.

სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების დაფინანსების ანალიზმა აჩვენა, რომ მოდელი ხშირად არ ასახავს მომხმარებლების რეალურ საჭიროებებს. ხშირად აღნიშნულია, რომ თანადაფინანსების მაღალი პროცენტი და დაბალი ლიმიტები ბენეფიციარებისთვის სოლიდურ ფინანსურ ტვირთს ქმნის. ეს განსაკუთრებით პრობლემატურია, როდესაც საუბარია ქრონიკული დაავადებების მართვაზე, სადაც რეგულარული სამედიცინო დახმარება საჭიროა და თანადაფინანსების პროცენტი მნიშვნელოვნად ამძიმებს ფინანსურ მდგომარეობას.

რესპონდენტების ნაწილი ხაზს უსვამს, რომ სადაზღვევო პაკეტების შიგთავსი უნდა შეიცვალოს და მოიცავდეს უფრო მრავალფეროვან და სრულფასოვან სერვისებს, რათა ბენეფიციარებისთვის უკეთესი პირობები შექმნას.

აღსანიშნავია, რომ ბევრმა რესპონდენტმა გამოხატა უკმაყოფილება კერძო დაზღვევის მოქნილობის ნაკლებობასა და მასზე ფარმაცევტული ინდუსტრიის გავლენის გამო. კერძოდ, ხშირ შემთხვევაში, კერძო დაზღვევა არ იძლევა მედიკამენტებისა და სერვისების ფართო არჩევის შესაძლებლობას, რაც კიდევ უფრო ამცირებს მომსახურების ეფექტიანობას. ასევე აღინიშნა, რომ არაერთი სადაზღვევო კომპანია იყენებს დემპინგურ ფასებს, რაც არამხოლოდ სისტემის ფინანსურ მდგრადობაზე, არამედ მომსახურების ხარისხზეც უარყოფითად აისახება. ზოგიერთი რესპონდენტი თვლის, რომ კომპანიების ამგვარი მოქმედებები სისტემურ პრობლემებს ქმნის და უფრო მაღალპროფესიულ მართვასა და მონიტორინგს საჭიროებს.

გარდა ამისა, რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მოდელს აკლია გამჭვირვალე მართვა და ერთიანი სტანდარტები, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს მისი ეფექტურობის ზრდას. კერძო დაზღვევის ფრაგმენტული ბუნება და სხვადასხვა კომპანიის მიერ განსხვავებული სტანდარტების გამოყენება ხელს უშლის სისტემის ინტეგრირებას და აუარესებს მომსახურების ხარისხს. ეს განსაკუთრებით პრობლემურია იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტები სერვისების სრული მოცულობით ვერ სარგებლობენ და სისტემის შიგნით არსებული განსხვავებები ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუარესებას იწვევს. ამ კუთხით, რესპონდენტები გამოთქვამენ მოსაზრებას, რომ კერძო დაზღვევაში უნდა განხორციელდეს სტანდარტიზაცია და გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა.

მთლიანობაში, გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების დაფინანსებაში მნიშ-

ვნელოვან ცვლილებებს საჭიროებს. პრევენციული სერვისების დაფინანსების გაზრდა, პაკეტების შიგთავსის გაუმჯობესება, თანადაფინანსების მოდელის ცვლილება და სისტემის გამჭვირვალობის ზრდა წარმოადგენს იმ ძირითად მოთხოვნებს, რომლებიც სისტემის ეფექტურობასა და მდგრადობას გაზრდის.

4.3. პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ძლიერი და სუსტი მხარეები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის შეფასებისას გამოიკვეთა, როგორც მისი ძლიერი, ასევე სუსტი მხარეები, რომლებიც სისტემის ეფექტურობასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას. ეს მოდელი, როგორც ჩანს, იყენებს გარკვეულ ინსტრუმენტებს, რომლებიც საშუალებას აძლევს მოსახლეობას, უფრო ხელმისაწვდომი და მაღალტექნოლოგიური სერვისები მიიღოს, თუმცა, ის სრულად ვერ ახერხებს პირველადი ჯანდაცვის ყველა გამონწვევასთან გამკლავებას.

რესპონდენტების დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ერთ-ერთი მთავარი ძლიერი მხარეა მომსახურებების ფართო სპექტრი, რომელიც მოიცავს ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიულ კვლევებს, მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკას და მედიკამენტების გარკვეული რაოდენობის დაფარვას. ასევე აღინიშნა, რომ სისტემაში ჩართული სამედიცინო პერსონალი ხშირად მეტ კვალიფიკაციასა და მოტივაციას ავლენს, რაც დაკავშირებულია შედარებით უკეთეს დაფინანსებასთან და რესურსების განაწილებასთან. ეს მიდგომა განსაკუთრებით ხელსაყრელია დიდი ქალაქების მაცხოვრებლებისთვის, სადაც სერვისები შედარებით უფრო ხელმისაწვდომია.

დადებით მხარეებს შორის ასევე აღინიშნა ოჯახის ექიმების (პირადი ექიმების) როლი, რომლებიც ცდილობენ პრობლემების გადაჭრას ამბულატორიულ დონეზე, რაც ამცირებს პაციენტთა მიმართვიანობას ჰოსპიტალური სერვისებისკენ და შესაბამისად, ხარჯებს. აღნიშნული მოდელი საკმაოდ ხშირად ახერხებს არარაციონალური მედიკამენტოზური მკურნალობის შემთხვევათა შემცირებას, რაც „გაიდლაინური მიდგომებით“ შეიძლება აიხსნას. პირადი ექიმები საკუთარი ინიციატივის წყალობით გარკვეულ შემთხვევებში ცდილობენ ბენეფიციარების ჩართვას სახელმწიფო/მუნიციპალიტეტის მიერ დაფინანსებულ პრევენციულ ან/და სამკურნალო C ჰეპატიტის, TB-ის, HIV-ის, სკრინინგ და ა.შ. პროგრამებში. თუმცა, ეს საკმარისი არაა. ყოველივე ეს კი კერძო და სახელმწიფო სექტორების არასაკმარისი თანამშრომლობითა და კოორდინაციითაა გამოწვეული.

დაბალი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა, რომელსაც ექსპერტები აღნიშნავენ. კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული სერვისები ძირითადად დიდ ქალაქებშია კონცენტრირებული, რაც სოფლად მცხოვრები მოსახლეობისთვის სერიოზულ დაბრკოლებებს ქმნის. მაგალითად, ზოგიერთ რეგიონში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და სპეციალისტების ნაკლებობა, ასევე სამედიცინო ინფრასტრუქტურის შეზღუდული განვითარება, მნიშვნელოვან ზიანს აყენებს სისტემის საერთო ეფექტიანობას.

პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის სუსტი მხარეებიდან გამოიკვეთა ოჯახის ექიმების შეზღუდული ადგილი და ფუნქცია. რესპონდენტების თქმით, პირველადი რგოლის ექიმების და ექთნების ფუნქციები ხშირ შემთხვევაში სათანადოდ არ არის განსაზღვრული და აღიარებული, არ ხდება მათი

სრულფასოვანი ჩართვა პაციენტების მართვასა და მონიტორინგში. ამას ემატება არასათანადო ანამნეზი, რომელიც ამცირებს კვალიფიციური პერსონალის მოზიდვისა და შენარჩუნების შანსებს.

რესპონდენტთა აზრით, ზოგჯერ სადაზღვევო კომპანიები ზედმეტად აკონტროლებენ ხარჯებს, რაც პაციენტების საჭიროებების არასწორ შეფასებას იწვევს. ეს შეიძლება გამოიხატოს საჭირო კვლევებისა და ჩარევების ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემაში, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო პაკეტების მაღალ ღირებულებასთან.

ზოგიერთი რესპონდენტი ხაზს უსვამს კერძო დაზღვევების ისეთ დადებით მხარეებს, როგორცაა სერვისების უკეთესი რეგულირება, ხარჯების კონტროლი და პაციენტთა მართვის მექანიზმების ეფექტურობა. თუმცა, მათი აზრით, ამავე დროს სისტემას ესაჭიროება მეტი მხარდაჭერა სახელმწიფოს მხრიდან, რათა გაზარდოს სერვისებით დაფარვის არეალი და გაუმჯობესდეს ტერიტორიულ/გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.

დასასრულს აუცილებელია აღნიშნოს, რომ კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელი ამჟამად სრულად ვერ პასუხობს ქვეყნის ყველა ჯანდაცვის საჭიროებას და სისტემის სრულფასოვანი ფუნქციონირებისთვის აუცილებელია კომპლექსური ცვლილებების გატარება. პირველადი ჯანდაცვის არაერთი მიმართულების კიდევ უფრო მეტი პრიორიტეტიზირება, ელექტრონულ მედიცინაზე დაფუძნებული რეგისტრაციისა და ანგარიშგების ადეკვატური სისტემის განვითარება, პროფესიონალური განვითარების სისტემის შექმნა, რაც კერძო და სახელმწიფოს შორის თანამშრომლობას სრულიად ახალ და შესაბამის დონეზე აყვანას მოითხოვს.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

ფოკუს-ჯგუფების მონაწილეთა უმრავლესობა ინფორმირებულია იმის შესახებ, რომ კერძო დაზღვევის მოდელში პირველადი ჯანდაცვა ისევე, როგორც დაზღვევის სხვა კომპონენტების სერვისები, ბევრად ფართოდაა წარმოდგენილი, ვიდრე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში. მიუხედავად ამისა, ბენეფიციარები მაინც გამოთქვამენ უკმაყოფილებას პაკეტებში ამბულატორიული სერვისების და გარკვეული დანიშნულების მედიკამენტების არარსებობის, ლიმიტების, თანაგადახდების სიდიდის, პროვაიდერებთან ტერიტორიული სიშორის და მომსახურების ხარისხის გამო.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„ასაკოვანი არ ვარ, რამდენიმე წლის წინ საყოველთაოში ჩართვის მცდელობა მქონდა. როდესაც გავიცანი ჩემი ექიმი და გავერკვიე, თუ რას აფინანსებს სახელმწიფო, ყველაფერი გვაკეთე, რომ შემეძინა კერძო დაზღვევა“.

„უკვე 4 წელია, რაც ვსარგებლობ კერძო დაზღვევით. აღფრთოვანებული ნამდვილად არ ვარ, რადგან პაკეტი, რომელსაც მე ვწვდები, არაა მრავალფეროვანი, ჩემთვის აუცილებელი ამბულატორიული გამოკვლევების თუ ნამწიფების მხრივ. თუმცა, რა შედარებაა საყოველთაო პოლიკლინიკურ დახმარებასთან. პირადი ექიმი კარგია, ყოველ შემთხვევაში, იგი მონაწილეთს ჩემი მკურნალობის პროცესში“.

“კერძო დაზღვევას რაც შეეხება, ყველაზე მეტად ოჯახის ექიმები მიშლიან ნერვებს, რადგან ისინი არაკვალიფიციურები არიან. მაგალითად, ბავშვის ჯანმრთელობის შეფასება ევალებათ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში გიშვებენ პედიატრთან, თუ თავად ვერ მართავენ შემთხვევას. ოჯახის ექიმები ცდილობენ, მინიმალური კვლევები დაგინიშნონ და არ გაგიშვან ბავშვის პედიატრთან“.

„ვსარგებლობ კერძო დაზღვევის საოჯახო პაკეტით, რომელიც არცთუ ისე მომწონს. პირველ რიგში, მხედველობაში მაქვს ამბულატორიული გამოკვლევები. იძულებული ვარ, რაღაც მინიმალურს დავჯერდე“.

„ვარ დაზღვეული კერძო კომპანიაში, უფრო სწორად, მეუღლის დაზღვევაზე ვარ ჩამოკიდებული. ვერ ვიტყვი, რომ ეს პაკეტი კარგია. ამ დაზღვევაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი არ არის მონესრულებული, არ გვაქვს შესაძლებლობა, ლოკაციის მიხედვით ავირჩიოთ იგი. ასევე, იძულებული ვართ, მივიღოთ იმ კლინიკაში, რომელსაც სადაზღვევო გვთავაზობს. ანუ ჩვენი სურვილი არ არის გათვალისწინებული“.

“სამწუხაროდ, კერძო დაზღვევა არ აფინანსებს რეაბილიტაციას და არც სხვა რაიმე სახის სარეაბილიტაციო დანიშნულების პროცედურებს“.

“მე საკმაოდ ძვირს ვიხდი კერძო დაზღვევაში, 90%-ით მიფინანსდება ყველაფერი, თუმცა, მაინც ვიტყვოდი, რომ ბოლომდე დაცული არაა ჩემი ჯანმრთელობა“.

4.4. რეკომენდაციები საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისთვის

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის აუცილებლობა მწვავედ დგას. ექსპერტთა მიერ წარმოდგენილი მრავალფეროვანი წინადადებები აჩვენებს, რომ სისტემა ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის საჭიროებებზე ადეკვატურ პასუხს. ამავე დროს, მათი მოსაზრებები სისტემური გამონვევებისა და მათი გადაჭრის გზების მრავალმხრივ სურათს გვთავაზობს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამართვა მოითხოვს არა მხოლოდ ფინანსურ და ინფრასტრუქტურულ ცვლილებებს, არამედ მოსახლეობისა და სამედიცინო პერსონალის ცნობიერების ამაღლებას და კომპლექსური სისტემური მიდგომების დანერგვას.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება პირდაპირ კავშირშია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის როლის გაფართოებასთან. რესპონდენტები ხშირად აღნიშნავენ, რომ სახელმწიფოს მხრიდან განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ოჯახის ექიმების პროფესიულ განვითარებას. გადამზადებისა და უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემა ექიმებს მისცემს საშუალებას, რეაგირება უკეთ მოახდინონ მოსახლეობის საჭიროებებზე. ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების მუშაობის ეფექტურობის გასაზრდელად აუცილებელია მისი ფინანსური სტიმულირების ისეთი მოდელის დანერგვა, სადაც გათვალისწინებული იქნება განუვლი სერვისების შინაარსი და მოცულობა, რომელიც შედეგზე იქნება ორიენტირებული.

ინფრასტრუქტურული პრობლემების გადაჭრა ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტად რჩება. რესპონდენტთა შეფასებებით, პირველადი ჯანდაცვის პუნქტების სათანადოდ აღჭურვა აუცილებელია, რათა ექიმებმა შეძლონ თავიანთი ფუნქციების სრულფასოვნად შესრულება. ეს გულისხმობს, როგორც სამედიცინო აღჭურვილობას, ისე IT ტექნიკასაც. ეს საჭიროება განსაკუთრებით მწვავედ იგრძნობა სოფლის და მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც მოსახლეობა ხშირად არის იძულებული, მინიმალური სერვისებით დაკმაყოფილდეს. აუცილებელია, ორგანიზებულ იქნას მედიკამენტების სრულყოფილი მიწოდების მოდელის შექმნა. პირველადი ჯანდაცვის პუნქტების ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად რესპონდენტები თავიანთ რეკომენდაციებში ხაზს უსვამენ სამედიცინო პერსონალის შრომითი პირობების გაუმჯობესებას და მათი სამუშაო გარემოს კომფორტულობის ზრდას.

ციფრული ტექნოლოგიების განვითარება კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულებაა, რომელიც რესპონდენტთა მიერ არაერთხელ არის აღნიშნული. ტელემედიცინის განვითარება და დიგიტალური სერვისების ფართოდ დანერგვა ხელს შეუწყობს პაციენტების სწრაფ და ეფექტიან მომსახურებას. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შორეულ და რეგიონულ დასახლებებში, სადაც ექიმებთან ფიზიკური კონტაქტი ხშირად გართულებულია. ელექტრონული სისტემები, ასევე, გაამარტივებს სამედიცინო ინფორმაციის მართვას და გამჭვირვალობის უზრუნველყოფას. რესპონდენტები ხაზს უსვამენ დიგიტალური ტექნოლოგიების დანერგვის საჭიროებას, რაც არა მხოლოდ მომსახურების ხარისხს გააუმჯობესებს, არამედ ხელს შეუწყობს ხარჯების ოპტიმიზაციას და სისტემის ეფექტურობის ზრდას.

დაფინანსების გაზრდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ერთ-ერთ ძირითად ნაბიჯად განიხილება. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ არსებული კაპიტაციური დაფინანსება არასაკმარისია და მას სჭირდება ზრდა. საჭიროა ისეთი მოდელის შემუშავება, რომელიც შედეგებზე იქნება ორიენტირებული და წაახალისებს ექიმებს პრევენციულ სერვისებში ჩართულობისკენ. რესპონდენტები აღნიშნა-

ვენ, რომ პრევენციული და სკრინინგული სერვისების პოპულარიზაცია და მათი ხელმისაწვდომობის გაზრდა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობას მთლიანობაში.

მოსახლეობის ჩართულობა და მათი ცნობიერების ამაღლება ჯანდაცვის სერვისების საჭიროებასა და მნიშვნელობაზე კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. რესპონდენტთა აზრით, საჭიროა მოსახლეობის წახალისება, რათა ისინი აქტიურად იყენებდნენ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს და რეგულარულად მონაწილეობდნენ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებში. ამ პროცესში აუცილებელია ინფორმაციის გავრცელება პრევენციული ღონისძიებების მნიშვნელობის შესახებ, რაც დაეხმარება მოსახლეობას, თავი აარიდოს დაავადებებს და მათ გართულებებს.

არაერთგზის აღინიშნა, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გასაუმჯობესებლად მნიშვნელოვანია პოლისტიკური მიდგომა, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესებას, ექიმებისა და ექთნების პროფესიული განვითარების სისტემის დანერგვას და მათთვის სამუშაო პირობების გაუმჯობესებას. ამასთან, საჭიროა სახელმწიფოს მხრიდან სისტემის პრიორიტეტიზაცია და მისი განვითარებისთვის გრძელვადიანი სტრატეგიის შემუშავება. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დიგიტალიზაცია, ინფრასტრუქტურის განვითარება, ფინანსური სტიმულირების მოდელების დანერგვა და მოსახლეობის ინფორმირების ზრდა საშუალებას მისცემს ქვეყანას, შექმნას მდგრადი და ეფექტიანი სისტემა, რომელიც სრულად მოერგება თანამედროვე გამოწვევებს.

დასასრულს, ამ კომპლექსური და მრავალმხრივი რეფორმის განსახორციელებლად აუცილებელია სახელმწიფოს, კერძო სექტორისა და სამოქალაქო საზოგადოების მჭიდრო თანამშრომლობა. მხოლოდ ერთობლივი ძალისხმევით არის შესაძლებელი, რომ საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა გახდეს უფრო ძლიერი, ხელმისაწვდომი და ეფექტიანი, რაც პირდაპირ აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და ქვეყნის ჯანდაცვის საერთო სურათზე.

5. ჰოსპიტალური სექტორი

ჰოსპიტალური მომსახურების არსებული დაფინანსების მოდელები, განსაკუთრებით DRG სისტემა და კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული სქემები, მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე დგას. ამ სეგმენტში განიხილება არსებული პრობლემები და მათი პოტენციური გადაჭრის გზები, რაც მიზნად ისახავს ჰოსპიტალური სექტორის ეფექტიანობის და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის მდგრადი განვითარება საჭიროებს კომპლექსურ მიდგომას, რომელიც მოიცავს, როგორც დაფინანსების მოდელების ოპტიმიზაციას, ისე სერვისების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. DRG დაფინანსების სისტემის დახვეწა, კერძო დაზღვევის მოქნილი და პაციენტზე ორიენტირებული პირობების შექმნა, ასევე სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის მჭიდრო თანამშრომლობა წარმოადგენს იმ პრიორიტეტებს, რომლებიც ხელს შეუწყობს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარებას. გრძელვადიანი სტრატეგიული მიდგომა, დაფინანსების ზრდა და სამედიცინო სერვისების სტანდარტიზაცია საჭიროებს მჭიდრო კოორდინაციას, რათა უზრუნველყოს მოსახლეობისთვის ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ჰოსპიტალური მომსახურება.

5.1. ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების ადეკვატურობა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში

ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსება საქართველოში მრავალმხრივ გამოწვევებთან არის დაკავშირებული, რაც მნიშვნელოვნად აისახება სერვისების ხელმისაწვდომობაზე, მკურნალობის ხარისხსა და სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირების შესაძლებლობებზე. გამოკითხვის შედეგები ცხადყოფს, რომ დაფინანსების არსებული სისტემა, განსაკუთრებით DRG (Diagnosis-Related Groups) დაფინანსების მოდელი არ არის სრულყოფილი და ბევრ კრიტიკულ საჭიროებას ვერ პასუხობს. DRG მოდელი, რომელიც სხვადასხვა დიაგნოზით და დაავადებათა კატეგორიებით უზრუნველყოფს სტანდარტიზებულ დაფინანსებას, ხშირად ვერ ითვალისწინებს მაღალი ხარისხის მომსახურების და ტექნოლოგიურად ინტენსიური პროცედურების რეალურ ხარჯებს. ეს პრობლემა განსაკუთრებით აშკარაა ისეთი სერვისებისთვის, როგორცაა ინტერვენციული კარდიოლოგია, ნეიროქირურგია და სხვა მაღალტექნოლოგიური ჩარევები, რომლებიც ძვირადღირებულ და სპეციფიკურ რესურსებს მოითხოვს.

აღნიშნული მოდელის ნაკლოვანებები განსაკუთრებით მძიმე ტვირთად აწვება იმპლანტებისა და პროთეზების გამოყენებას საჭირო სერვისებს, სადაც სამედიცინო რესურსები, როგორცაა ბიოლოგიური და სინთეტიკური მასალები, ხშირად საჭიროა. DRG სისტემაში მათი დაფინანსების ლიმიტები ხშირად იმდენად მკაცრია, რომ კლინიკებს უწევთ დამატებითი რესურსების მოძიება ან ხარისხის შემცირება, რათა მოსახერხებელი გახდეს ხარჯების მოცულობის მართვა. ამას ემატება მაღალი ხარისხის მასალების კონსოლიდირებული შესყიდვის არარსებობა, რაც კიდევ უფრო აძვირებს მკურნალობის პროცესს და პაციენტებზე ფინანსურ ზეწოლას აძლიერებს.

საქართველოს ჰოსპიტალური დაფინანსების პრობლემა მხოლოდ DRG მოდელის შეზღუდვებით არამოიწონება. უფრო ფართო სურათში, სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სექტორზე გამოყოფილი ბიუჯეტი, საერთაშორისო სტანდარტებთან შედარებით, დაბალია. ამის გამო, სახელმწიფო დაფინანსება ხშირად ვერ უზრუნველყოფს ჰოსპიტალური მომსახურების სათანადო მოცულობას და ხარისხს. რესპონდენტთა მოსაზრებებით, ქვეყანას ესაჭიროება კანონდამტკიცებული, მდგრადი დაფინანსების პოლიტიკა, რომელიც იქნება ადეკვატური ქვეყნის საერთო ეკონომიკური განვითარების გზის მიმართ და ევროპული ჯანდაცვის სტანდარტების შესაბამისად.

საინტერესოა ასევე ის ფაქტორი, რომ ჯანდაცვის ჰოსპიტალურ სექტორში არსებული რეგულაციები და ლიმიტები ხშირად ხელს უშლის ბაზრის მოქნილობის და ეფექტურობის ზრდას. ხარჯების შეკავების მიზნით დაწესებული რეგულაციები და ფასების კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებს ზღუდავს, რაც უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე. ამ პირობებში კლინიკებს უწევთ ხარჯების შემცირება, რაც ხშირად ხარისხის დათმობას გულისხმობს. რესპონდენტთა აზრით, ბაზრისთვის მეთი თავისუფლების მიცემა, ხოლო რეგულაციების გადახედვა და უფრო ადეკვატური ფასების მოდელების შემუშავება ხელს შეუწყობს ჰოსპიტალური სექტორის სტაბილურ განვითარებას.

გარდა ამისა, კვლევის შედეგებიდან ჩანს, რომ კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა ეხება DRG დაფინანსების მოდელის ინტეგრაციას ჰოსპიტალურ სექტორში. ამ მოდელის დანერგვამ გამოიწვია ხარჯების შემცირების მცდელობები, რაც მტკივნეულად აისახა სამედიცინო დაწესებულებებზე. ბევრი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ DRG-ის მოდელი საჭიროებს გადახედვას და ქვეყანაში არსებული პრაქტიკისა და საჭიროებების უფრო მეტად გათვალისწინებას. DRG დაფინანსების სისტემის ეფექტი-

ანობის ზრდისთვის აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებების, ასოციაციების და სპეციალისტების ჩართვა გადანყვეტილებების მიღების პროცესში, რათა სისტემა გახდეს უფრო ადეკვატური და პაციენტების საჭიროებების შესაფერისი.

ასევე აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების პრობლემა საერთო და კომპლექსურია. ხშირად სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების ლიმიტები ჰოსპიტალური სერვისებისთვის პაციენტებს სთავაზობს მხოლოდ მინიმალურ დაფარვას, ხოლო დამატებითი მომსახურება საჭიროებს პაციენტების მხრიდან თანამონაწილეობას. პაციენტებისთვის ჰოსპიტალური სერვისებზე მაღალი ფინანსური დატვირთვა, ხშირ შემთხვევაში, ხელს უშლის მათ სრულყოფილი მკურნალობის მიღებაში, რაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ჰოსპიტალურ სექტორში ხელმისაწვდომობის კუთხით. რესპონდენტთა ნაწილი რეკომენდაციას იძლევა, რომ სახელმწიფომ მოახდინოს ანალიზის საფუძველზე ლიმიტების ზრდა, განსაკუთრებით იმ სერვისებზე, რომლებიც მაღალი ხარისხის და ხანგრძლივი მკურნალობის საჭიროებას მოითხოვს.

ამასთან, მნიშვნელოვანია, ასევე აღინიშნოს არსებული არათანაბრობა სახელმწიფოს და კერძო სექტორის ჰოსპიტალურ სერვისებს შორის, რაც ქმნის მონოპოლისტურ მდგომარეობას და ზღუდავს კონკურენციას ბაზარზე. კვლევის მონაწილეთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ კერძო სექტორში, განსაკუთრებით გარკვეული მონოპოლისტური ჯგუფების არსებობა, არ იძლევა საშუალებას, ბაზარი განვითარდეს კონკურენციის პრინციპზე დაყრდნობით, რაც საბოლოო ჯამში აისახება მომსახურების ხარისხზე და ხარჯებზე.

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარება საჭიროებს სისტემურ და კომპლექსურ მიდგომას, რომელიც დაფინანსების მოდელის გადახედვას, სტანდარტების გაუმჯობესებას და სახელმწიფო და კერძო სექტორის მჭიდრო თანამშრომლობის უზრუნველყოფას მოითხოვს. DRG დაფინანსების მოდელის მოდიფიცირება, სამედიცინო მომსახურების რეალურ ხარჯებზე დაფუძნებული დაფინანსების სტრუქტურის შექმნა, ბაზრისთვის უფრო მეტი მოქნილობის მიცემა და სამედიცინო დაწესებულებების სერვისების ხარისხის ზრდა ხელს შეუწყობს საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის გაძლიერებას. ასევე მნიშვნელოვანია გრძელვადიანი სტრატეგიის დანერგვა, რომელიც დაფინანსების ზრდას და სახელმწიფო რეგულაციების ოპტიმიზაციას მოიაზრებს, რათა ქვეყანამ შეძლოს მოსახლეობისთვის მაღალი ხარისხის და ხელმისაწვდომი სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფა.

5.2. ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების ადეკვატურობა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში

მონაცემების ანალიზი ცხადყოფს, რომ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული ჰოსპიტალური დაფინანსების მოდელი საქართველოში მრავალ ასპექტში ნაკლებად ადეკვატურია და საჭიროებს სერიოზულ გაუმჯობესებას. რესპონდენტები ძირითადად აღნიშნავენ, რომ მიუხედავად იმისა, კერძო დაზღვევა გარკვეულწილად უზრუნველყოფს ბენეფიციარებისთვის სერვისებზე წვდომას, სისტემური ხარვეზები და ფინანსური შეზღუდვები ახდენს ზეგავლენას ჰოსპიტალური მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ეფექტურობაზე.

უპირველესად აღსანიშნავია, რომ კერძო დაზღვევის პირობებში ურგენტული ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსება არაერთგვაროვანია და ზოგიერთ შემთხვევაში, ფინანსურად მძიმე ტვირთად

ანვება ბენეფიციარებს. რესპონდენტთა ნაწილი მიუთითებს, რომ ფინანსური ლიმიტები დაბალია და ხშირ შემთხვევაში, პაციენტები იძულებულნი არიან, დანახარჯების ნაწილი თავად დაფარონ. მაგალითად, ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ „ფინანსური ჭერები დაბალია და, თუ ადამიანი ამ ჭერს გადასცდა, ისევ სახელმწიფოზე ჩამოეკიდება ან გალატაკდება“, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ კერძო დაზღვევის ლიმიტები არაკონკურენტუნარიანია და ვერ აკმაყოფილებს პაციენტთა რეალურ საჭიროებებს.

გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსების მხრივ, რესპონდენტთა პასუხები ადასტურებს, რომ კერძო დაზღვევის მოდელი ამ ნაწილშიც საჭიროებს გაუმჯობესებას. ხშირია ისეთი პასუხები, რომლებიც ხაზს უსვამს გეგმიური მკურნალობის დამატებითი თანადაფინანსების მოთხოვნას, რაც ნიშნავს, რომ ბენეფიციარებს უწევთ გარკვეული პროცენტის დამატებით გადახდა. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ „გეგმიურ ნაწილში, ხშირ შემთხვევაში უწევს, იყოს თანადაფინანსებელი“, რაც დამატებით ფინანსურ ტვირთს ქმნის, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც სისტემური მკურნალობა სჭირდება. რესპონდენტების ნაწილი მიიჩნევს, რომ გეგმიური მომსახურების ლიმიტები და დაფინანსების პირობები უნდა შეიცვალოს, რათა უფრო ფართო სპექტრის სერვისები გახდეს ხელმისაწვდომი.

გარდა ფინანსური ლიმიტების სიმცირისა, რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ არსებული სადაზღვევო პაკეტები ხშირად არაადეკვატურია იმ სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით, რაც პაციენტებისთვის აუცილებელია. სადაზღვევო პაკეტები ზოგჯერ არ ფარავს პრევენციულ და ქრონიკული დაავადებების მართვის სერვისებს, რაც, მათი აზრით, სერიოზული ხარვეზია. „ბენეფიციარის მიერ გადახდილი თანხის მნიშვნელოვანი ნაწილი უნდა დაიხარჯოს პრევენციაზე და ქრონიკული დაავადებების მენეჯმენტზე“ - აღნიშნა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა, რაც აჩვენებს, რომ პრევენციული სერვისები და ქრონიკული მდგომარეობების მართვა ნაკლებადაა გათვალისწინებული არსებულ სადაზღვევო პაკეტებში.

ამავე დროს, რესპონდენტებმა მიუთითეს, რომ ხშირ შემთხვევაში, კერძო დაზღვევის პირობებში დაფინანსებული სერვისები შეზღუდულია და დაფარვის შესაძლებლობები ლიმიტირებულია. მაგალითად, ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ „სადაზღვევო პაკეტების შიგთავსის გაზრდა აუცილებელია, რათა ბენეფიციარებმა მიიღონ საჭირო სერვისები“. ასეთი შეზღუდვები პაციენტებს აიძულებს, დამატებითი ფინანსური რესურსები მოძებნონ ან წვდომის გარეშე დარჩნენ სასურველ მკურნალობაზე. ეს ასევე ზრდის ფინანსური ტვირთის ალბათობას იმ ოჯახებისთვის, რომლებსაც პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების გამო, არ გააჩნიათ საკმარისი რესურსები.

აღსანიშნავია ისიც, რომ რამდენიმე რესპონდენტი მიუთითებს სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან მეტი მოქნილობისა და გამჭვირვალობის საჭიროებაზე. ისინი აცხადებენ, რომ სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული პაკეტები უნდა იყოს უკეთ მორგებული ბენეფიციარების რეალურ საჭიროებებზე, ხოლო სადაზღვევო პირობები უნდა იყოს გასაგები და პროგნოზირებადი. „სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან მეტი მოქნილობა და პაკეტების შიგთავსის გაზრდა აუცილებელია“ - აღნიშნა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა, რაც მიუთითებს იმას, რომ არსებული სადაზღვევო პირობები არ პასუხობს პაციენტების მოლოდინებს.

მოკლედ რომ შევაჯამოთ, კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული ჰოსპიტალური დაფინანსების სისტემა საჭიროებს მნიშვნელოვან რეფორმებს. უპირველესად საჭიროა ფინანსური ლიმიტების გადახედვა და თანადაფინანსების პირობების გამარტივება, რათა ბენეფიციარებს შეეძლოთ, უკეთ ისარგებლონ გეგმიური და ურგენტული მომსახურებით. ასევე აუცილე-

ბელია სადაზღვევო პაკეტების გაფართოება პრევენციულ და ქრონიკული დაავადებების მართვის სერვისების ჩასართავად, რაც შეამცირებს დაავადებათა გართულებას და შესაბამისად, ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას. საბოლოოდ, კვლევა მიუთითებს, რომ სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა შეიმუშაონ უფრო მოქნილი და ბენეფიციარების საჭიროებებზე მორგებული პირობები, რაც ხელს შეუწყობს უფრო ეფექტურ და ხელმისაწვდომ ჯანდაცვას.

6. მედიკამენტები

საქართველოში მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა და მათი დაფინანსების საკითხი ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე გამოწვევაა. არსებული მოდელები, განსაკუთრებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და კერძო დაზღვევა ხშირად ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის საჭიროებების სრულფასოვან დაკმაყოფილებას. ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის მედიკამენტების შეზღუდული დაფარვა და მაღალი ფასები ქმნის მნიშვნელოვან ბარიერებს, რაც საჭიროებს სისტემური მიდგომის გადახედვას. მედიკამენტების დაფინანსების გაუმჯობესება საქართველოში მოითხოვს პოლიტიკის ძირეულ რეფორმას, რომელიც მოიცავს მედიკამენტების კატალოგის გაფართოებას, ფასების რეგულირებას და ხარისხის კონტროლის მექანიზმების გაძლიერებას. კერძო დაზღვევის პირობებში უფრო მოქნილი და პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომების დანერგვა ხელს შეუწყობს სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას. სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის ეფექტიანი თანამშრომლობა და ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირების გაძლიერება უზრუნველყოფს მედიკამენტებზე წვდომის გამართლებას, რაც ჯანდაცვის სისტემის საერთო ეფექტიანობას გააუმჯობესებს.

6.1. მედიკამენტების დაფინანსების ადეკვატურობა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების დაფინანსების საკითხი ამბულატორიულ სექტორში კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება. კვლევის შედეგების მიხედვით ირკვევა, რომ არსებული სისტემა სრულყოფილად ვერ პასუხობს მოსახლეობის საჭიროებებს. პროგრამის ფარგლებში დაფინანსების ნაკლებობა, მედიკამენტების შეზღუდული ჩამონათვალის გამო, პაციენტებს ზღუდავს, რაც ხშირ შემთხვევაში არაკომფორტულ გარემოს უქმნის მათ და იწვევს თვითმკურნალობის მაღალი მაჩვენებლის დაფიქსირებას. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავეა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის, რომელთათვისაც საჭიროა რეგულარული და მრავალფეროვანი მედიკამენტური მხარდაჭერა.

გამოკითხული ექსპერტების ნაწილი მიიჩნევს, რომ დაფინანსების სისტემაში უნდა შეიცვალოს არსებული მიდგომები, რაც მოიცავს მედიკამენტების კატალოგის გაფართოებასა და ქრონიკული დაავადებების პრევენციისა და მკურნალობის ხარჯების დასაფინანსებლად საჭირო რესურსების დამატებას. ხშირ შემთხვევაში, პაციენტები იძულებულნი არიან, საკუთარი ხარჯებით შეიძინონ მედიკამენტები, რომლებიც სამედიცინო წესით საჭიროა მათი მკურნალობისთვის. ეს ტვირთავს მოქალაქეთა ფინანსურ მდგომარეობას და ამცირებს ჯანდაცვის მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობას.

მედიკამენტების დაფინანსების ადეკვატურობის საკითხში კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი არის ფინანსური ბარიერები, რომლებიც ფარმაცევტულ ბაზარზე შექმნილი. კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ საქართველოში ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებობს ოლიგოპოლიური ელემენტები, რაც მედიკამენტების ფასზე პირდაპირ გავლენას ახდენს. ასეთი ბაზარი ზღუდავს ჯანსაღ კონკურენციას და ამაღლებს ფასებს, რის შედეგადაც მოქალაქეები ვერ იღებენ დაბალ ფასებში საჭირო მედიკამენტებს. რესპონდენტების აზრით, აუცილებელია ბაზარზე მეტი რეგულაციის შემოღება, რომელიც უზრუნველყოფს მედიკამენტების ფასის გამჭვირვალობას და შეამციროს ფასებს ხელმისაწვდომი დონისკენ.

დაფინანსების სისტემის არასრულყოფილებას უკავშირდება ასევე მედიკამენტების ხარისხის კონტროლის საკითხი. კვლევის მონაწილეთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ მხოლოდ მედიკამენტების ფასზე დაფუძნებული სტრატეგია არ არის საკმარისი. საჭიროა, მეტი აქცენტი გაკეთდეს მედიკამენტების ხარისხსა და უსაფრთხოების გარანტიის მექანიზმებზე. ხარისხიანი და სანდო მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელოვანი ფაქტორს წარმოადგენს, ამიტომ გამოკითხულები აცხადებენ, რომ სახელმწიფო პროგრამა უნდა უზრუნველყოფდეს სანდო და მაღალი ხარისხის პრეპარატების ფართო ხელმისაწვდომობას.

მნიშვნელოვანია, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა აღნიშნავს ფარმაცევტულ ბაზარზე რეგულაციების გამკაცრების საჭიროებას, რათა შემცირდეს მედიკამენტების განუსაზღვრელი ფასის ზრდა და მათი ხარისხის კონტროლის დეფიციტი. მათი აზრით, ეს პროცესი ასევე მოითხოვს სახელმწიფოს მიერ მკაცრ მონიტორინგს, რომელიც დააზღვევს ბაზარზე არსებული არაკანონიერი სქემების აღმოფხვრას და პაციენტებისთვის სანდო პრეპარატების მიწოდებას. გარდა ამისა, პაციენტების სამედიცინო კონსულტაციების გარეშე მიღებული მედიკამენტები ზრდის თვითმკურნალობას, რაც ხელს უწყობს ჯანმრთელობის გაუარესებას და ხარჯების ზრდას ჯანდაცვის სექტორში.

გარდა ამისა, კვლევაში აღნიშნულია, რომ მედიკამენტების დაფინანსების გაუმჯობესებისთვის მნიშვნელოვანია სისტემაში შესწორებების განხორციელება, რომელიც მოიცავს მედიკამენტების შერჩევისა და განაწილების უფრო მოქნილ მექანიზმებს. კერძოდ, უნდა გაუმჯობესდეს მედიკამენტების მიწოდების სისტემის გამჭვირვალობა, რაც უზრუნველყოფს იმას, რომ ყველა მოქალაქემ თანაბრად მიიღოს საჭირო სერვისი.

საერთო ჯამში, საქართველოში მედიკამენტების დაფინანსება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში კვლავ გამომწვევად რჩება. აუცილებელია სისტემის მოდერნიზაცია, ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტების ხარისხისა და ფასების რეგულაცია, ფარმაცევტული ბაზრის ოლიგოპოლიური ელემენტების დანგრევა, მედიკამენტების კატალოგის გაფართოება და მედიკამენტების ხარისხის უზრუნველყოფის დამატებითი მექანიზმების შექმნა. ეს ცვლილებები ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდას, ფინანსური ტვირთის შემცირებას და მოსახლეობის ჯანმრთელობის უკეთესად დაცვას.

6.2. მედიკამენტების დაფინანსების ადეკვატურობა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში

გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ კერძო დაზღვევაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში მედიკამენტების დაფინანსება ამბულატორიაში მრავალ ასპექტში გაუმჯობესებას საჭიროებს. რესპონ-

დენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი აღნიშნავს, რომ დაფინანსება ზოგადად ნაწილობრივ ადეკვატურია და მისი გაუმჯობესება მრავალი მიმართულებით არის შესაძლებელი.

ერთი მხრივ, რესპონდენტთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ კერძო დაზღვევა მეტ-ნაკლებად უკეთ ასრულებს თავის ფუნქციას, საჭარო მოდელთან შედარებით, თუმცა გამოწვევები მაინც რჩება. ზოგიერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ „ამ სეგმენტში კერძო სადაზღვევო სექტორს უკეთესი გამოცდილება აქვს“, თუმცა, ლიმიტები მნიშვნელოვან დაბრკოლებად რჩება, რაც ზღუდავს მედიკამენტების ანაზღაურების ეფექტიანობას.

გამოკითხვის შედეგების მიხედვით, ხშირად გამოვლინდა ლიმიტების საკითხი. კერძოდ, დაზღვევა უნდა იყოს ფინანსური რისკების შესამცირებლად და არა მცირე დანახარჯების დასაფარად. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა: „დაზღვევა უნდა აფინანსებდეს ფინანსურ რისკს, ანუ რაღაც ზღვრული დანახარჯის შემთხვევაში, ხოლო ზღვრულ დანახარჯამდე ადამიანი თავად უნდა ფარავდეს ხარჯებს“. ეს მიდგომა ცხადყოფს, რომ არსებული ლიმიტები არ შეესაბამება ბენეფიციარების საჭიროებებს, რაც კიდევ უფრო ართულებს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას.

გარდა ამისა, კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელიც რესპონდენტებმა აღნიშნეს, არის ფარმაცევტული ბაზრის ოლიგოპოლია, რაც ზღუდავს მედიკამენტების არჩევანსა და ამაღლებს ფასებს. ერთ-ერთი რესპონდენტი ხაზს უსვამს, რომ „ოლიგოპოლია ფარმაცევტულ ბაზარზე ხელს უშლის დაზღვევის მოდელის ეფექტიანობას“, რაც საბოლოო ჯამში აისახება ბენეფიციარებზე და აფერხებს მათ ხელმისაწვდომობას. მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასევე დაზღვევის პაკეტის ღირებულება და შიგთავსი. კერძოდ, რესპონდენტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ ანაზღაურების ადეკვატურობა დიდწილად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ღირებულებისაა სადაზღვევო პაკეტი. უფრო მაღალი ღირებულების პაკეტები მეტი დაფარვას უზრუნველყოფს, თუმცა დაბალი ღირებულების პაკეტები მხოლოდ შემზღვევლ მხარდაჭერას უზრუნველყოფს. ეს კვლავ ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ კერძო დაზღვევის მოდელის ფარგლებში დაფინანსების ეფექტურობა მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული.

საბოლოოდ, კვლევა ცხადყოფს, რომ მედიკამენტების დაფინანსების გაუმჯობესებისთვის აუცილებელია ზღვრული ლიმიტების გაზრდა და დაფარვის პირობების გაუმჯობესება, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც ხშირად სჭირდება მედიკამენტები ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

ფოკუს-ჯგუფების მონაწილეები პრაქტიკულად ერთხმად აღიარებენ იმას, რომ ამა თუ იმ მიზეზით განპირობებული მედიკამენტური მკურნალობის არაადეკვატურობა, მათი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი დღემდე გადაუჭრელი პრობლემაა. ამ მიზეზთა შორის დასახელებულ იქნა: მაღალი ფასები; პროგრამებში თუ სადაზღვევო პაკეტებში მათი არასათანადო რაოდენობა ან/და არარსებობა; ხარისხი; კონტროლი; გარიგებები; დეფიციტი და სხვა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მომხმარებლები განსაკუთრებით შეწუხებულნი არიან ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო საშუალებების სიმწირით და დაბალი არჩევანით ან სულაც მათი არარსებობით. ამ კუთხით, ეს პრობლემა კერძო სამედიცინო დაზღვევის მოდელში ბევრად ნაკლები სიმწვავისაა. თუმცა, აქაც თავს იჩენს ისეთი პრობლემები, როგორცაა მედიკამენტებზე დანახარჯის ლიმიტები და შესაბამისად, თანაგადახდის მაღალი წილი.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„არ ვარ პენსიონერი და არც სოციალურად დაუცველი, ამიტომაც არააირ ჩემთვის საჭირო მედიკამენტს საყოველთაო არ მინაზღაურებს. მუნიციპალიტეტს აქვს სოციალური პროგრამა, რომელიც წელიწადში სადაც 100 ლარის მედიკამენტებს ფარავს, თუმცა, ჩამონათვალში ჩემთვის საჭირო არააფერია“.

„ყველამ კარგად იცის, რომ ექიმებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის დამკვიდრებულია 10%-იანი „ატკატის“ გამოცდილება“.

„ფაქტია, რომ ვერც ერთმა ხელისუფლებამ არ შეასრულა ადგილობრივი ბოლოა მწარმოებლის კანონის ფარგლებში მოქცევა... ამის გარეშე წამლების პრობლემა ვერ მოგვარდება“.

„მე მაქვს დაავადებები, რომელიც მავალდებულებს, მუდმივად ვსვა წამლები. იტალიაში დანიშნული წამლების 2 თვის მარაგი ჩამოვიტანე, რადგან მეშინოდა, რომ თბილისში ვერ ვიმოვიდი ამ წამლებს. პრობლემა ისევ იტალიელმა ექიმმა

მომიგვარა - მე გადავეცი წამლების ანალოგების ჩამონათვალი, რაც აქ იყიდება და მან მითხრა, თუ რომელი წამალი რომლით უნდა ჩამენაცვლებინა. მე ვფიქრობ, წამლები მაინც უნდა იყოს უფასო. აღმომაჩნდა დიაბეტი და მივმართე კერძო კლინიკას კვლევებისთვის, საყოველთაო არ ამინაზღაურა და მაგიტომ. მგონი, ეს საკითხი გამოსასწორებელია. კომპეტენციაც დაბალია, ისევე ჩემი იტალიელი ექიმი მართავს ჩემს ჯანმრთელობას დისტანციურად“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლეთა პოზიციები:

„მაქვს მოციმციმე არითმიის ისეთი ფორმა, რომლის გართულების პროფილაქტიკისთვის რეგულარულად უნდა მივიღო „ელიქუიზი“. მისი პრაქტიკულად ერთადერთი შემცვლელის („ქსალერტო“) მიღება ჩემთვის უკუნაჩვენებია. „ელიქუიზი“ უკვე რამდენიმე თვეა, ქსელებში არ არის... სამაგიეროდ, მისი შეძენა უკვე შესაძლებელია გაცოცხლებულ „შავ ბაზარზე“. ჩემნაირი პაციენტი საქართველოში ცოტა არაა“.

„შქონდა შემთხვევა, როდესაც საჭირო მედიკამენტზე სადაზღვევოდან მომივიდა უარი. მას შემდეგ ვცდილობ, მოვძებნო ისეთი, რომელიც რეგისტრირებულია.... რეგისტრირებული შემცვლელი არ არის“.

7. მოსაზრებები ჯანდაცვის სისტემის მოდელების განვითარების შესახებ

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარება მოითხოვს ძირეულ ცვლილებებს, რომლებიც უზრუნველყოფს, როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის, ისე კერძო დაზღვევის მოდელების ეფექტიანობას. სისტემის არსებული გამოწვევები, მათ შორის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და ფინანსური მდგრადობა საჭიროებს ინტეგრირებულ მიდგომას. ეს ქვეთავი განიხილავს ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითად მიმართულებებს, რაც მიზნად ისახავს სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანამშრომლობის გაღრმავებას, სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას და მდგრადი დაფინანსების მოდელის ჩამოყალიბებას. ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის აუცილებელია პოლიტიკის სტრატეგიული ცვლილებები, რომლებიც უზრუნველყოფს თანაბარ და ხარისხიან სერვისებზე ხელმისაწვდომობას. კერძო დაზღვევის და საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელების როლის ეფექტიანი შერწყმა ხელს შეუწყობს სისტემის მდგრადობასა და კონკურენტუნარიანობას. ამის მისაღწევად საჭიროა სერვისების ხარისხის მუდმივი მონიტორინგი, მოქალაქეთა ინფორმირებულობის ამაღლება და სახელმწიფო და კერძო სექტორების მჭიდრო თანამშრომლობა, რაც უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის უფრო სამართლიან და ეფექტურ ფუნქციონირებას.

7.1. საქართველოს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პოლიტიკის აუცილებლობის საკითხი

გამოკითხვის შედეგების ანალიზის მიხედვით, სადაც ყველა მონაწილე ერთხმად პასუხობს, რომ საქართველოს სახელმწიფოს აუცილებლად უნდა ჰქონდეს კარგად გააზრებული და გრძელვადიანი ჯანდაცვითი პოლიტიკა,

ნათლად გამოიკვეთა ექსპერტების კონსენსუსი ამ საკითხის ირგვლივ. ასეთი ერთსულოვანი პოზიცია ხაზს უსვამს ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ჩართულობის კრიტიკულ აუცილებლობას და მიუთითებს პოლიტიკისადმი მაღალი მოლოდინების არსებობაზე.

ეს მონაცემები მიუთითებს, რომ ექსპერტთა საზოგადოებაში ფართოდ აღიარებულია სახელმწიფოს როლი მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვასა და სერვისების ორგანიზებაში. ამ ერთსულოვანი მხარდაჭერის ფონზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჯანდაცვითი პოლიტიკის არსებობა და მისი სწორად ფუნქციონირება აღიქმება, როგორც ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი სოციალური კეთილ-

დღეობის უზრუნველყოფისთვის. ამავე დროს, ასეთი თანხმობა მიანიშნებს, რომ ექსპერტები სახელმწიფო პოლიტიკას განიხილავენ, როგორც სისტემურ ინსტრუმენტს, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებების თანაბრად ხელმისაწვდომობას და ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ექსპერტთა ერთსულოვნება შეიძლება აიხსნას იმითაც, რომ გლობალური ტენდენციები ჯანდაცვაში უპირატესობას ანიჭებს სახელმწიფო პოლიტიკების არსებობას, რაც მიზნად ისახავს ჯანმრთელობის ინდიკატორების გაუმჯობესებას და ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფას ყველა სოციალური ჯგუფისთვის. ეს ერთსულოვანი პასუხი მიუთითებს იმაზე, რომ ექსპერტები მხარს უჭერენ სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პროცესში.

ამგვარი შედეგები მიანიშნებს ჯანდაცვის სფეროში უფრო მკვეთრი, ორგანიზებული და შედეგზე ორიენტირებული სახელმწიფო პოლიტიკის საჭიროებაზე. ის, რომ ყველა მონაწილე ემხრობა სახელმწიფოს ჩართულობას, ნიშნავს იმას, რომ ქვეყანაში არსებული გამოწვევების გადასაჭრელად აუცილებელია პოლიტიკის ეფექტური იმპლემენტაცია. ეს ასევე ამყარებს არგუმენტს, რომ სახელმწიფოს ჩართულობა საჭიროა არა მხოლოდ სერვისების მიწოდების გაუმჯობესებისთვის, არამედ მთელი ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობისა და განვითარების უზრუნველსაყოფად.

დასასრულს, აღნიშნული ერთსულოვანი მხარდაჭერა ხაზს უსვამს, რომ ჯანდაცვითი პოლიტიკის არარსებობამ ან მისმა არასათანადო განვითარებამ შეიძლება სერიოზული პრობლემები გამოიწვიოს ქვეყნის მასშტაბით. ექსპერტები ითხოვენ სახელმწიფო პოლიტიკის არა მხოლოდ არსებობას, არამედ მის გამჭვირვალობას, თანმიმდევრულობას და ეფექტურობას, რაც საბოლოო ჯამში ხელს შეუწყობს საზოგადოებრივი კეთილდღეობის გაუმჯობესებას.

7.2. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პოლიტიკის ძირითადი ამოცანები

გამოკითხვის შედეგები ასახავს ექსპერტთა ხედვას საქართველოს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანების შესახებ, სადაც მრავალმხრივად გამოიკვეთა არსებულ საჭიროებებსა და გამოწვევებზე ორიენტირებული პრიორიტეტები. ყველა მონაწილე ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ ჯანდაცვითი პოლიტიკა უნდა იყოს მრავალფეროვანი და სისტემური, უზრუნველყოფდეს თანაბარ ხელმისაწვდომობას, პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერებას და სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ განვითარებას.

გამოკითხვის მთავარი აქცენტი გაკეთდა ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე. ექსპერტთა დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ აუცილებელია, ჯანდაცვის სისტემამ უზრუნველყოს მოქალაქეებისთვის, როგორც ფინანსური, ისე გეოგრაფიული და კვალიფიციური სერვისების ხელმისაწვდომობა. ამავე დროს მნიშვნელოვანია, რომ კლინიკების საქმიანობაზე სახელმწიფომ გააძლიეროს ზედამხედველობა, რათა სერვისები იყოს ხარისხიანი და გამჭვირვალე.

პრევენციული მედიცინის განვითარების მნიშვნელობა გამოკითხვის ერთ-ერთი ცენტრალური თემაა. მონაწილეები ხაზს უსვამენ პრევენციისა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ზრდის აუცილებლობას, რაც პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის შემცირებას და რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას შეუწყობს ხელს. დამატებით, სახელმწიფო პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას, რაც შეიძლება განხორციელდეს ფასების რეგულაციითა და ფინანსური სუბსიდირების პროგრამებით.

ჯანდაცვის სისტემის გამართული ფუნქციონირება ასევე მოითხოვს სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების მხარდაჭერას. განათლების და კვალიფიკაციის მუდმივი ამაღლება მნიშვნელოვანია, რათა ექიმებმა და ექთნებმა შეძლონ თანამედროვე, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომების დანერგვა და ხარისხიანი მომსახურების განწევა. ამასთან, ექსპერტები განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობენ პაციენტებისა და ექიმების უფლებების დაცვას, რაც სისტემის ეფექტური და სამართლიანი ფუნქციონირებისთვის გადამწყვეტია.

განხილული იქნა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მნიშვნელობაც, რადგან ის მოქალაქეებისთვის სერვისებზე სანჯის წვდომად რჩება. რეგიონული მომსახურებების ხელმისაწვდომობის ზრდა და გეოგრაფიული ბარიერების აღმოფხვრა ერთ-ერთი უმთავრესი გამოწვევაა. ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანია ევროკავშირის სტანდარტებთან შესაბამისი პოლიტიკის შემუშავება და განხორციელება, რაც ხელს შეუწყობს უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპების დამკვიდრებას.

დასასრულს, გამოკითხვის მონაცემებიდან ჩანს, რომ სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს გრძელვადიანი და მორგებული მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის საჭიროებებზე. ჯანმრთელობის ინდიკატორების გაუმჯობესება, სულიერი და ფიზიკური კეთილდღეობის მხარდაჭერა, ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და შობადობის ხელშეწყობა პოლიტიკის მნიშვნელოვანი კომპონენტებია. სახელმწიფო უნდა უზრუნველყოფდეს გამჭვირვალე და ანგარიშვალდებულ სისტემას, სადაც სამედიცინო გადამწყვეტილებები ფინანსური ინტერესებისგან გამიჯნულია, რაც სისტემის მდგრადობას გააძლიერებს.

ეს ანალიზი ნათლად აჩვენებს, რომ საქართველოს ჯანდაცვითი პოლიტიკის ამოცანები მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას, რომელიც ერთდროულად მოიცავს პრევენციას, უწყვეტ განვითარებას, ფინანსურ ხელმისაწვდომობას და მაღალი ხარისხის სერვისების მიწოდებას. ამის მისაღწევად საჭიროა არა მხოლოდ რეგულაციების გაუმჯობესება და ინფრასტრუქტურის განვითარება, არამედ მოქალაქეთა აქტიური ჩართულობაც პოლიტიკის ფორმირების პროცესში.

7.3. შემოთავაზებები საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის გაუმჯობესებისთვის

ექსპერტების მიერ წარმოდგენილი რეკომენდაციები ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისთვის მოიცავს, როგორც სტრატეგიულ, ასევე ოპერატიულ ცვლილებებს. მათი მოსაზრებები მიმართულია ისეთი მოდელის განვითარებაზე, რომელიც ხელს შეუწყობს ეფექტურობას, ხარისხის გაუმჯობესებას და სერვისების უფრო თანაბარ ხელმისაწვდომობას.

სტრატეგიულ დონეზე ექსპერტები გვთავაზობენ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებასა და ამ სფეროში სწრაფი ცვლილებების იმპლემენტაციას. ასევე აუცილებელია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მეტი აქცენტი გაკეთდეს პრევენციულ ღონისძიებებზე, რაც შეამცირებს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას და გააუმჯობესებს ჯანდაცვის ინდიკატორებს.

პროგრამის დაფინანსების მოდელი საჭიროებს ძირეულ ცვლილებას. ექსპერტების შეთავაზებაა სელექციური კონტრაქტირების დანერგვა და პროგრამაში მხოლოდ იმ კლინიკები ჩართვა, რომლებიც შეესაბამებიან თანამედროვე სტანდარტებს. ასევე, რეკომენდებულია ფარმაცევტულ სექტორში კონკურენციის გაზრდა და მედიკამენტების უფრო ფართო ხელმისაწვდომობა.

მნიშვნელოვანი რეკომენდაციაა სოციალური დაზღვევის მოდელის და საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელის შერევის გზით მოქნილი დაფინანსების სისტემის შექმნა. გარდა ამისა, ექსპერტები აფასებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიების ჩართულობის მნიშვნელობას, რაც საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს, აიღოს მძიმე სამედიცინო შემთხვევების დაფინანსება, ხოლო ნაკლებად მონყვლადი ჯგუფები თავად შეძლებენ კერძო დაზღვევის მართვას.

ოპერატიულ დონეზე საჭიროა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის მონიტორინგის გაძლიერება, რაც მოიცავს თანამედროვე საინფორმაციო სისტემების დანერგვას. ასევე მნიშვნელოვანია კლინიკების ლიცენზირების გამკაცრება და სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა.

მთავრობისა და საზოგადოებას შორის მეტი კომუნიკაციის უზრუნველყოფაც ერთ-ერთი პრიორიტეტია, რათა მოქალაქეებს ჰქონდეთ უფრო მკაფიო ინფორმაცია პროგრამის შესახებ. ასევე საჭიროა გრძელვადიანი სტრატეგიის შემუშავება, რომელიც გათვალისწინებულ იქნება სამოქმედო გეგმებში და უზრუნველყოფს გამჭვირვალობას და სტაბილურობას.

ამ ცვლილებების მიზანია, საქართველომ მიიღოს უკეთესი ორგანიზებული, ეფექტური და მდგრადი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც პასუხობს მოსახლეობის საჭიროებებს და უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის მომსახურებას.

7.4. უნივერსალური და დიფერენცირებული ჯანდაცვის მოდელების საჭიროება და მათი განხორციელების ხედვები

გამოკითხვის შედეგები ცხადყოფს, რომ ექსპერტებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებული მოსაზრებებია ჯანდაცვის სახელმწიფო მოდელის შესახებ, რომელიც მიზნად ისახავს სამედიცინო სერვისების საბაზისო/ უნივერსალური პაკეტის არსებობას ყველა სოციალური ჯგუფისთვის. რესპონდენტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს მინიმალური/უნივერსალური პაკეტი, რომელიც დაფარავს სამედიცინო სერვისებს ყველაზე ღარიბი ოჯახიდან დაწყებული ყველაზე მდიდრამდე. მათი არგუმენტი მდგომარეობს იმაში, რომ როცა მოქალაქე კარგავს კერძო დაზღვევას ან მის ხელმისაწვდომობას, სახელმწიფოს მიერ მინიმალური მხარდაჭერა აუცილებელია, რათა სოციალური დაცვა და სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობა არ დაიკარგოს. ამის საფუძველზე ისინი მიიჩნევენ, რომ სოციალური ჯანდაცვის პაკეტი სახელმწიფოს მხრიდან უნდა იყოს მტკიცედ მხარდაჭერილი.

ამასთან, გარკვეული ნაწილი ფიქრობს, რომ საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირებს აქვთ შესაძლებლობა, კერძო დაზღვევა შეიძინონ, შესაბამისად, სახელმწიფომ შეზღუდული რესურსები დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებზე უნდა მიმართოს. ამ ჯგუფის მოსაზრება იმაში მდგომარეობს, რომ, თუ მაღალი შემოსავლის მქონე პირებსაც სახელმწიფოს დახმარებით მივანვდით ჯანდაცვის სერვისებს, ეს შეზღუდული ბიუჯეტური რესურსების არასრულად და უსამართლოდ გამოყენებას გამოიწვევს, რადგან საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს აქვთ მეტი ფინანსური დამოუკიდებლობა და შესაძლებლობა, ჯანდაცვითი ხარჯები თავად დაფარონ.

კითხვაზე, უნდა გავრცელდეს თუ არა მინიმალური/უნივერსალური პაკეტი ყველა მოქალაქეზე, პასუხები განსხვავებულია. ერთნი ფიქრობენ, რომ ეს აუცილებელია, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვითი

პაკეტი ხელი შეუწყობს სოციალურ თანასწორობას და უზრუნველყოფს იმას, რომ ყველა მოქალაქე თანაბრად მიიღებს მინიმალურ სამედიცინო სერვისებს, რაც, მათი აზრით, დემოკრატიული და თანასწორი საზოგადოების საფუძველია. ამ ჯგუფში ზოგი აღნიშნავს, რომ განსხვავებული სოციალური ჯგუფებისთვის დიფერენცირებული სერვისები ქმნის დისკრიმინაციულ მიდგომას და უსამართლობას, სადაც მხოლოდ დაბალი შემოსავლის მქონე პირები იღებენ სრულყოფილ სამედიცინო სერვისებს, ხოლო საშუალო შემოსავლის მქონე ოჯახები, რომლებიც საკუთარ ხარჯებს ვერ ფარავენ, კვლავ დაუცველნი რჩებიან.

მეორე მხრივ, არიან ისეთებიც, ვინც არ იზიარებენ ამ მიდგომას და მიიჩნევენ, რომ მინიმალური/უნივერსალური პაკეტი მხოლოდ იმ მოქალაქეებისთვის უნდა იყოს, რომლებსაც არ აქვთ საკმარისი ფინანსური შესაძლებლობა კერძო დაზღვევის შესაძენად. მათი აზრით, სახელმწიფო რესურსები მხოლოდ მათზე უნდა გადანაწილდეს, ვისაც ეს მართლაც ესაჭიროება, ხოლო შეძლებული მოქალაქეებისთვის ამგვარი დახმარება ზედმეტია. მაგალითად, ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ „მაღალი შემოსავლის მოქალაქეებზე შეზღუდული რესურსების დახარჯვა უსამართლო იქნება“, რადგან ისინი თავად შეძლებენ საკუთარი სამედიცინო ხარჯების დაფარვას.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მოსაზრება უკავშირდება კერძო დაზღვევის როლს და სახელმწიფოს მიერ მინიმალური პაკეტის დანერგვას. ზოგიერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ჯანდაცვითი სისტემის „საყოველთაობა“ წინააღმდეგობაში მოდის დიფერენცირებულ მიდგომასთან, რადგან ეს ცნება თვითონ გულისხმობს სერვისების თანაბრად მიწოდებას. მათი აზრით, ჯანდაცვის მოდელი უნდა იყოს უფრო გამჭვირვალე და ადვილად აღქმადი, რათა საზოგადოებაში უკეთ გასაგები იყოს, თუ ვის რა სერვისები ეკუთვნის.

ამგვარად, პასუხებიდან ჩანს, რომ საზოგადოების ნაწილი მხარს უჭერს უნივერსალური, მინიმალური პაკეტის მოდელის არსებობას, რათა ყველა მოქალაქემ, მიუხედავად შემოსავლებისა, მიიღოს მინიმალური სამედიცინო სერვისები, ხოლო ნაწილი ფიქრობს, რომ ბიუჯეტი უნდა კონცენტრირდეს მხოლოდ დაბალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეებზე, რათა რესურსები მაქსიმალურად ეფექტურად დაიხარჯოს.

7.5. ჯანდაცვითი და სოციალური პოლიტიკის გამიჯვნის აუცილებლობა და მის შესახებ ხედვები

გამოკითხვის შედეგების მიხედვით, ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის გამიჯვნის საკითხი საკმაოდ მრავალფეროვან მოსაზრებებს აჩენს, რაც ამ საკითხის კომპლექსურობას უსვამს ხაზს. რესპონდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკამ მკაფიოდ უნდა განსაზღვროს ის მინიმალური მომსახურებები, რომლებიც ყველა მოქალაქისთვის თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ეს მიდგომა, მათი აზრით, ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებას და უზრუნველყოფს თანასწორობას, მიუხედავად მოქალაქის სოციალური სტატუსისა ან შემოსავლების დონისა. რესპონდენტები ამ იდეას გამჭვირვალე და თანასწორობის ხელშემწყობ ნაბიჯად აღიქვამენ.

ფოკუს-ჯგუფებზე გამოთქმული მოსაზრებები

რესპონდენტები მხარს უჭერენ მინიმალური/უნივერსალური სავალდებულო ჯანდაცვის პაკეტის შემოღებას ყველასთვის. ეს მიგნება მიუთითებს იმაზე, რომ მოსახლეობა აცნობიერებს უნივერსალური ჯანდაცვის მნიშვნელობას. მინიმალური სავალდებულო პაკეტი უზრუნველყოფდა ყველა მოქალაქის ძირითად სამედიცინო საჭიროებებს და შეამცირებდა უთანასწორობას ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაში. თუმცა, ასეთი სისტემის დანერგვა მოითხოვს მნიშვნელოვან ფინანსურ რესურსებს და პოლიტიკურ ნებას. საჭიროა დეტალური ანალიზი იმის დასადგენად, თუ რა უნდა შედიოდეს ამ მინიმალურ პაკეტში და როგორ უნდა დაფინანსდეს ის.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მომხმარებელთა პოზიციები:

“მე მგონია, უნდა არსებობდეს უნივერსალური პაკეტი და განსხვავებები უნდა იყოს სოციალურად დაუცველებისთვის, მაგრამ არ უნდა დავტოვოთ სხვა კატეგორიები, მაგალითად, ახალგაზრდა და საშუალო ასაკი. ყველასთვის უნდა იყოს დაცული ჯანდაცვის უფლება”.

„ვიცი დანამდვილებით, რომ ევროპის ბევრ ქვეყანაში ფართოდაა დანერგილი მთელი მოსახლეობის მინიმალურ აუცილებლობაზე მორგებული სერვისების კალათები. სოციალურად შეჭირვებული პირებისთვის დამატებითი დახმარების შესავსებად მუშაობენ მრავალფეროვანი ფონდები“.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის მომხმარებელთა პოზიციები:

„უნივერსალური პაკეტი ყველასათვის ძალიან ძვირი და შესაბამისად ძნელად ასანწვი ხომ არ იქნება?“.

„ეს რთული საკითხია. თუმცა, ჩემი აზრით, მხოლოდ სახელმწიფო არ უნდა მონაწილეობდეს ამაში, რაღაც შერეული უნდა იყოს, ალბათ. საყოველთაოდ მინიმალური პაკეტის არსებობა კარგად ჟღერს, თუმცა, ამის საექსპერტო ცოდნაა საჭირო“.

“ჩემი აზრით, შერეული უნდა იყოს, მხოლოდ სახელმწიფო არ უნდა იყოს, ყველა უნდა იყოს ჩართული ჯანდაცვაში“.

ზოგიერთი მოსაზრებით, ჯანდაცვის პოლიტიკის გამიჯვნა სოციალური პოლიტიკისგან ხელს შეუწყობს ამ ორ სფეროში დაფინანსებისა და რესურსების ოპტიმიზაციას, რადგან სახელმწიფო რესურსები უფრო მიზნობრივად და ეფექტიანად დაიხარჯება. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანია მოქალაქეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, რაც მოითხოვს ჯანმრთელობის სისტემის მდგრადობასა და სტაბილურ დაფინანსებას. სოციალური პოლიტიკა, მათი აზრით, უნდა ფოკუსირდეს ფინანსური მხარდაჭერისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე იმ ჯგუფებისთვის, რომლებიც დამატებით დახმარებას საჭიროებენ და შექმნას მდგრადი ბალანსი სახელმწიფოსა და მოქალაქეებს შორის.

ამასთან, არსებობს განსხვავებული აზრიც. რესპონდენტთა ნაწილი ფიქრობს, რომ ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირი უფრო შესაფერისი მოდელი იქნება ისეთი ქვეყნისთვის, როგორც საქართველოა. მათი თქმით, ქვეყნის ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ჯანდაცვა და სოციალური დაცვა ერთიანი პოლიტიკის ქოლგის ქვეშ უნდა დარჩეს. ასეთი მიდგომა, მათი აზრით, საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს, უფრო მოქნილად უპასუხოს მოსახლეობის საჭიროებებს და უფრო ეფექტიანად გაანაწილოს შეზღუდული რესურსები.

ამავე დროს, გარკვეული ნაწილს მიაჩნია, რომ სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისთვის დიფერენცირებული მიდგომის გამოყენება აუცილებელია, რადგან სხვადასხვა შემოსავლების მქონე ჯგუფებს განსხვავებული საჭიროებები აქვთ. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ, მაგალითად, მაღალშემოსავლიან მოქალაქეებს სახელმწიფოსგან დახმარების ნაკლები საჭიროება აქვთ და შეუძლიათ დამოუკიდებლად დააფინანსონ საკუთარი ჯანმრთელობის ხარჯები. ამ ჯგუფს მიაჩნია, რომ სოციალურად დაუცველ ჯგუფებზე სახელმწიფო რესურსები უფრო მეტად უნდა იყოს კონცენტრირებული, რათა მათ ჯანმრთელობის დაცვის მინიმალური სტანდარტი უზრუნველყოფილი ჰქონდეთ.

ასევე გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ საქართველოს მსგავსი ქვეყნები, სადაც ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემები ჯერ კიდევ განვითარების პროცესშია, ვერ მოახდენენ ამ პოლიტიკების სრულად გამიჯვნას, რადგან ამან შესაძლოა გაართულოს დახმარების სისტემა და გამოიწვიოს მოსახლეობის დაბნეულობა იმასთან დაკავშირებით, თუ რას აფინანსებს სახელმწიფო. ამ რესპონდენტთა აზრით,

საჭიროა ჯანდაცვითი და სოციალური პოლიტიკის ჰარმონიული შერწყმა, რომელიც მოქნილობის საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს და უფრო ეფექტიანად უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანდაცვისა და სოციალურ საჭიროებებს.

მოსაზრებების ამ მრავალფეროვნების ფონზე ნათელია, რომ ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის გამიჯვნის ან შერწყმის გადანყვეტილება უნდა ეფუძნებოდეს ფართო საზოგადოებრივ და პოლიტიკურ კონსენსუსს. აუცილებელია, რომ თითოეული გადანყვეტილება დაყრდნობილი იყოს ქვეყანაში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური პირობების რეალურ ანალიზზე და მიზნად ისახავდეს მოსახლეობის საერთო კეთილდღეობის ზრდას.

7.6. საბაზისო-უნივერსალური პაკეტის დაფინანსების შესაძლო წყაროები

ექსპერტთა გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ საზოგადოებაში მრავალფეროვანი შეხედულებებია იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა დაფინანსდეს საბაზისო-უნივერსალური ჯანდაცვის პაკეტი, რომელიც მოიცავს ყველა სოციალურ ჯგუფს. ეს განსხვავებული მიდგომები და მოსაზრებები ხაზს უსვამს სახელმწიფოსა და მოქალაქეებს შორის პასუხისმგებლობის გადანაწილების საკითხს. თავაზობთ ანალიზს, რომელიც დაფუძნებულია რესპონდენტთა პასუხებზე.

პირველ რიგში, ბიუჯეტის საერთო შემოსავლებით დაფინანსების მომხრეები მიიჩნევენ, რომ ეს არის ყველაზე პირდაპირი და გამჭვირვალე გზა, რომელიც საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს, უზრუნველყოს თანასწორობა ყველა მოქალაქისთვის. ასეთი მიდგომის მხარდამჭერებს სჯერათ, რომ ეს მოდელი დაიცავს მოქალაქეებს არაპროგნოზირებადი ხარჯებისგან და განსაკუთრებით ხელმისაწვდომს გახდის ჯანდაცვის სერვისებს დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებისთვის. მათი აზრით, საერთო ბიუჯეტიდან დაფინანსება საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს, მოიპოვოს მეტი რესურსი ჯანდაცვის სფეროსთვის და უკეთ მართოს ეს რესურსები ისე, რომ დაფინანსების ტვირთი თანაბრად გადანაწილდეს მოქალაქეებზე.

მეორე მნიშვნელოვან მიმართულებად გამოიკვეთა ახალი სოციალური გადასახადის შემოღების ინიციატივა, რომლის აკუმულირება მოხდება სახელმწიფოს მიერ შექმნილ ფონდში. ეს მოდელი უფრო მეტად მიმართულია სტაბილური ფინანსური წყაროს უზრუნველყოფისკენ, რომელიც გამოიყენება პირდაპირ ჯანდაცვის სისტემისთვის და არა სხვა სახელმწიფო სფეროებისთვის. ახალი გადასახადის მხარდამჭერები ამბობენ, რომ ასეთი მექანიზმი მდგრადი ფინანსური მოდელის შექმნას შეუწყობს ხელს, რაც უზრუნველყოფს სისტემის დაცვას ეკონომიკური რყევებისგან. მათთვის, ვისაც ეს მოდელი მოსწონს, მნიშვნელოვანია, რომ ეს გადასახადი იყოს სოციალურად მართებული ისე, რომ უფრო მაღალი შემოსავლის მქონე პირებს მეტი ფინანსური ტვირთი დაეკისროთ, ხოლო მონყვლადი ჯგუფებისთვის გადახდები შემსუბუქდეს.

მესამე მოსაზრება უკავშირდება სადაზღვევო მოდელზე დაფუძნებული დაფინანსების სისტემის დანერგვას, რომელიც მოიცავს სადაზღვევო შენატანს (პრემიას). ეს მიდგომა ინოვაციური გზით აერთიანებს სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის ძალებს, რაც შეიძლება განსაკუთრებით ეფექტიანი იყოს ქვეყანაში, სადაც კერძო სადაზღვევო სისტემები გარკვეულწილად უკვე განვითარებულია. ამ მიდგომის მომხრეები ფიქრობენ, რომ კერძო დაზღვევის ჩართულობა მოქნილობას შესძენს სისტემას და თითოეულ მოქალაქეს მისცემს შესაძლებლობას, თავად აირჩიოს სადაზღვევო პაკეტი, თავისი საჭიროებებიდან გამომდინარე. ისინი ხაზს უსვამენ, რომ ამ შემთხვევაში სახელმწიფომ მონყვლადი

ჯგუფების სადაზღვევო შენატანები საკუთარ თავზე უნდა აილოს, ხოლო მაღალშემოსავლიან მოქალაქეებს დამატებითი ვალდებულებები უნდა დაეკისროთ, რაც მათგან უფრო აქტიურ ფინანსურ მონაწილეობას მოითხოვს.

შესამჩნევი მხარდაჭერა აქვს ასევე „ბისმარკის მოდელს“, რომელიც მოიცავს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ფონდების შექმნას, სადაც თითოეული მოქალაქე თავისი შემოსავლების მიხედვით გადაიხდის პრემიას. ამ მოდელის მხარდამჭერები მიიჩნევენ, რომ „ბისმარკის მოდელი“ ქმნის დაფინანსების მდგრად სისტემას, რომელიც ფულადი რესურსების შეზღუდვის პირობებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მათი აზრით, ეს მოდელი უზრუნველყოფს მონყვლადი ჯგუფებისთვის პრიორიტეტული დაფინანსების არსებობას ისე, რომ სისტემის მდგრადობაც შენარჩუნდეს და რესურსების გადანაწილებაც თანაბრად განხორციელდეს. ამ მოდელის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია, რომ სოციალურად დაუცველებზე, პენსიონერებსა და სხვა მონყვლად ჯგუფებზე პრემიის თანხა სახელმწიფო დაფარავს, ხოლო დასაქმებულ მოქალაქეებს, მათი შემოსავლების შესაბამისად, პრემია დაეკისრებათ.

გამოკითხვის შედეგების მიხედვით აშკარაა, რომ თითოეულ ვარიანტს თავისი უპირატესობები და გამოწვევები აქვს. რესპონდენტთა მოსაზრებები დიდწილად დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ აფასებენ ისინი სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის როლს ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხში და რამდენად მოსწონთ უნივერსალური ჯანდაცვის პაკეტისთვის შესაბამისი რესურსების მოძიების სხვადასხვა მექანიზმი. საკითხი მოითხოვს ფართო დისკუსიასა და განხილვას, რომ მიღებულ იქნას ისეთი გადაწყვეტილება, რომელიც დააკმაყოფილებს, როგორც საზოგადოების საჭიროებებს, ისე სახელმწიფოს სტრატეგიულ მიზნებს ჯანდაცვის სფეროში.

7.7. სადაზღვევო სისტემის რეგულირების მოდელი: სავალდებულო თუ ნებაყოფლობითი?

გამოკითხვის პასუხების ანალიზი გვაჩვენებს, რომ სავალდებულო სადაზღვევო სისტემა მრავალი რესპონდენტის ხედვით არის ეფექტური საშუალება, რომელიც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაზრდასა და სამედიცინო სერვისების თანასწორად განაწილებას. რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ სავალდებულო დაზღვევის სისტემა ქვეყნისთვის აუცილებელია და განიხილავენ მას როგორც საზოგადოების პასუხისმგებლობის გაზიარების გზას, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისების მიღებას ყველასთვის, მათ შორის სოციალურად შეჭირვებული და მონყვლადი ჯგუფებისთვის.

სავალდებულო დაზღვევის მოდელი განიხილება როგორც სოციალური დაცვის ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტი, რომლის მეშვეობითაც მოქალაქეები იღებენ მინიმალურ სამედიცინო დახმარებას სახელმწიფოს მხარდაჭერით. ასეთი მოდელი სასარგებლოდ ითვლება არამარტო პაციენტებისთვის, არამედ სახელმწიფო სისტემის მდგრადობისთვისაც, ვინაიდან ის ხელს უწყობს ფინანსური რესურსების ოპტიმიზაციას, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის გაუმჯობესებას და რისკების თანასწორ განაწილებას.

არაერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ სავალდებულო დაზღვევის სისტემა მნიშვნელოვანია, რათა შეიქმნას სტაბილური და პროგნოზირებადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი. ამ მიდგომით, დაზღვევის სისტემა დაფუძნებულია მოსახლეობის შემოსავლების მიხედვით შემოღებულ დაზღვევის სავალდებულო შენატანებზე, რაც ნიშნავს, რომ ყველა მოქალაქეს ექნება გარკვეული პასუხისმგებ-

ლობა, თუმცა, მონყვლადი ჯგუფების შემთხვევაში, მათ პრემიებს დააფინანსებს სახელმწიფო. ასეთი მიდგომა ზრდის ფინანსურ თანასწორობას და უზრუნველყოფს, რომ რესურსები იმ ადამიანებზეც გადანაწილდეს, ვისაც საკუთარი ფინანსური რესურსებით სამედიცინო სერვისების მიღება არ შეუძლია.

გამოკითხულთა ნაწილი ხაზს უსვამს, რომ სავალდებულო დაზღვევის სისტემა ასევე ხელს შეუწყობს სახელმწიფო და კერძო სექტორის უფრო მოქნილ თანამშრომლობას. კერძო სადაზღვევო სექტორს ევალება რისკების შეფასება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხიანი მიწოდება, მაშინ, როცა სახელმწიფო ინსტიტუტები უზრუნველყოფენ საჯარო მონიტორინგს და საზოგადოების უსაფრთხოების გარანტიას. ასეთი სტრუქტურა ამცირებს ჯანდაცვის ფინანსური ტვირთის მთელ მოსახლეობაზე გადანაწილების სირთულეებს და საშუალებას აძლევს სახელმწიფოს, მიიღოს უფრო მოქნილი მიდგომები სხვადასხვა სოციალური ჯგუფების საჭიროებების შესაბამისად.

აღსანიშნავია, რომ გარკვეული რესპონდენტები სავალდებულო დაზღვევის მოდელს მიიჩნევენ, როგორც პასუხისმგებლობის გაზიარების უფრო სამართლიან და სტაბილურ გზას, რითაც საზოგადოება უფრო მდგრადი ხდება ჯანდაცვის სერვისების მიმართ. ისინი ფიქრობენ, რომ სავალდებულო სადაზღვევო სისტემა სოციალური დაცვის გაუმჯობესების ნაწილი უნდა იყოს და შეიძლება უზრუნველყოფდეს უფრო მაღალ და თანაბრად ხელმისაწვდომ სამედიცინო სერვისებს.

მიუხედავად ფართო მხარდაჭერისა, ზოგიერთმა რესპონდენტმა გამოთქვა შეშფოთება, რომ სავალდებულო სადაზღვევო სისტემა შეიძლება იყოს ფინანსურად მძიმე ტვირთი დაბალი შემოსავლის მქონე პირებისთვის. ამის საპასუხოდ, უმრავლესობა ხაზს უსვამს, რომ აუცილებელია, სავალდებულო მოდელი მოიცავდეს შეღავათებსა და ფინანსურ დახმარებას ისეთ ჯგუფებისთვის, ვისაც ეკონომიკური სირთულეების გამო, შეიძლება გაუჭირდეს დაზღვევის გადახდა. ამგვარი სისტემა მოითხოვს დიფერენცირებულ მიდგომას, რომელიც გაათვალისწინებს თითოეული მოქალაქის ფინანსურ მდგომარეობას და უზრუნველყოფს სოციალურად სუსტი ფენების დაცვას.

ამრიგად, სავალდებულო სადაზღვევო მოდელის დანერგვა, რესპონდენტების აზრით, ქვეყნისთვის სასურველია, თუ იგი იქნება მოქნილი, გათვლილი მოქალაქეთა ფინანსურ შესაძლებლობებზე და დაფუძნებული სამართლიან და გამჭვირვალე პრინციპებზე. ამგვარი მიდგომა ხელს შეუწყობს არა მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებას, არამედ საზოგადოების ფინანსურ და სოციალურ სტაბილურობასაც.

7.8. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მოდელის როლი და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაუმჯობესების მიმართულებები

ექსპერტების შეფასებით, კერძო დაზღვევის როლის ზრდა ჯანდაცვის სისტემაში განიხილება როგორც შესაძლებლობა, რომელიც სახელმწიფოს ფინანსურ სისტემას გარკვეულწილად განტვირთავს და გაზრდის მომსახურების ხარისხს. დღეს არსებული სისტემა სრულად დამოკიდებულია სახელმწიფო დაფინანსებაზე, რაც ბიუჯეტის შეზღუდული შესაძლებლობების ფონზე პრობლემურია. ამასთან, დეცენტრალიზაციამ, მათ შორის ბიუჯეტის გადაცემამ მუნიციპალურ დონეზე, შეიძლება გაზარდოს ეფექტურობა და გამჭვირვალობა. ადგილობრივი თვითმმართველობები უკეთ შეძლებენ კონკრეტული საჭიროებების გათვალისწინებას და სადაზღვევო პროვაიდერების მართვას, რაც უზრუნველყოფს მოქალაქეების მიმართ უფრო მიზანმიმართულ და შედეგზე ორიენტირებულ სერვისებს.

კერძო დაზღვევა არ უნდა შეეცადოს, მთლიანად ჩაანაცვლოს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო მოდელი, არამედ უნდა შეასრულოს დამატებითი და შემავსებელი როლი, განსაკუთრებით ისეთი სერვისების დაფარვაში, რომლებიც ამჟამად ნაკლებად ფინანსდება ან არ შედის სახელმწიფო პროგრამაში. ამგვარი სტრატეგია უზრუნველყოფს მოქნილობას და მოქალაქეებს მისცემს არჩევანის თავისუფლებას, რაც მნიშვნელოვანია, როგორც სამედიცინო სერვისებზე წვდომის, ისე ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაზრდის თვალსაზრისით. კერძო დაზღვევის გაძლიერება განსაკუთრებით კრიტიკულად მიიჩნევა იმ ფონზე, რომ სახელმწიფო რესურსები ხშირად შეზღუდულია და საჭიროა ალტერნატიული მექანიზმების მოძიება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ კრიტიკა განპირობებულია, ალბათ, იმით, რომ სახელმწიფომ მკაფიოდ უნდა განსაზღვროს, რომელი სერვისების დაფინანსებას ახორციელებს და რომელი დარჩება კერძო დაზღვევის სფეროში. ეს გადაწყვეტილება ხელს შეუწყობს პროგრამის გამჭვირვალობას და ხელსაყრელ პირობებს შექმნის კერძო დაზღვევის კომპანიის პაკეტების შესაქმნელად, რომელიც დაფარავს არასრულად დაფინანსებულ და მაღალრისკიან სამედიცინო ხარჯებს. ამასთან, ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ სადაზღვევო პროდუქტების ეფექტური განვითარება შეიძლება დაინერგოს თანაგადახდების მექანიზმის გამოყენებით, რაც გააუმჯობესებს ფინანსურ მდგრადობას და მოქალაქეებს მისცემს შესაძლებლობას, აკონტროლონ თავიანთი ხარჯები.

განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა დასაქმებულებისთვის სავალდებულო დაზღვევის დანერგვაზე, რაც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის გაუმჯობესებას და სახელმწიფოს ხარჯების შემცირებას. სავალდებულო დაზღვევა ხელს შეუწყობს კერძო და სახელმწიფო სექტორების თანამშრომლობის გაძლიერებას, რაც მნიშვნელოვნად გაზრდის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობას. ამის პარალელურად, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარება, რომელიც წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის საფუძველს. მისი ძლიერი ჩართულობა უზრუნველყოფს უფრო ეფექტიან სამკურნალო და პრევენციული აქტივობებს და სამედიცინო რესურსების სწორად გამოყენებას, რითაც თავიდან აიცილებს უფრო ძვირადღირებულ და რთულ სამედიცინო ჩარევებს.

ექსპერტები ასევე ხაზს უსვამენ იმას, რომ სადაზღვევო კომპანიებმა მნიშვნელოვანი როლი უნდა შეასრულონ გადაუდებელი და სირთულეებით გამორჩეული სამედიცინო შემთხვევების მართვაში. ეს არის ის შემთხვევები, რომელთა წინასწარ დაგეგმვა რთულია, მაგრამ ფინანსური ზარალი შეიძლება სერიოზული იყოს. კერძო დაზღვევა ასეთ სიტუაციებში უფრო მოქნილი და სწრაფი რეაგირების უნარის მქონეა, რაც დიდ უპირატესობად ითვლება. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კერძო დაზღვევამ შეასრულოს სოციალური პასუხისმგებლობა.

დასაქმებულებისთვის სავალდებულო დაზღვევა არამხოლოდ პაციენტებს უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის სერვისებით, არამედ შეამცირებს სახელმწიფო ხარჯებს და შეამსუბუქებს ფინანსურ ტვირთს. ექსპერტების მოსაზრებით, კერძო დაზღვევის განვითარებამ შესაძლოა, ხელი შეუწყოს უფრო დაბალანსებული სისტემის შექმნას, სადაც სახელმწიფო პროგრამა უზრუნველყოფს საბაზისო სერვისებს, ხოლო კერძო სექტორი ფარავს უფრო სპეციფიკურ საჭიროებებს.

ამასთან, აუცილებელია მეტი ყურადღების დათმობა მოქალაქეთა ინფორმირებულობის ზრდასა და პროგრამების ადვოკატირებაზე. ტრანზიციის ეტაპზე შეიძლება შეიქმნას გარკვეული დაბრკოლებები, თუ მოქალაქეებს არ ექნებათ საკმარისი ინფორმაცია და არ ესმით, როგორ მუშაობს კერძო და სახელმწიფო დაზღვევის კომბინაცია. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ კერძო დაზღვევის გაფართო-

ებასთან ერთად გათვალისწინებული იყოს მკაცრი მონიტორინგის და ხარისხის კონტროლის მექანიზმები, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტების უფლებების დარღვევის რისკები და სისტემის გამჭვირვალობა იყოს უზრუნველყოფილი.

დასასრულს, ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა უნდა ეფუძნებოდეს სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანამშრომლობის პრინციპებს, რაც სისტემის მდგრადობისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებას შექმნის. კერძო დაზღვევის და საყოველთაო ჯანდაცვის ურთიერთდამოკიდებულება უნდა იქნეს უფრო კომპლემენტარული და არა კონკურენტული, რათა საბოლოო მიზანი – მოქალაქეთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და სერვისებზე მაქსიმალური ნვდომა, იყოს მიღწეული.

7.9. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მოდელის როლის გაზრდის აუცილებლობა ჯანდაცვის სისტემაში

კვლევის შედეგების საფუძველზე, კერძო დაზღვევის მოდელის როლის ზრდასთან დაკავშირებით ექსპერტების შეხედულებები ავლენს, როგორც პოზიტიურ, ისე კრიტიკულ დამოკიდებულებებს. კერძო დაზღვევის მოდელის განვითარება აღიქმება, როგორც პოტენციური მექანიზმი, რომელიც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის გაუმჯობესებას და კონკურენციის ზრდას. ბევრი ექსპერტი აღნიშნავს, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიები უკეთ აკონტროლებენ ხარჯებს და ოპტიმიზაციას უწევენ სერვისებს, რაც ზოგადად ზრდის მომსახურების ხარისხს და ეფექტურობას. ასეთი მოდელი მოქალაქეებს აძლევს შესაძლებლობას, აირჩიონ დაზღვევის ისეთი პაკეტი, რომლებიც შეესაბამება მათ ფინანსურ მდგომარეობას და საჭიროებებს, რაც ზრდის მომხმარებელზე ორიენტირებულობას.

კერძო დაზღვევის როლის გაფართოების შემთხვევაში, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი უპირატესობა არის მომსახურების მოქნილობა და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაზრდა. კონკურენციის პირობებში იზრდება ინოვაციების დანერგვის ტემპი, რაც უზრუნველყოფს სერვისების დივერსიფიკაციას და ხარისხის გაუმჯობესებას. ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ კერძო დაზღვევის მოდელი ასევე ხსნის მთავრობის ბიუროკრატიული ტვირთის ნაწილს და ამცირებს კორუფციის რისკს, რაც სისტემის გამჭვირვალობას უწყობს ხელს. ამას თან ერთვის საჯარო-კერძო თანამშრომლობის მნიშვნელობა, რაც უზრუნველყოფს მოქალაქეების უკეთეს მომსახურებას და ხელს უწყობს სახელმწიფო და კერძო რესურსების ეფექტურ გამოყენებას.

თუმცა, ექსპერტების ნაწილი სკეპტიკურად აფასებს ამ მოდელის ზოგიერთი ასპექტის ეფექტურობას და გამართული მუშაობის შესაძლებლობას. კერძო დაზღვევის მოდელი, მათი აზრით, ხშირად ვერ უზრუნველყოფს სოციალურ სამართლიანობას და თანასწორობის პრინციპების დაცვას, რადგან სადაზღვევო კომპანიები პრიორიტეტს ანიჭებენ მომგებიანობას. ეს ქმნის გამოწვევას იმ ჯგუფებისთვის, რომლებსაც შესაძლოა, არ ჰქონდეთ ფინანსური რესურსი მაღალი ხარისხის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობისთვის. ამასთან, ხაზგასმულია, რომ კერძო სადაზღვევო მოდელები ადმინისტრაციულ ხარჯებს ზრდიან, რაც საბოლოოდ სერვისების ფასს ზრდის და მოქალაქეებს დამატებით ტვირთად აწვება.

კერძო დაზღვევის მოდელის კრიტიკად განიხილება ასევე “გამონაკლისების ეფექტი”, რაც გულისხმობს, რომ პაციენტებს ხშირად არ მიუწვდებათ ხელი გარკვეულ ძვირადღირებულ სამედიცინო მომსახურებებზე. სადაზღვევო კომპანიები, როგორც წესი, არ ფარავენ მძიმე და ქრონიკულად მიმდ-

ნარე დაავადებებთან დაკავშირებულ ხარჯებს, რაც პაციენტების ფინანსურ მდგომარეობას ამძიმებს. ასევე აღინიშნება, რომ მოქალაქეებს უჭირთ საუკეთესო სადაზღვევო პაკეტის არჩევა ინფორმირებულობის ნაკლებობისა და სისტემის სირთულის გამო, რაც დამატებით ბარიერს ქმნის მომსახურების მიღებაში.

კვლევის ფარგლებში ასევე გამოიკვეთა, რომ მოდელის წარმატებული დანერგვისთვის აუცილებელია სისტემის მუდმივი მონიტორინგი და რეგულაციების გამკაცრება. მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს მოქალაქეთა საჭიროებებს, რაც მოითხოვს სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანამშრომლობის გაღრმავებას. პარალელურად, მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფო გააგრძელოს პრევენციული ჯანდაცვის დაფინანსება, რათა სისტემამ შეინარჩუნოს მდგრადობა და სოციალური სამართლიანობა. მხოლოდ ამ პირობების დაკმაყოფილების შემთხვევაში შეძლებს კერძო დაზღვევის მოდელი სისტემის ეფექტიანობას და მოქალაქეების მომსახურებაზე უკეთესად რეაგირებას.

„საქართველოს განვითარების პლატფორმა“ არსებული პოლიტიკური კონიუნქტურის და პარტიული მიკერძობის 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.

„საქართველოს განვითარების პლატფორმა“ არსებული პოლიტიკური კონიუნქტურის და პარტიული მიკერძობის 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:

- ▶ ქართული საზოგადოებისა და ინსტიტუტების მობილიზებას იმ ცვლილებებისთვის, რომლებიც უზრუნველყოფს ჩვენი ქვეყნის მოდერნიზაციას, პროგრესსა და მდგრად განვითარებას;
- ▶ 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;
- ▶ 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:

- ▶ **კვლევა და ანალიზი** - ქვეყნისათვის მნიშვნელოვანი რეფორმების ობიექტური, ანალიზზე დაყრდნობით და რაციონალური მიდგომებით ადეკვატური პოლიტიკის შემუშავება.
- ▶ **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.
- ▶ **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

თბილისი 0179, ზაქარია ფალიაშვილის ქუჩა, №88, ბინა 4

ტელ: +995 322 66 19; ელ-ფოსტა: info@geodp.org

www.geodp.ge

ISBN: 978-9-94187-426-0



DP