



სსიპ გორის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი

გიორგი მაჭარაშვილი

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობის  
და რისკების შეფასება

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია საჯარო მმართველობის  
მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი:  
პროფ. ნინო ლიპარტელიანი

გორი  
2021

## ა ნ ო ტ ა ც ი ა

გ. მაჭარაშვილი

### საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობის და რისკების შეფასება

ჩვენს მიერ საკვლევი სამაგისტრო ნაშრომი „საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობის და რისკების შეფასება“ შეეხება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში გატარებულ არაერთი რეფორმის ეფექტურობას, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობებსა და ნაკლოვანებებს. ჩვენი მიზანი გახლდათ შეგვესწავლა ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსი და სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე. აქედან გამომდინარე ჩვენს მიერ საკვლევი თემა **აქტუალურად მიმაჩნია**. ჩატარებული კვლევის ამოცანაა ჩვენება იმისა, რომ მნიშვნელოვანია აქტიური კომუნიკაცია სამედიცინო დარგის წარმომადგენლებთან, ჯანდაცვის ადგილობრივ და საერთაშორისო ექსპერტებთან რეფორმების დაგეგმვის ფაზაში პროცესების გამჭვირვალობის მიზნით, რაც ხელს შეუწყობს ყველა მონაწილე მხარეების აქტიურ ჩართულობას რეფორმის დაგეგმვასა და განხორციელებაში. ჩატარებული კვლევის საგნია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კვლევა და ანალიზი. კვლევის ობიექტია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი რეფერალური და კერძო საავადმყოფოების საქმიანობა, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ოფიციალურ ვებგვერდებზე განთავსებული ინფორმაცია. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ძირითად შედეგად ვამტკიცებთ მას, რომ საჭიროა ჯანდაცვის დაფინანსების სრულყოფილი სტრატეგიის შემუშავება. კერძოდ, დეტალურად განისაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც სრულად დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც დაბალანსებული იქნება რეალურ შესაძლებლობებთან. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის სიახლე გახლავთ ჩვენება იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

## **A n n o t a t i o n**

G.Macharashvili

Assessment of the financial sustainability and risks of the health sector in Georgia

Our master's thesis “Assessing the Financial Stability and Risks of the Healthcare Sector in Georgia” focuses on the effectiveness of a number of reforms in the Georgian health care system, the advantages and disadvantages of a universal health care system. Our goal was to study health infrastructure, human resources and public health spending. Therefore, I think the research topic is relevant for us. The purpose of the study is to demonstrate the importance of active communication with medical professionals, local and international health experts in order to ensure transparency of processes at the stage of reform planning, which will contribute to the active involvement of all stakeholders in the planning and implementation of the reform. The subject of the research is the study and analysis of the health care system in Georgia. The object of the research is the activities of specialized and private hospitals operating in the health care system of Georgia, the information is posted on the official websites of the National Statistical Office of Georgia. The main result of our research is that we argue that there is a need to develop a comprehensive health financing strategy. In particular, to define in detail the volume of medical services that will be fully funded by the state and which will be balanced by real possibilities. The novelty of our study is its demonstration that the development of the primary health care system is critical to control the financial sustainability and growth of the health care system. At the same time, it is important to invest more financial resources in preventive services in order to strengthen primary, secondary and tertiary prevention of diseases with the highest burden of morbidity and mortality, and, as a result, to protect populations with chronic diseases from catastrophic health conditions. care costs.

# შინაარსი

## საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობის და რისკების შეფასება

### თავი I

#### საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა პერმანენტული რეფორმების ფონზე

- 1.1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები
- 1.2. საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობები და ნაკლოვანებები

### თავი II

#### საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობა და რისკები

- 2.1. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსი და სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე
- 2.2. ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს

დასკვნა .....

გამოყენებული ლიტერატურა .....

დანართები .....

## შესავალი

ჩვენს მიერ საკვლევი სამაგისტრო ნაშრომი „საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობის და რისკების შეფასება“ შეეხება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში გატარებულ არაერთი რეფორმის ეფექტურობას, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობებსა და ნაკლოვანებებს. ჩვენი მიზანი გახლდათ შეგვესწავლა ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსი და სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე. აქედან გამომდინარე ჩვენს მიერ საკვლევი თემა აქტუალურად მიმაჩნია. ჩატარებული კვლევის ამოცანაა ჩვენება იმისა, რომ მნიშვნელოვანია აქტიური კომუნიკაცია სამედიცინო დარგის წარმომადგენლებთან, ჯანდაცვის ადგილობრივ და საერთაშორისო ექსპერტებთან რეფორმების დაგეგმვის ფაზაში პროცესების გამჭვირვალობის მიზნით, რაც ხელს შეუწყობს ყველა მონაწილე მხარეების აქტიურ ჩართულობას რეფორმის დაგეგმვასა და განხორციელებაში. ჩატარებული კვლევის საგნია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კვლევა და ანალიზი. კვლევის ობიექტია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი რეფერალური და კერძო საავადმყოფოების საქმიანობა, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ოფიციალურ ვებგვერდებზე განთავსებული ინფორმაცია. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ძირითად შედეგად ვამტკიცებთ მას, რომ საჭიროა ჯანდაცვის დაფინანსების სრულყოფილი სტრატეგიის შემუშავება. კერძოდ, დეტალურად განისაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც სრულად დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც დაბალანსებული იქნება რეალურ შესაძლებლობებთან. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის სიახლე გახლავთ ჩვენება იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული

დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

კვლევის დროს გამოყენებულ იქნა ზოგადმეცნიერული მეთოდები: ანალიზი, სინთეზი, დაკვირვება, შედარება, ანალოგია, კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა განმეორებითი კვლევის მეთოდი. კვლევის პროცესში ჩვენთვის სასურველ მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზას წარმოადგენდა გორის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტის ელექტრონული ბიბლიოთეკის მასალები, ასევე ELSEVIER-ის ბაზები: Scopus; Science Direct; Scival Funding (Funding Institutional), საგნობრივი 900-ზე მეტი წამყვანი საერთაშორისო რეფერირებადი ჟურნალი, ონლაინ რესურსები, რომლებზეც მსოფლიო პანდემიის პირობებში უფასოდ ხელმისაწვდომობას უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკა უზრუნველყოფდა. კვლევის პროცესში გამოვიყენეთ მეორადი კვლევა, უკვე გამოქვეყნებული მონაცემების ანალიზი, შევეცადეთ ეს ინფორმაცია ყოფილიყო ბოლო 5-3 წლის დიაპაზონში, რათა სურათი ყოფილიყო მაქსიმალურად რეალური.

## თავი I

### საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა პერმანენტული რეფორმების ფონზე

#### 1.1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები

საუკეთესო ჯანმრთელობის მდგომარეობა მეტად მნიშვნელოვანია მოსახლეობის კეთილდღეობისა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრი ქვეყნების და მათ შორის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მთავარ მიზნებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მათი ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება, არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენება და ჯანდაცვის საჭიროებებზე დროული რეაგირება წარმოადგენს. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არაერთი რეფორმა გატარდა. 2006 წლიდან გატარდა ბაზარზე ორიენტირებული რეფორმები. სახელმწიფო დაფინანსება პრიორიტეტული გახდა მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით. სახელმწიფო პროგრამებით სამედიცინო დაწესებულებების პირდაპირი დაფინანსება ჩაანაცვლა სადაზღვევო და სამედიცინო ვაუჩერებით დაფინანსების მოდელმა, დამტკიცდა სადაზღვევო პირობები და კომპანიების მონაწილეობის პირობები. პირველ წლებში ვაუჩერის მფლობელი მოქალაქე თავად ირჩევდა სადაზღვევო კომპანიას და სადაზღვევო ვაუჩერის ღირებულებას, ანუ სადაზღვევო პრემიას ანაზღაურებდა სააგენტო. პრემიის გადახდა ხდებოდა სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე დაზღვევის შესახებ კანონის შესაბამისად. ერთი სახელმწიფო შემსყიდველის სისტემა შეცვალა კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე დამყარებულმა სისტემამ.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ

## ჯანდაცვის რესურსები და სერვისების უტილიზაცია, საქართველო, 2019

ექიმების რაოდენობა (სტომატოლოგების ჩათვლით)	31746	სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა	266
ექიმებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	853.3	ამბულატორიულ/პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა	2280
ექთნების რაოდენობა	19613	ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	17471
ექთნებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	527.2	ჰოსპიტალური საწოლებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	469.6
მიმართვა ექიმთან	13469592	ანტენატალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა	291
ექიმის ვიზიტი ბინაზე	181889	სასწრაფო დახმარების სადგურების რაოდენობა	71
სოფლის ექიმი (ფიზიკური პირი) რაოდენობა	1269	ტრანსფუზიოლოგიური სერვისის მიმწოდებელი	22

წყარო: <https://www.ncdc.ge/#/home> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

- 2007 წელს საქართველოს მთავრობამ დაიწყო საავადმყოფოების პრივატიზება. დაინერგა მოსახლეობის მოწყვლადი ფენის (მოსახლეობის 21,3%) ჯანმრთელობის დაზღვევა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით.
- 2009 წელს სახელმწიფო ტენდერებში გამარჯვებულ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალებში საავადმყოფოების მშენებლობა, რეაბილიტაციისა და შემდგომი ჰოსპიტალური საქმიანობის უფლება.
- 2010-2011 წლებში გამარტივდა სამედიცინო საქმიანობისათვის სალიცენზიო მოთხოვნები, გაფართოვდა ამბულატორიული ქსელი, ყველა მუნიციპალიტეტში აშენდა ახალი ამბულატორია და მოხდა ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება.



**ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამკურნალო-პროფილაქტიკური  
დაწესებულებების ქსელი, საქართველო, 2019**

დაწესებულება	რაოდენობა
<b>სტაციონარული დაწესებულებები</b>	<b>266</b>
საავადმყოფოები და სამედიცინო ცენტრები	265
მ.შ. სპეციალიზებული	75
მ.შ. დამოუკიდებელი სამშობიარო სახლები	5
დისპანსერები (სტაციონარით)	1
<b>ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები და სოფლის ექიმები</b>	<b>2280</b>
მ.შ. პოლიკლინიკური დაწესებულებები დამოუკიდებელი	341
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები და კაბინეტები	574
ამბულატორიები	22
დამოუკიდებელი ქალთა კონსულტაციები	12
კაბინეტები (სტომატოლოგიურის გარდა)	54
სოფლის ექიმები	1269
დისპანსერები (სტაციონარის გარეშე)	8
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურები (დამოუკიდებელი)	71
სისხლის გადასხმის ობიექტები (დამოუკიდებელი და შემავალი)	22
ეპიდემიოლოგიური სამსახური	60
სხვა	16

წყარო: <https://www.ncdc.ge/#/home> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

წყარო: <https://www.ncdc.ge/#/home> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2012 წლის შემდეგ, 3,4-ჯერ - 29,0 მილიონი ლარიდან 100,7 მილიონ ლარამდე გაიზარდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, მათ შორის:

- 7-ჯერ გაიზარდა იმუნიზაციის პროგრამის ბიუჯეტი (24.1 მილიონი ლარი შეადგინა).
- სახელმწიფო უზრუნველყოფს 13 დაავადების პრევენციას, წარმატებით დაინერგა 5 ახალი ვაქცინა.

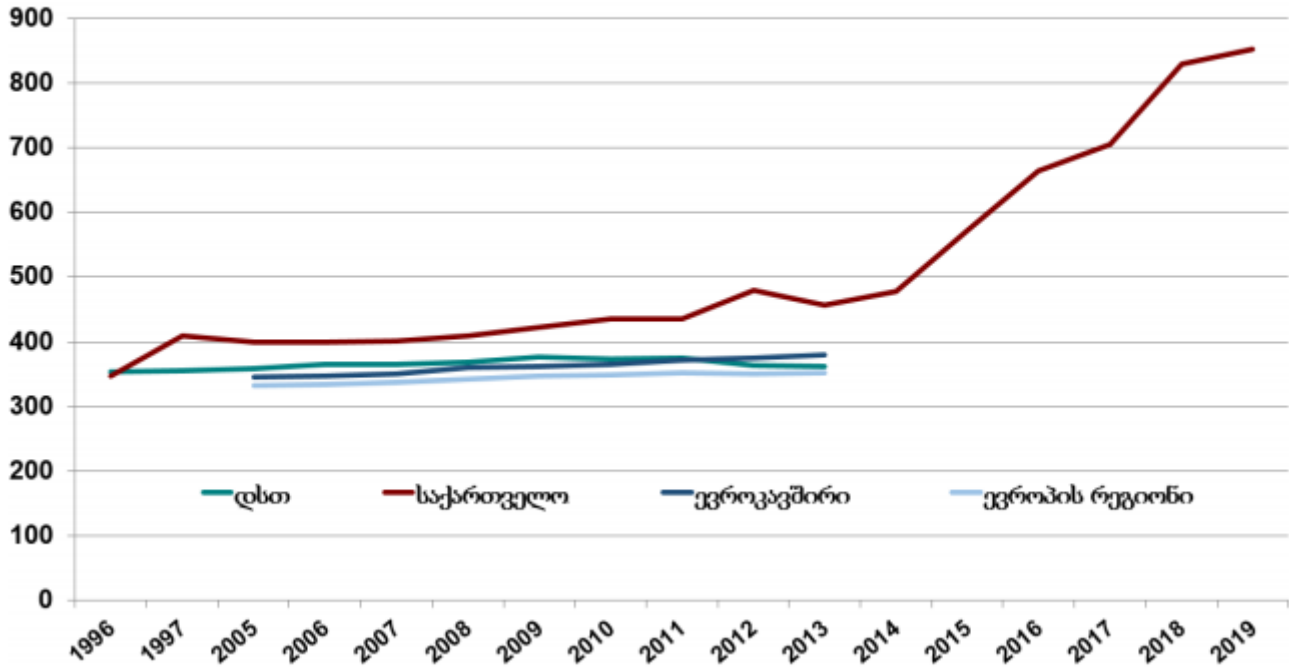
2012 წლის ბოლოსთვის საქართველოს 1 200 000-მდე მოქალაქეს ჰქონდა სამედიცინო დაზღვევა, აქედან 850 000-მდე მოქალაქეს ბიუჯეტის მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევა.

**საავადმყოფოებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი, საქართველო**

	საავადმყოფოებში მომუშავე პერსონალი		საავადმყოფოებში მომუშავე ექიმები		საავადმყოფოებში მომუშავე ექთნები და ზებიაქალები	
	სულ	მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	სულ	% ქვეყანაში მომუშავე პრაქტიკოსი ექიმების საერთო რაოდენობიდან	სულ	% ქვეყანაში მომუშავე საშუალო სამედიცინო პერსონალის საერთო რაოდენობიდან
2008	30164	783.8	7881	43.9	10864	53.9
2009	30765	806.5	8137	43.8	10741	54.9
2010	30994	818.5	8404	43.2	10772	55.0
2011	28319	753.9	7942	40.7	9583	52.5
2012	24042	644.7	7951	33.1	8116	33.8
2013	25953	698.1	9385	36.2	8632	33.3
2014	26982	725.4	9680	42.0	8915	59.4
2015	30460	817.7	10699	50.2	9957	63.9
2016	31391	842.1	11822	49.1	10897	58.3
2017	35121	942.1	13126	52.1	11905	66.6
2018	39514	1060.3	15543	52.6	12055	63.7
2019	41317	1110.6	16615	52.3	13952	71.1

- 2013-2014 წლებში საქართველოს მთავრობამ დანერგა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, მოხდა 150-მდე საავადმყოფოს მშენებლობა/რეაბილიტაცია, აიკრძალა მეორე ჯგუფის მედიკამენტების (ხელმისაწვდომი მედიკამენტების 50%) ურეცეპტოდ გაყიდვა.
- 2017 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ამოქმედდა დიფერენცირებული პაკეტები შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით, დაიწყო რეცეპტის ელექტრონული სისტემის დანერგვა, სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის ანაზღაურებადი გახდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები.
- 2019 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის არგლებში დაფიქსირდა გარკვეული კარდიოქირურგიული მომსახურებების ტარიფები, ფასების დაფიქსირება მიზნად ისახავს საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსების სტანდარტიზებასა და ხარჯების კონტროლს.

## ექიმებით უზრუნველყოფა 100 000 მოსახლეზე



ქვეყანაში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის სათანადო რაოდენობის არსებობას, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. საქართველოში 2006 წლიდან აღინიშნება ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის წყარო: <https://www.ncdc.ge/#/home> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ზრდა; ამასთან, საქართველოს მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და დსთ ქვეყნების მაჩვენებლებს.

2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საფუძველი ჩაეყარა ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას. შემცირდა ტუბერკულოზის გავრცელება, რაც ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამით განხორციელებული ღონისძიებების შედეგია. პროგრამის ფარგლებში: ბათუმი მუნიციპალიტეტში 956 პაციენტმა ისარგებლა სტაციონარული მკურნალობით (დაიხარჯა 2 401 006 ლარი), ხოლო ამბულატორიული მომსახურება ხელმისაწვდომი იყო 18624 პაციენტისთვის (დაიხარჯა -1 587 952 ლარი).

**ცხრილი 3.6 ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში  
მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>მიმართვათა რაოდენობა</b>	<b>1.8</b>	<b>1.9</b>	<b>1.9</b>	<b>2.1</b>	<b>2.4</b>	<b>3.2</b>	<b>3.6</b>	<b>3.5</b>	<b>3.1</b>	<b>3.3</b>	<b>4.0</b>
<i>მათ შორის:</i>											
ექიმთან მიმართვა	1.7	1.8	1.8	2.1	2.4	3.1	3.4	3.4	3.0	3.2	3.6
მ.შ. 15 წლამდე ბავშვების	2.7	2.6	2.4	2.6	2.7	3.7	3.8	3.6	3.4	2.8	2.8
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
მ.შ. 15 წლამდე ბავშვების	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3

2015 წლიდან საქართველოში, მსოფლიოში პირველად, დაიწყო C-ჰეპატიტის ელიმინაციის (აღმოფხვრის) პროგრამის განხორციელება, რაზეც სახელმწიფო წყარო: <https://www.ncdc.ge/#/home> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ბიუჯეტიდან 21,7 მილიონი ლარი დაიხარჯა. პროგრამა მოიცავს საქართველოს მოქალაქეებისათვის უფასო სკრინინგს, დაავადების დიაგნოსტიკას და კომპანია გილეადის დაფინანსებით C ჰეპატიტით დაავადებული პაციენტების უფასო მკურნალობას უახლესი თაობის ძვირადღირებული მედიკამენტებით ხორციელდება. პროგრამის დაწყებიდან 2021 წლის მაისამდე, გამოკვლეულია 2,3 მილიონი ბენეფიციარი, მკურნალობაში ჩაერთო 74 ათასზე მეტი პირი, მკურნალობა დაასრულა 70 ათასზე მეტმა პირმა და მიღწეულია უპრეცედენტო შედეგი - სრულად განიკურნა დაავადებულთა 98,9%.<sup>2</sup>

2017 წლიდან პროგრამა კიდევ უფრო საჭიროებებზე ორიენტირებული გახდა და სოციალური სამართლიანობის პრინციპის გატარების მიზნით, განისაზღვრა შემოსავლების მიხედვით ბენეფიციარების დიფერენციაციის ახალი კრიტერიუმები. შედეგად, 40%-დან 99.9%-მდე გაიზარდა მოსახლეობის სერვისებით მოცვა. ბათუმში

<sup>2</sup> ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. ჯანდაცვის სფეროს ფინანსური სტაბილურობისა და რისკების შეფასება. საერთაშორისო ფონდი-კურაციო.

### ცხრილი 3.8 საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები, საქართველო

	ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	დატვირთვა	დაყოვნება	ბრუნვა
2008	14069	365.6	792.0	3.0	26.2
2009	13633	357.4	148.2	6.3	23.4
2010	13378	353.3	160.0	6.4	25.2
2011	12599	335.4	173.6	7.0	24.8
2012	11348	304.3	228.9	7.0	32.7
2013	11600	312.0	181.4	5.4	33.6
2014	11675	313.9	188.3	5.2	36.3
2015	12830	344.4	193.3	5.3	36.4
2016	13840	371.3	189.3	5.0	37.8
2017	15084	404.6	180.5	5.2	35.0
2018	15909	426.9	187.2	4.9	37.8
2019	17471	469.6	179.5	4.9	36.5

დაფინანსდა 8,6 მილიონზე მეტი შემთხვევა-2,6 მილიონი ბენეფიციარი, რაზეც 4,6 მილიარდ ლარზე მეტი გამოიყო.

წყარო: <https://www.ncdc.ge/#/home> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა ქრონიკული დაავადების მქონე მოწყვლადი ჯგუფებისთვის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ხელმისაწვდომია სოციალურად დაუცველი პირებისათვის (რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 ათასს), საპენსიო ასაკის მოქალაქეებისა და შშმ ბავშვებისათვის, მკვეთრად ან მნიშვნელოვნად გამოხატული შშმ პირებისათვის, ვეტერანებისა და გამყოფი ხაზის სოფლების მოსახლეობისათვის. 2017-2021 წლებში, პროგრამის ფარგლებში ბათუმის მუნიციპალიტეტში დაფინანსდა 16 420 ბენეფიციარი (დაიხარჯა 694 542 ლარი). დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში ხელისუფლების მხრიდან გატარებული თანმიმდევრული პოლიტიკის შედეგად, 2017 წელს დაფიქსირდა დედათა სიკვდილობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი წინა წლებთან შედარებით (13.1/100 000 ცოცხალშობილზე) ქვეყანაში ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა შემცირდა 48-დან (1990 წელი) 8,7-მდე (2018 წელი) 1000 ცოცხალშობილზე, ნაცვლად სამიზნე 16-ისა.

**ცხრილი 3.13 სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, საქართველო**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დაწესებულებების საერთო რაოდენობა</b>	75	78	75	104	78	79	82	73	78
გასვლების საერთო რაოდენობა	966493	1061690	1231225	1247588	1479212	1617704	1451725	1520836	1526434
პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწია დახმარება სახელმწიფო პროგრამით	908000	993089	1148445	1201793	1436980	1459415	1345002	1388243	1459301

2018 წლიდან 8-მდე გაიზარდა ვიზიტების რაოდენობა დარეგისტრირებული ორსულებისთვის, 2014 წლის ივნისიდან ყველა ორსული უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავით ორსულობის 13 კვირამდე და რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზის შემთხვევაში რკინის პრეპარატით. 2020 წელს ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯებმა და არაფინანსური აქტივების ზრდამ ბათუმში 2 984,9 ათასი ლარი შეადგინა, 2013 წლის შესაბამისი მაჩვენებელი კი 1 845,6 ათასი ლარი იყო.

2013-2020 წლებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით:

- ბათუმის მუნიციპალიტეტზე გამოყოფილმა დაფინანსებამ შეადგინა 170 305

**ცხრილი 3.14 ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწია სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, საქართველო**

	პირველადი სამედიცინო დახმარება გაეწია	მათ შორის					
		უბედური შემთხვევის დროს		უცაბედი ავად გახდომის დროს		მშობიარობის და პათოლოგიური ორსულობის დროს	
		სულ	%	სულ	%	სულ	%
2008	768167	10912	1.4	751945	979	5310	0.7
2009	883129	14579	1.6	863589	978	4961	0.6
2010	933877	13286	1.4	915319	980	5272	0.6
2011	936614	12323	1.3	919953	982	4338	0.5
2012	1035270	29242	2.8	1001494	967	4534	0.4
2013	1199884	15017	1.3	1179681	983	5186	0.4
2014	1221404	26074	2.1	1188006	973	6484	0.5
2015	1452857	24712	1.7	1417200	975	8734	0.6
2016	1530237	24778	1.6	1494058	976	9068	0.6
2017	1413410	20106	1.4	1382520	97.8	8417	0.6
2018	1463076	23521	1.6	1429291	97.7	7306	0.5
2019	1459301	18451	1.3	1434046	98.3	3728	0.3

641 ლარი, დაფინანსდა 341 814 შემთხვევა, მათ შორის:

- გეგმიური ამბულატორიული (გამოიყო 25 580 393,4 ლარი, დაფინანსდა 1 329 935 ბენეფიციარი);
- გადაუდებელი ამბულატორიული (გამოიყო 15 764 780 ლარი, დაფინანსდა 201 101 შემთხვევა);
- გადაუდებელი სტაციონარული (გამოიყო 91 567 180 ლარი, დაფინანსდა 64 230 შემთხვევა);
- გეგმიური ქირურგიული (გამოიყო 31489 464 ლარი, დაფინანსდა 32 718 შემთხვევა);
- მშობიარობა და საკეისრო კვეთა (გამოიყო 11 064 797 ლარი, დაფინანსდა 18476 შემთხვევა);
- ქიმიო, ჰორმონო და სხივური თერაპია (გამოიყო 8 880 669 ლარი, დაფინანსდა 13160 შემთხვევა);
- გაიზარდა ონკოლოგიური პაციენტების ქიმიოთერაპია/სხივური თერაპიის კომპონენტში არსებული ლიმიტი 8 000 ლარის ოდენობით.

2013-2019 წლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით

- ქუთაისის მუნიციპალიტეტზე გამოყოფილმა დაფინანსებამ შეადგინა 186 956 334 ლარი, დაფინანსდა 346 676 შემთხვევა, მათ შორის:
  - გეგმიური ამბულატორიული (გამოიყო 30 379 750,5 ლარი, დაფინანსდა 1 497 158 ბენეფიციარი),
  - გადაუდებელი ამბულატორიული (გამოიყო 14 690 323 ლარი, დაფინანსდა 199 437 შემთხვევა),
  - გადაუდებელი სტაციონარული (გამოიყო 113 450 325 ლარი, დაფინანსდა 75 567 შემთხვევა),
  - გეგმიური ქირურგიული (გამოიყო 28 768 890 ლარი, დაფინანსდა 28 302 შემთხვევა),

- მშობიარობა და საკეისრო კვეთა (გამოიყო 7 970 503 ლარი, დაფინანსდა 13 125 შემთხვევა)
- ქიმიო, ჰორმონო და სხივური თერაპია (გამოიყო 10 304 716 ლარი, დაფინანსდა 19 725 შემთხვევა).
- გაიზარდა ონკოლოგიური პაციენტების ქიმიოთერაპია/სხივური თერაპიის კომპონენტში არსებული ლიმიტი 8 000 ლარის ოდენობით.

2013-2020 წლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით

➤ ხაშურის მუნიციპალიტეტზე გამოყოფილმა დაფინანსებამ შეადგინა 61 460 212 ლარი, დაფინანსდა 107 189 შემთხვევა, მათ შორის:

- გეგმიური ამბულატორიული (გამოიყო 5 161 838,8 ლარი, დაფინანსდა 309 773 ბენეფიციარი),
- გადაუდებელი ამბულატორიული (გამოიყო 4 774 498 ლარი, დაფინანსდა 61 733 შემთხვევა),
- გადაუდებელი სტაციონარული (გამოიყო 39 682 435 ლარი, დაფინანსდა 25 279 შემთხვევა),
- გეგმიური ქირურგიული (გამოიყო 9 258 540 ლარი, დაფინანსდა 8 841 შემთხვევა),
- მშობიარობა და საკეისრო კვეთა (გამოიყო 2 741 448 ლარი, დაფინანსდა 4 625 შემთხვევა)
- ქიმიო, ჰორმონო და სხივური თერაპია (გამოიყო 2 308 785 ლარი, დაფინანსდა 4 898 შემთხვევა).
- გაიზარდა ონკოლოგიური პაციენტების ქიმიოთერაპია/სხივური თერაპიის კომპონენტში არსებული ლიმიტი 8 000 ლარის ოდენობით.

2012-2021 წლებში ქალაქ ბათუმში ჯანდაცვის სფეროში განხორციელდა და ხორციელდება შემდეგი პროგრამები და ქვეპროგრამები:

ქ. ბათუმში მცხოვრებ მწვავე ლეიკემიით დაავადებულ ბავშვთა სატრანსპორტო ხარჯებით კომპენსაციით უზრუნველყოფა



	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2013	96 00	9 500	10
2014	22 600	20 100	15
2015	43 600	43 600	20

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

ჯანმრთელობის დაცვა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა

საკურორტო სამკურნალო რეაბილიტაცია

	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2013	39 193	39 193	70
2014	59 900	59 900	110
2015	88 500	88 400	185
2016	219 075	219 075	326
2017	263 800	263 800	420
2018	304 200	286 310	486
2019	345 000	309 760	682

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2012	144 700	111 000	1 200
2013	179 574	174 003	1 528
2014	222 200	195 900	1 741
2015	269 000	254 100	1 909

2016	320 666	320 666	2 089
2017	402 500	402 500	2 800

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

მედიკამენტები მიეწოდება:

- ბრონქული ასთმით დაავადების მქონე 19 წლამდე ასაკის პირებს;
- 0-დან 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე შშმ პირსა და ასაკით პენსიონრებს;
- ეპილეფსიით დაავადებულ ბენეფიციარებს - მათ შორის, 19 წლამდე ასაკის პირს, 0-დან 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე პირს, შშმ პირსა და ასაკით პენსიონრებს.
- მეორე ტიპის დიაბეტით დაავადებულ ბენეფიციარებს - მათ შორის, 0-დან 100 000 ქულის მქონე პირს, შშმ. პირებსა და ასაკით პენსიონრებს.
- პარკინსონით დაავადებულ 0-დან 100 000 ქულის მქონე შშმ პირებსა და ასაკით პენსიონრებს. აგრეთვე, ფენილკეტონურიით დაავადებულ პირებს საკვები დანამატების შექმნის მიზნით გაეწევათ მატერიალური დახმარება.

ქ. ბათუმში მცხოვრებ 35-55 წლის ქალთა ონკოლოგიურ დაავადებათა ადრეული ფორმების დიაგნოსტიკა და პრევენცია

	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2013	51 900	44 834	1 192
2014	68 900	68 700	1 200
2015	82 900	80 700	1 220
2016	86 000	86 000	1 345
2017	48 250	48 250	720
2018	6 900	1 935	160

2019	92 700	88 448	4 100
------	--------	--------	-------

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისკლაზიისა და თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ამბულატორიული მკურნალობისა და ახალშობილთა სკრინინგის პროგრამა:

	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2012	27 630	22 680	1 250
2013	37 772	37 561	3 598
2014	47 200	48 900	5 088
2015	49 400	48 900	5 088
2016	29 434	29 434	180
2017	40 880	40 880	250

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

ფსიქიური პრობლემების მქონე პირთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია:

	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2012	78 215	52 400	42
2013	80 590	53 459	42
2014	57 000	51 600	25
2015	84 400	69 500	25
2016	86 700	86 700	25
2017	92 438	92 438	25
2018	92 500	84 202	29
2019	111 000	97 339	30

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

სოციალურად დაუცველ ბენეფიციართა სტომატოლოგიური და ორთოპედიული მომსახურება:

	გეგმა(ლარი)	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2012	127 000	105 500	430
2013	125 000	121 500	486
2014	87 500	83 400	486
2015	96 700	91 100	463
2016	75 000	75 000	485
2017	105 000	105 000	520
2018	149 000	142 851	643
2019	160 800	157 508	680

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

2019 წლის განმავლობაში, სტომატოლოგიური და ორთოპედიული მომსახურება გაეწია 721 ბენეფიციარს, მათ შორის, ომში დაინვალიდებულ პირებს, ომის ვეტერანებს (ასაკით პენსიონერები).

სოციალურად დაუცველი და სხვა სოციალური კატეგორიის მოსახლეობის მკურნალობასთან დაკავშირებული იმ ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, რომელიც ვერ იფარება მოქმედი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით.

მუნიციპალიტეტი	2017წ		2018წ		2019წ		2020 წ	
	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა (ლარი)	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა (ლარი)	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა (ლარი)	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა (ლარი)
ბათუმი	919	743 343	720	605 417	1 158	1708 932	839	2 410 033
აჭარა	1988	1582570	1 576	1149939	2 365	2803 585	1724	3 185 011

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალური კატეგორიისათვის სახსრების ენდოპროთეზირების (გადაგვარებული ან დაზიანებული სახსრის ჩანაცვლება ხელოვნური იმპლანტით) ჩატარებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მუნიციპალიტეტი	2017წ		2018წ		2019წ		2020 წ	
	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა
ბათუმი	32	124 855	50	231 480	57	252 966	41	190 093
აჭარა	84	329 116	106	489 104	129	447 393	94	440 697

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

სოციალურად დაუცველი და სხვა სოციალური კატეგორიის მოსახლეობისათვის მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ კვლევებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მუნიციპალიტეტი	2017წ		2018წ		2019წ		2020	
	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა
ბათუმი	306	95 507	634	230 076	654	244 700	491	166 495
აჭარა	1 547	499 072	2 244	799 988	2 369	879 507	1 682	568 616

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთათვის დამატებით სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

მუნიციპალიტეტი	2017წ		2018წ		2019წ		2020	
	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა
ბათუმი	785	613 799	1 670	1266678	2 145	1584631	1559	1291489
აჭარა	1 372	1023377	3 083	2099898	3 707	2639991	2 745	2099 767

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

ზოგიერთი სოციალური კატეგორიის მოსახლეობისათვის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური სტაციონარული

სამედიცინო მომსახურების, თანაგადახდის დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამით დამტკიცებული ტარიფის ფარგლებში.

მუნიციპალიტეტი	2017წ		2018წ		2019წ			
	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა	დაფინანსებული ბენეფიციარი	თანხა
ბათუმი	584	259042	163	97 622	210	191135	187	266382
აჭარა	1 099	509966	423	249911	521	384965	429	549899

წყარო: საქსტატი

<https://www.geostat.ge/ka/search?query=%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>

2012-2021 წლებში ქალაქ ქუთაისში ჯანდაცვის სფეროში განხორციელდა და ხორციელდება შემდეგი პროგრამები და ქვეპროგრამები:

მძიმე, სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების მქონე და განსაკუთრებული შემთხვევის შედეგად დაავადებული გადახდისუნარო პირებისათვის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაში დახმარება.

	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2012	520 000	930
2013	480 000	727
2014	440 000	1 028
2015	473 000	1 512
2016	565 000	1 997
2017	630 000	2 381
2018	730 000	2 915
2019	852 000	2 785
2020	750 000	3 000

წყარო: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva> საქსტატი

„მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ პროგრამა-პროგრამით მოსარგებლე ბენეფიციარებს მიეკუთვნებიან: ქალაქ ქუთაისში და სოციალურად დაუცველი

ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული 65000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე პირები; ნათესაურ და არა ნათესაურ მინდობაში მყოფი შშმ ბავშვები; ომისა და სამხედრო ძალების შშმ ვეტერანები, რომლებსაც ჰყავთ 3 და მეტი შვილი ან მიეკუთვნებიან 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებს და ჰემოდიალიზზე მყოფი პაციენტები. სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული 65 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე და ნათესაურ/ არა ნათესაურ მინდობაში მყოფი შშმ პირებისათვის დახმარება გაიცემა წელიწადში ერთხელ, არაუმეტეს 150 ლარის ოდენობით. ჰემოდიალიზზე მყოფი პაციენტები დახმარებით ისარგებლებენ ყოველთვიურად და დახმარების მოცულობა განისაზღვრება 100 ლარის ოდენობით. ომისა და სამხედრო ძალების შშმ ვეტერანები, რომლებსაც ჰყავთ 3 და მეტი შვილი ან მიეკუთვნებიან 65 წლის ზემოთ ასაკის პირებს, დახმარებით ისარგებლებენ წელიწადში ერთხელ და დახმარების მოცულობა განისაზღვრება 200 ლარის ოდენობით. მკვეთრად შეზღუდული შესაძლებლობების (ნულოვანი მხედველობის) მქონე პირებზე დახმარება გაიცემა წელიწადში ერთხელ, არაუმეტეს 150 ლარის ოდენობით.

	ფაქტიური(ლარი)	ბენეფიციარი
2012	229 400	185
2013	285 000	2 232
2014	330 000	3 886
2015	300 000	2 743
2016	220 000	2 141
2017	225 000	948
2018	235 000	744
2019	240 000	555

წყარო: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva> საქსტატი

## 1.2.საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობები და ნაკლოვანებები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოსახლეობას გაუჩნდა მნიშვნელოვანი სოციალური გარანტიები. თუმცა, პროგრამის მასშტაბებმა გააჩინა რისკები, რომლებიც დაკავშირებული იყო: სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების ზრდასთან; პროგრამის ეფექტურ მართვასთან; კერძო სადაზღვევო ბიზნესის განვითარებასთან. როგორც უკვე აღინიშნა, ამ პროგრამის მეშვეობით მოსახლეობის ბაზისური ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა მოხდა. ცალსახაა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმამ უზრუნველყო ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება: კერძოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა ნახევარზე მეტი (51.4%) მანამდე დაზღვეული არ ყოფილა. 2010 წელთან შედარებით, 2017 წელს ავადმყოფობის გამო მოსახლეობა უფრო ხშირად აკითხავდა ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელს და შემცირდა თვითმკურნალობაზე გაწეული ხარჯები.<sup>3</sup>

2017 წლის მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა:

- საყოველთაო ჯანდაცვით ველარ სარგებლობენ მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღემატება (ასეთია დაახლოებით 50 000 მოქალაქე საქართველოში), ასევე საყოველთაო ჯანდაცვით ველა სარგებლობენ მოქალაქეები, რომლებიც კერძო სადაზღვევო პაკეტს იყენებენ;
- საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი მცირედით შეეზღუდათ ყოველთვიურად 1 000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს, თვითდასაქმებულ მოქალაქეებს და არარეგულარული შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს;

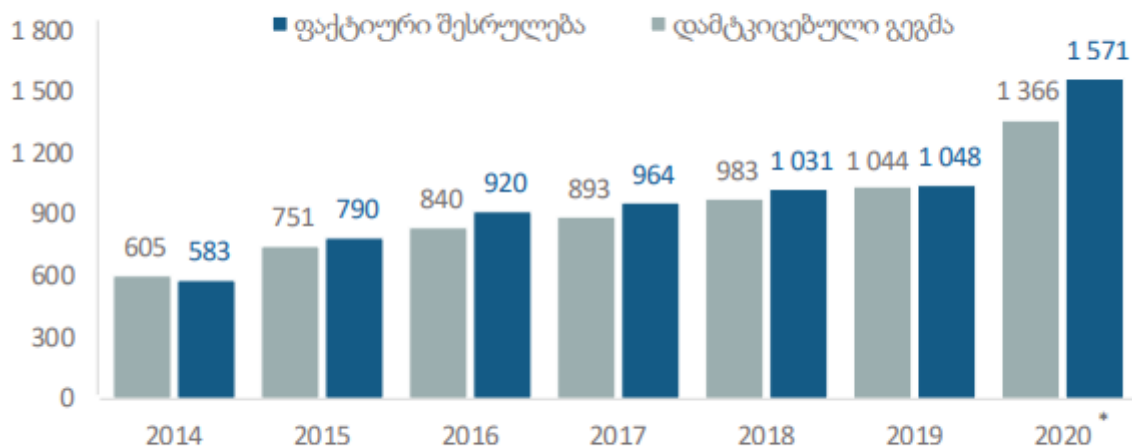
<sup>3</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გვ. 7. გადამოწმებულია 12.04 2021



- ყველა მოქალაქეს შეუნარჩუნდა მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება, ჯანდაცვის სამინისტროს სხვა სახელმწიფო პროგრამებით სრულფასოვნად სარგებლობის უფლება;
- საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი შეეზღუდათ მოქალაქეებს, რომელთა წლიური შემოსავალი 12 000 ლარზე მეტია, მაგრამ არ აღემატება 40 000 ლარს;
- საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი შეუნარჩუნდათ სოციალურად დაუცველებს (100 000-მდე სარეიტინგო ქულა), შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, ბავშვებს, პენსიონერებს, პედაგოგებს, სტუდენტებს;
- დაუფინანსდათ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები სოციალურად დაუცველ ოჯახებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000-ს.

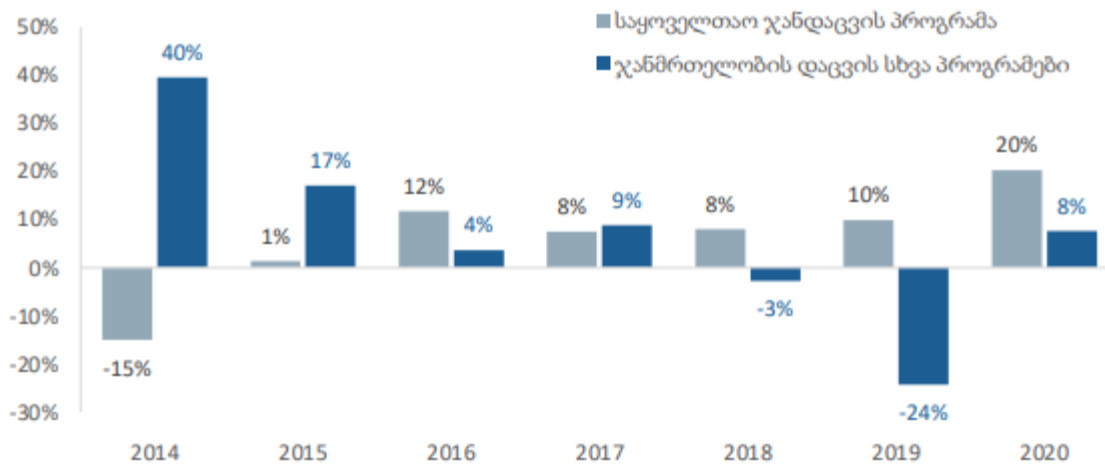
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის გადახარჯვას ყოველწლიური ხასიათი აქვს, რამაც 7 წლის მანძილზე ჯამურად დაახლოებით 350 მლნ. ლარი, ანუ დამტკიცებულ ბიუჯეტთან შედარებით 8%-ით მეტი შეადგინა. თუმცა ამ გადახარჯულ 350 მლნ-ში არ შედის სახელმწიფო აუდიტის 2018 წლის 31 დეკემბერის

### ბიუჯეტის დანახარჯების გეგმა/ფაქტი სამედიცინო მომსახურებაზე, მლნ ლარი



\*შენიშვნა: 2020 წლის ფაქტური შესრულება მოიცავს კოვიდ-19-ის მართვაზე დაიხარჯულ 251 მლნ ლარს  
წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო, 2014-2019 წლების ბიუჯეტის შესრულების ანგარიშები, სახელმწიფო ხაზინა, ყოველდღიური ოპერატიული ანგარიში 31.12.2020.

## ფაქტიური შესრულება (%) დამტკიცებულ გეგმასთან მიმართებაში



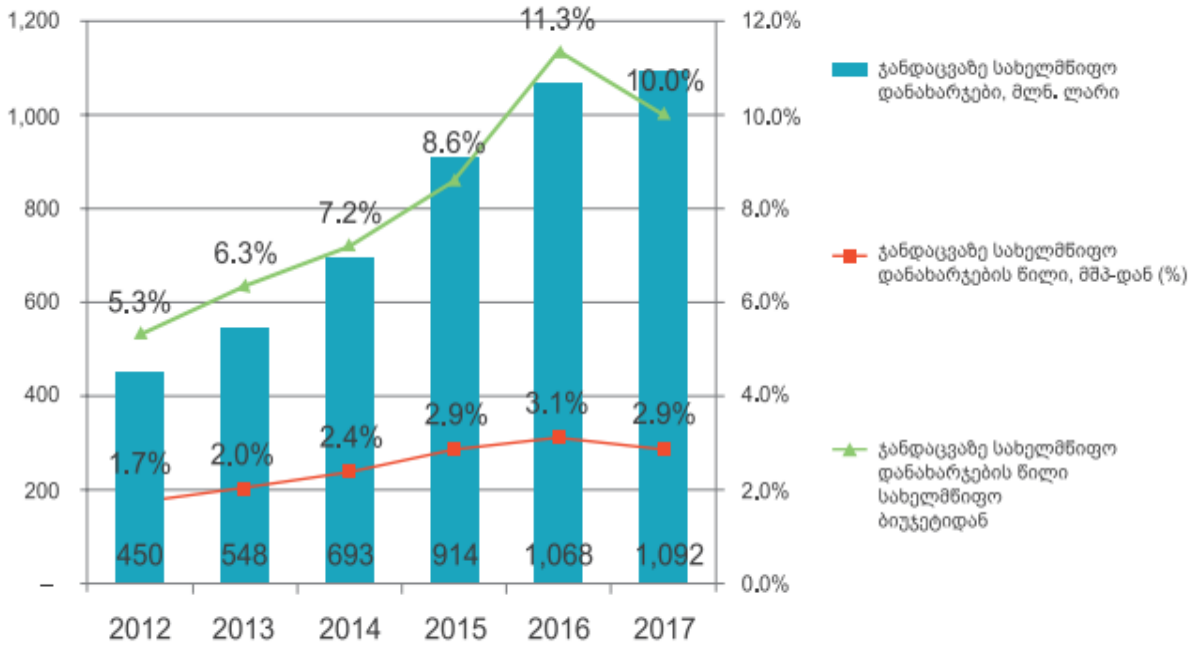
შენიშვნა: 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა, შესაბამისად დაჯამდა თანხები სხვაობის დასათვლელად.

ანგარიშის თანახმად სამედიცინო დაწესებულებებისთვის გადასახდელი დავალიანება - 201 მლნ ლარი, რაც ჯამურ გადახარჯვას 551 მლნ ლარამდე ზრდის. რაც დამტკიცებულ ბიუჯეტის 12% შეადგენს. ჩვენი შეფასებით, 2019 წელს დასაწყისში სამ. დაწესებულებებისთვის გადასახდელი დავალიანება 201 მლნ. თითქმის 450 მლნ. ლარამდე გაიზარდა.<sup>4</sup>

თუმცა 2020 წელს სერვისების უტილიზაციის შემცირების ხარჯზე სახელმწიფომ ამ დავალიანების მნიშვნელოვანი ნაწილი დაფარა და სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების პერიოდი 6 თვიდან - 3 თვემდე შემცირა. ასევე აღსანიშნავია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზედმეტი დანახარჯი ნაწილობრივ იფარება ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პროგრამების ხარჯზე. 2014- 2020 წლებში სხვა პროგრამებზე დაიხარჯა დაგეგმილზე 76 მლნ. ლარით (ანუ -4%) ნაკლები, რამაც ნაწილობრივ დააბალანსა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯვის პრობლემები

<sup>4</sup> ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. ჯანდაცვის სფეროს ფინანსური სტაბილურობისა და რისკების შეფასება. საერთაშორისო ფონდი-კურაციო.

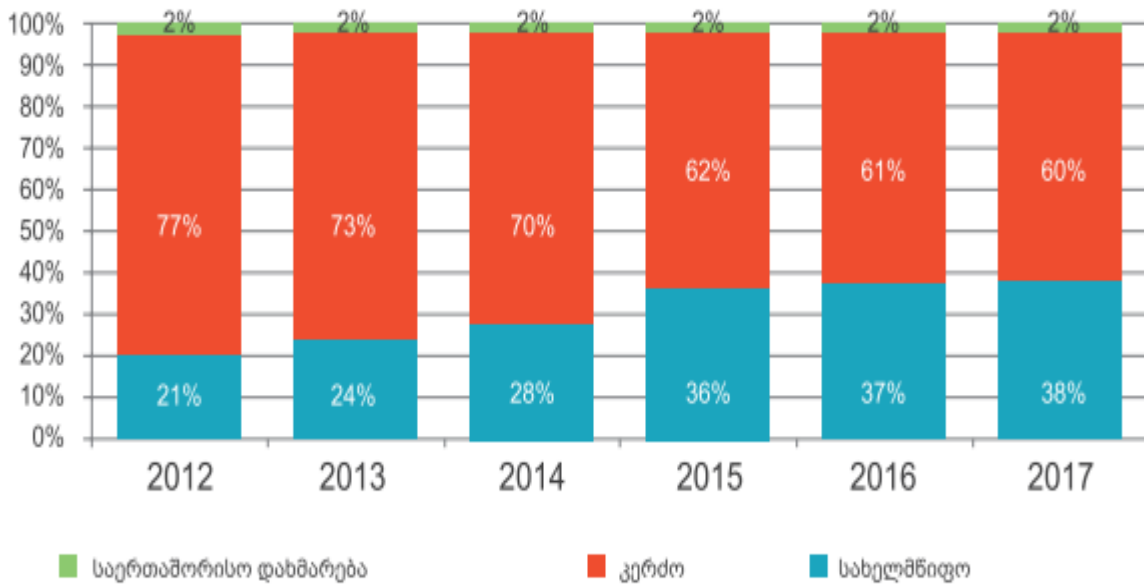
## ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები



ჯანდაცვის ხარჯების ტენდენციები 2012-2017

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ უზრუნველყო ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება: კერძოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა ნახევარზე მეტი (51.4%) მანამდე დაზღვეული არ ყოფილა. 2010 წელთან შედარებით, 2017 წელს ავადმყოფობის გამო მოსახლეობა უფრო ხშირად აკითხავდა ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელს და შემცირდა თვითმკურნალობაზე გაწეული ხარჯები. „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ შეამცირა სერვისებზე ფინანსური ბარიერები, განსაკუთრებით ჰოსპიტალურ სერვისებზე, ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაიზარდა მედიკამენტებსა და ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე. 2017 წელს მოსახლეობის 82% ეძებდა სამედიცინო მომსახურებას, თუკი ავადმყოფობდა 6 თვის განმავლობაში, მაშინ როდესაც იგივე მონაცემი 2014 წელს იყო 79%. იმ პაციენტების რაოდენობა, ვინც აცხადებს, რომ სჭირდებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ ვერ მოხვდნენ საავადმყოფოში, შემცირდა, კერძოდ 2.2% 2014 და 1.2% 2017 წელს. განახევრდა იმ პაციენტების წილი, რომლებიც ექიმთან ვიზიტის დროს მოელოდნენ კონსულტაციის

## ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა



ჯანდაცვლის პროცესის ეფექტურობა 2011-2017

ღირებულების გადახდას - შემცირდა 69.4%-დან 36.7%-მდე 2014 წელს, (2010 წელთან შედარებით) და 34.5%-მდე 2017 წელს.“<sup>5</sup>

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან 6 წლის შემდეგ ფინანსური მაჩვენებლების და სხვა მონაცემების შესწავლით შესაძლებელი გახდა მისი შეფასება, გამოჩნდა, რომ პროგრამის შექმნისას არ იყო სათანადოდ გაცნობიერებული მოსალოდნელი რისკები, რომლებიც პროგრამის განხორციელების სხვადასხვა ეტაპზე იჩენდა თავს. პროგრამას არ გააჩნდა სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, რომელიც ხელს შეუწყობდა პროგრამის ეფექტურ და თანმიმდევრულ განვითარებას. პროგრამის არსებული ფორმით გაგრძელება დაკავშირებულია მთელ რიგ რისკებთან. მათ შორის: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე გაწეული ხარჯების ზრდის არსებული ტენდენცია წარმოშობს საფრთხეს, რომ სახელმწიფო ვეღარ

<sup>5</sup> ჯანდაცვის რეფორმა-სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ონდი (kas) და ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (eprc). [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-\\_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClC0USwirbmag\\_ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClC0USwirbmag_ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) გადამოწმებულია 25.03.2021

უზრუნველყოფს პროგრამის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური რესურსის მოძიებას და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების საფასურის დროულ დაფარვას, რაც გამოიწვევს პროგრამის ფუნქციონირების შეფერხებას. ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების თანახმად, ნათელია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მკვეთრი ზრდა.<sup>6</sup>

სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალურმა ხელმისაწვდომობამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯიბიდან დანახარჯები და გაზარდა ფინანსური დაცულობა. თუმცა, ჯიბიდან გადახდილი თანხები მაღალი რჩება ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში. პროგრამას არ გააჩნდა სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, რომელიც ხელს შეუწყობდა პროგრამის ეფექტურ და თანმიმდევრულ განვითარებას. „პროგრამის არსებული ფორმით გაგრძელება დაკავშირებულია მთელ რიგ რისკებთან. მათ შორის: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე გაწეული ხარჯების ზრდის არსებული ტენდენცია წარმოშობს საფრთხეს, რომ სახელმწიფო ვეღარ უზრუნველყოფს პროგრამის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური რესურსის მოძიებას და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების საფასურის დროულ დაფარვას, რაც გამოიწვევს პროგრამის ფუნქციონირების შეფერხებას. ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების თანახმად, ნათელია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მკვეთრი ზრდა.“<sup>7</sup>

სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების უდიდესი ნაწილი ფინანსდება მესამე მხარის (სადაზღვევო კომპანია ან სახელმწიფო) მიერ, და პირდაპირი კავშირი მყიდველსა და გამყიდველს შორის არ არსებობს, “ფასი” სულ უფრო გაურკვეველია და ნაკლებად შეესაბამება ჩვეულებრივ ბაზარზე მყიდველსა

---

<sup>6</sup> ჯანდაცვის რეფორმა-სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ონდი (kas) და ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (eprc). [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-\\_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) გადამოწმებულია 25.03.2021

<sup>7</sup> ჯანდაცვის რეფორმა-სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ონდი (kas) და ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (eprc). [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-\\_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) გადამოწმებულია 25.03.2021

და გამყიდველს შორის გარიგებით მიღწეულ ფასს. სამედიცინო მომსახურების ფასი უფრო ნდობისა და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ქცევის უწყვეტ ურთიერთობებს ემყარება. ამრიგად, გაურკვევლობა ჯანდაცვის სფეროს გამოკვეთილი მახასიათებელია, რაც განასხვავებს მას ჩვეულებრივი ბაზრისაგან და შესაბამისად, ზრდის სახელმწიფოს როლს ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების თვალსაზრისით.

## თავი II

### საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობა და რისკები

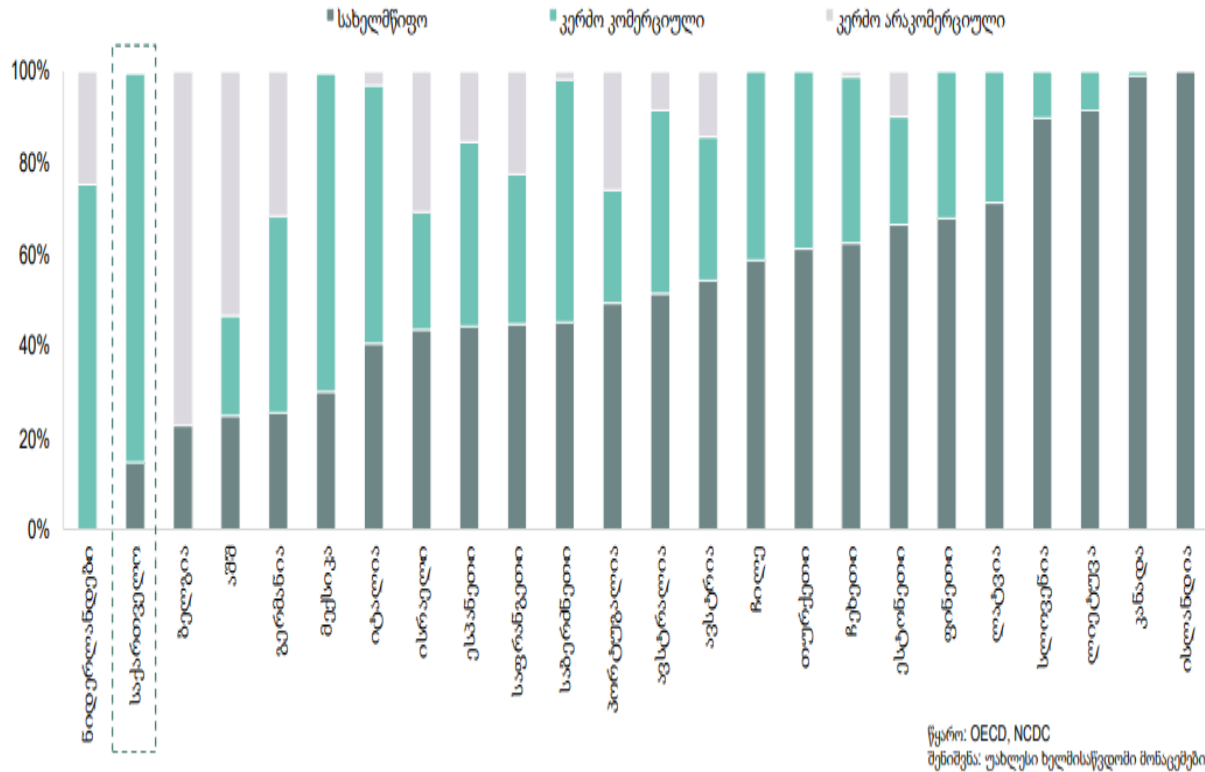
#### 2.1. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსი და სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე

ჯანდაცვის სფერო 3 მნიშვნელოვანი სექტორს აერთიანებს: ფარმაცევტული კომპანიები, კლინიკები და სადაზღვევო კომპანიები. დღევანდელი მდგომარეობით საქართველოში 162 მცირე, 31 საშუალო და 13 მსხვილი აფთიაქი ფიქსირდება. თუ დავაკვირდებით აფთიაქების რაოდენობას 2012 წლიდან დღემდე ვნახავთ, რომ მათი რაოდენობა ყოველწლიურად საშუალოდ 10%-ით იზრდებოდა 2015 წლამდე, თუმცა ბოლო წლებში ეს მაჩვენებელი 2-დან 5%-მდე მერყეობს. ეს ფაქტი განპირობებულია ბაზარზე არსებული მსხვილი სააფთიაქო ქსელების მიერ მცირე აფთიაქების შემოერთებით. ამჟამად ბაზარზე არსებული აფთიაქების 17% ქსელურია. ფარმაცევტული კომპანიები დიდ როლს თამაშობენ დასაქმების მხრივ, მცირე აფთიაქებში 5-დან 20-მდე ადამიანია დასაქმებული, საშუალოში 20-დან 50-მდე, ხოლო მსხვილ აფთიაქებში 150-დან 250 ადამიანამდე, თუმცა გვხვდება კომპანიები, რომლებშიც დასაქმებულთა რაოდენობა 5000-მდე მერყეობს. რაც შეეხება კლინიკებს მათი რიცხვი 2012 წლიდან დღემდე საშუალოდ 5%-ით იზრდება, 2017 წლის მონაცემებით საქართველოში ფუნქციონირებდა 405 კლინიკა. კლინიკების რიცხვის ზრდასთან ერთად გაზრდილია ექიმთან მიმართების რიცხვიც.<sup>8</sup> თუ 2009 წელს ერთ ექიმზე საშუალოდ მოდიოდა 343 პაციენტი, 2016 წელს ეს მაჩვენებელი 492 პაციენტს შეადგენს. მსგავსი სიტუაციაა საავადმყოფოების საწოლების მიმართ. თუ 2009 წელს

---

<sup>8</sup> ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. ჯანდაცვის სფეროს ფინანსური სტაბილურობისა და რისკების შეფასება. საერთაშორისო ფონდი-კურაციო.

სავადმყოფოების განაწილება საკუთრების ფორმის მიხედვით



წყარო: OECD, NCDC  
შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

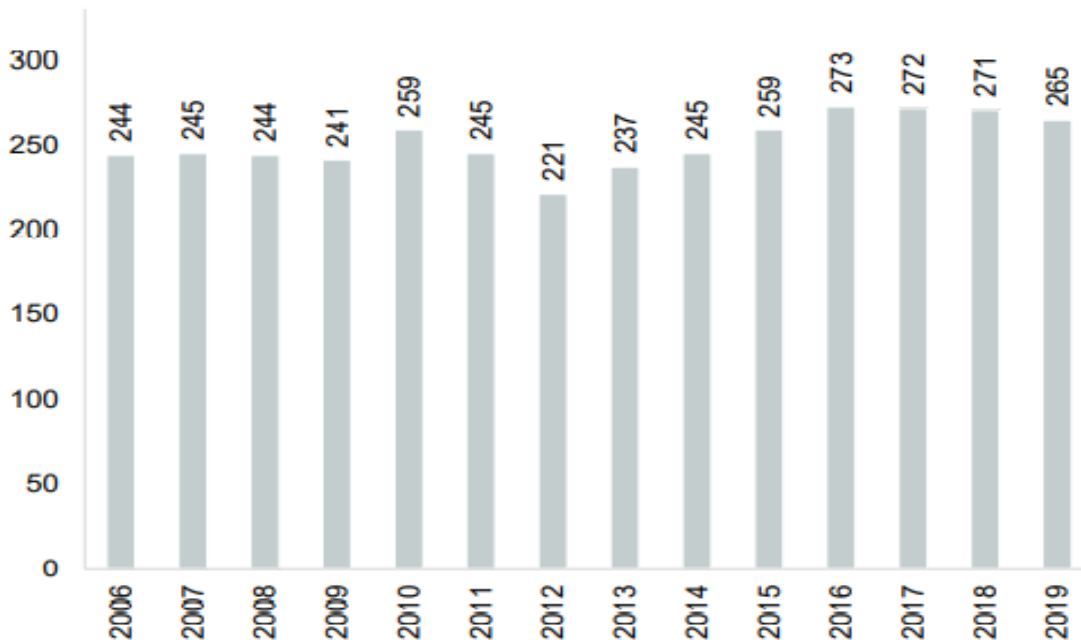
ერთ საწოლზე საშუალოდ მოდიოდა 520 პაციენტი წელიწადში, დღეს ეს მაჩვენებელი შეადგენს 948-ს.

საქართველოში კერძო სექტორის წილი ჯანდაცვაში მაღალია ბევრ განვითარებად და განვითარებულ ქვეყანასთან შედარებით. კერძო მოგებაზე ორიენტირებული სავადმყოფოების ხვედრითი წილი სავადმყოფოთა მთლიან რაოდენობაში 86%-ს შეადგენს, დანარჩენი 14% კი სახელმწიფო საკუთრებაშია, იგულისხმება ძირითადად სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, როგორებიცაა ფსიქიატრიული, ნარკოლოგიური და ა.შ.

სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე 2010-19 წლებში გასამმაგდა 1.3 მლრდ ლარამდე. მთავრობის დაფინანსების ზრდამ და კერძო სადაზღვევო სექტორის განვითარებამ ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 17 პროცენტული პუნქტით 56%-მდე შეამცირა 2010-19 წლებში, რაც კვლავ მაღალია ევროკავშირის (16%) და რეგიონის შესადარისი ქვეყნების (38%) საშუალო



## საავადმყოფოების რაოდენობა საქართველოში



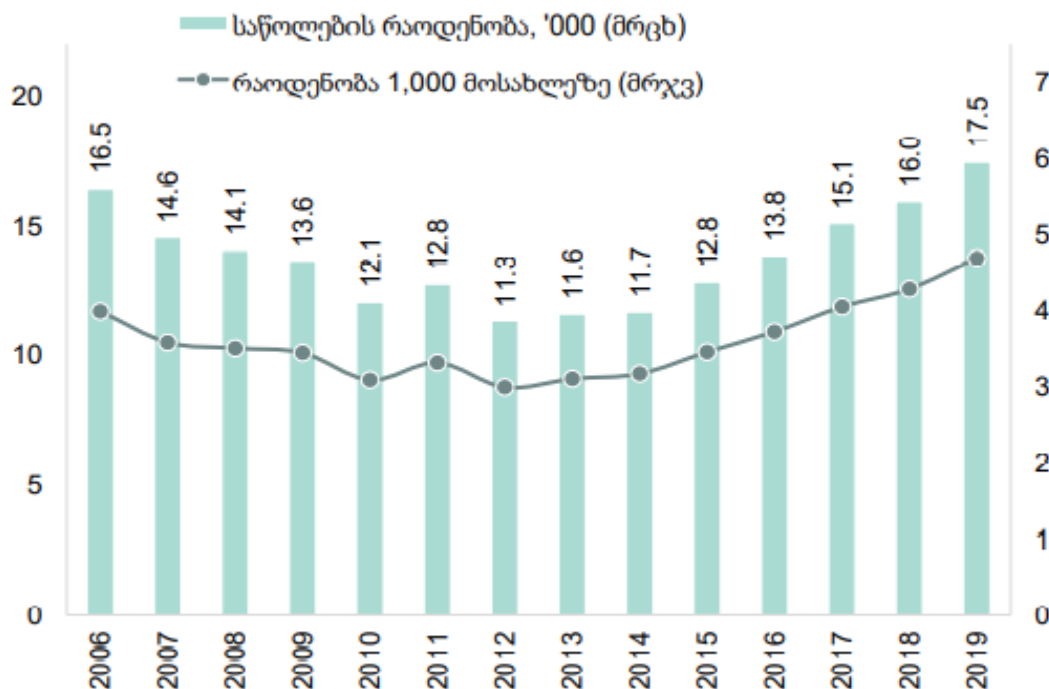
წყარო: NCDC, საქსტატი

მაჩვენებელთან შედარებით. ჯიბიდან გადახდების მაღალ დონეს საქართველოში ძირითადად მედიკამენტებზე დანახარჯები განაპირობებს. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკის მიხედვით, მთავრობა გეგმავს ჯიბიდან გადახდების წილის 30%-მდე შემცირებას 2030 წლისთვის.<sup>9</sup>

საქართველოში კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოების ხვედრითი წილი საავადმყოფოთა მთლიან რაოდენობაში 86%-ს შეადგენს, დანარჩენი 14% (ძირითადად სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, როგორებიცაა ფსიქიატრიული, ნარკოლოგიური და ა.შ.) კი სახელმწიფო საკუთრებაშია. სტაციონარული მომსახურების ფასი ამბულატორიულ მომსახურებასთან შედარებით ნაკლებად რყევადია და 2012 წლიდან დაბალი ერთნიშნა წლიური ინფლაციით ხასიათდება. მედიკამენტების ფასები 2010-20 წლების განმავლობაში მაღალი მერყეობით გამოირჩეოდა. იქიდან გამომდინარე, რომ მედიკამენტების უმეტესობა იმპორტირებულია, ბოლო წლების მაღალი ინფლაცია გლობალური ფასებისა და

<sup>9</sup> ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა. სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდის კვლევა.

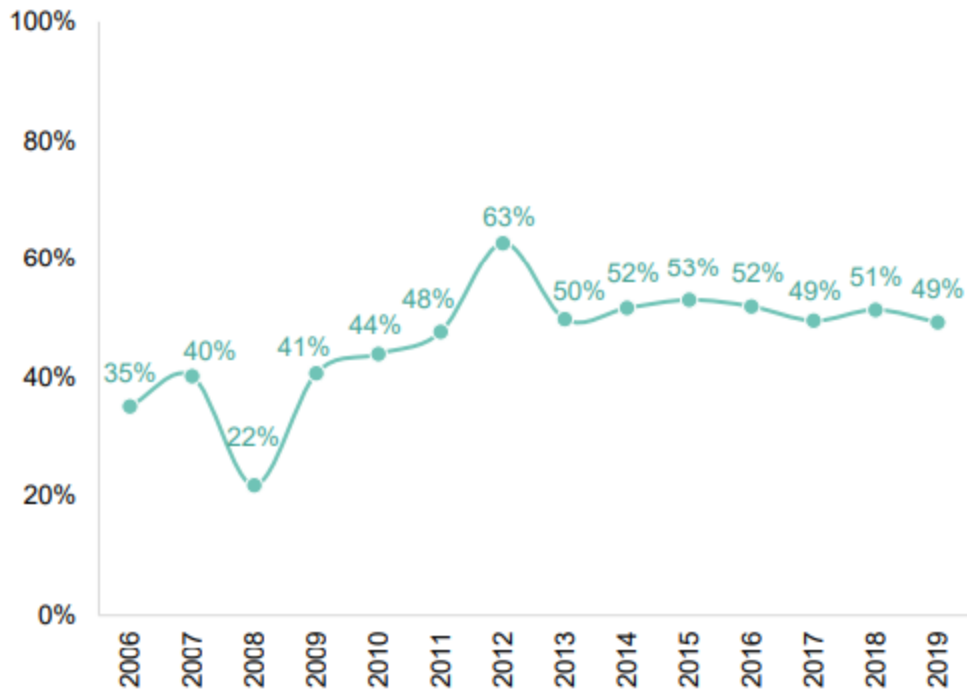
## საწოლების რაოდენობა საქართველოში



წყარო: NCDC, საქსტატი

ლარის გაცვლითი კურსის ცვალებადობას უკავშირდება. საავადმყოფოების პრივატიზება 2007 წლიდან მიზნად ისახავდა მოძველებული და ჭარბი რაოდენობის საწოლების განახლებას. შედეგად, 2012 წელს საწოლების რაოდენობა 1,000 კაცზე 3.0-მდე შემცირდა, რის შემდეგაც სექტორი გადავიდა გაფართოების ფაზაში და 2019 წელს საწოლების რაოდენობამ 1,000 მოსახლეზე 4.7-ს მიაღწია (ჯამურად 17.5 ათასი საწოლი). საწოლფონდი საქართველოში 2013 წლიდან იზრდება და 2019 წელს 17,5 ათასი საწოლი შეადგინა ( 1 000 მოსახლეზე 4,7). საავადმყოფოების პრივატიზება 2007 წლიდან მიზნად ისახავდა მოძველებული და ჭარბი რაოდენობის საწოლების განახლებას. შედეგად 2012 წელს საწოლების რაოდენობა 1 000 კაცზე 3.0-მდე შემცირდა, რის შემდეგაც სექტორი გადავიდა გაფართოების ფაზაში. ძველი ინფრასტრუქტურის შემცირების შედეგად 2006-2012 წლებში საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი გაორმაგდა და 63%-ს მიაღწია, მაგრამ საწოლფონდის ზრდის შედეგად დატვირთულობის მაჩვენებელი 49%-მდე შემცირდა 2019 წელს.

## საწოლების დატვირთულობა საქართველოში



წყარო: NCDC

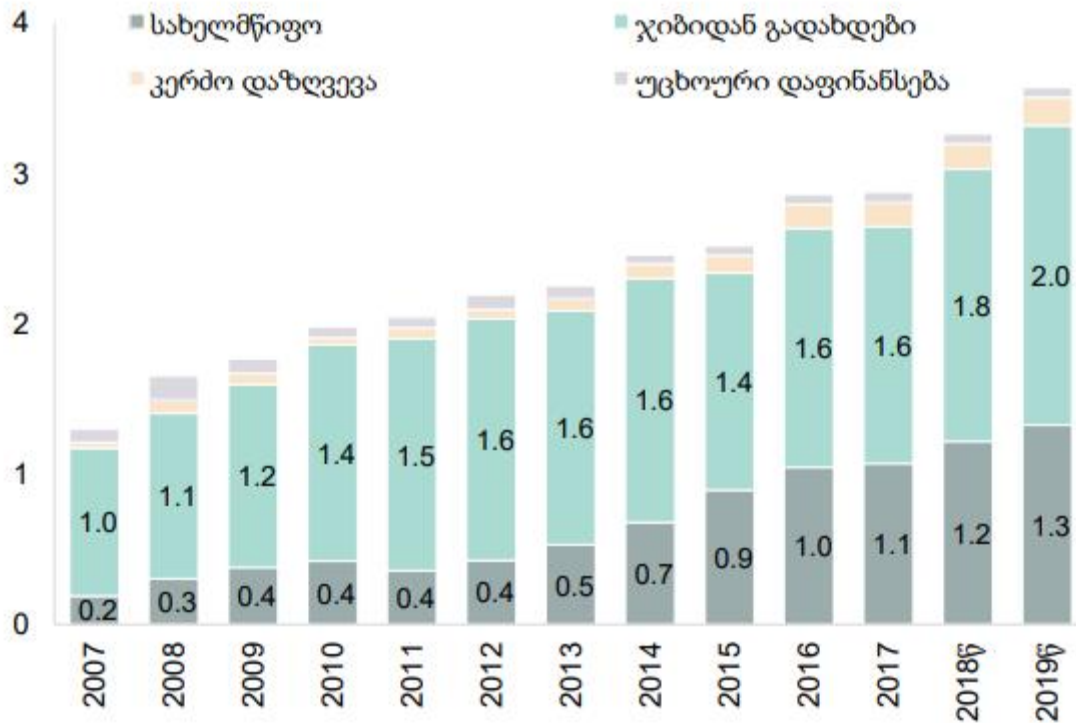
საწოლების სიჭარბიდან გამომდინარე საქართველოში საწოლფონდის დატვირთულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირის (77%) და დსთ-ს საშუალო (83%) მაჩვენებელს. საწოლების დატვირთულობა საქართველოში პანდემიამდე საშუალოდ 51%-ზე იყო დასტაბილურებული. ეს იყო ყველაზე კარგი მაჩვენებელი 2013 წლიდან.<sup>10</sup>

### სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე

სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე 2010-19 წლებში გასამმაგდა 1.3 მლრდ ლარამდე. „მთავრობის დაფინანსების ზრდამ და კერძო სადაზღვევო სექტორის განვითარებამ ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 17 პროცენტული პუნქტით 56%-მდე შეამცირა 2010-19 წლებში, რაც კვლავ მაღალია ევროკავშირის (16%) და რეგიონის შესადარისი ქვეყნების (38%) საშუალო მაჩვენებელთან

<sup>10</sup> ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა. სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდის კვლევა. ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა. სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდის კვლევა.

## ჯანდაცვის დანახარჯები წყაროს მიხედვით, მლრდ ლარი



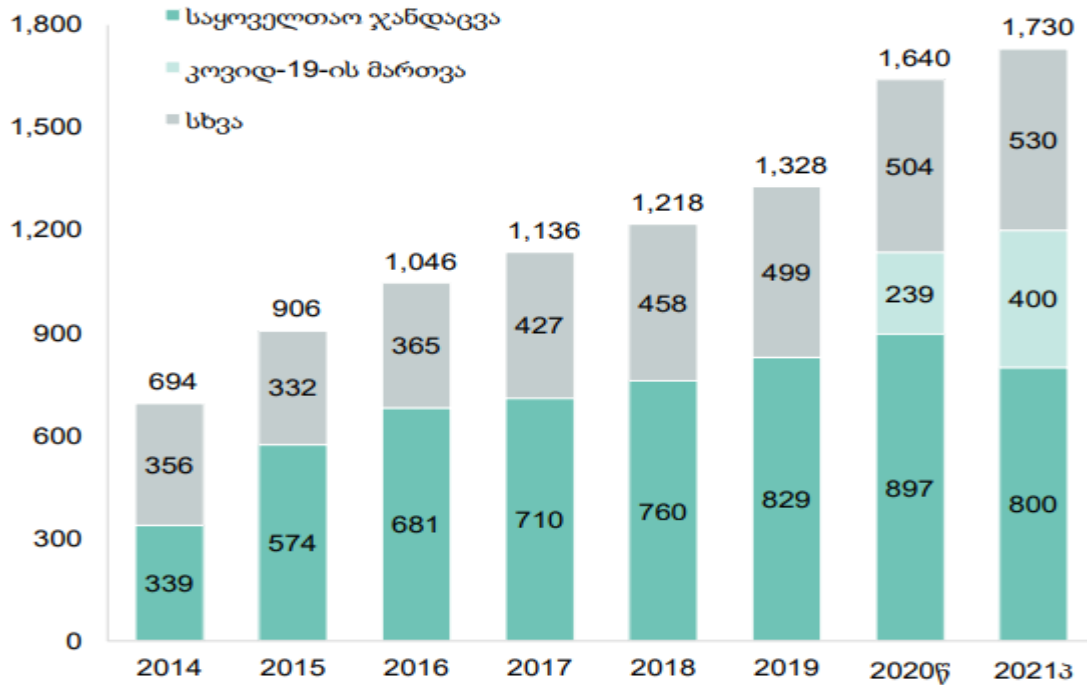
წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი

შედარებით. ჯიბიდან გადახდების მაღალ დონეს საქართველოში ძირითადად მედიკამენტებზე დანახარჯები განაპირობებს. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკის მიხედვით, მთავრობა გეგმავს ჯიბიდან გადახდების წილის 30%-მდე შემცირებას 2030 წლისთვის.<sup>11</sup> ზრდის მიუხედავად, საქართველოში სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მშპ-სთან მიმართებაში კვლავ დაბალია-7%-ს შეადგენდა 2019 წელს, საქართველოში შინამეურნეობების მთლიანი ხარჯების 10.8% ჯანდაცვაზე იხარჯება. საყოველთაო ჯანდაცვა კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავლების (2.0 მლრდ ლარი 2019-ში) დაახლოებით 40%-ს შეადგენს.

საქართველოს მთავრობა გეგმავდა საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსების დიაგნოზთან შეჭიდული დაჯგუფების (DRG) მოდელის შემოღებას, ეს მოდელი

<sup>11</sup> ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში. ძირითადი მიგნებები. დეკემბერი 2020. <https://galtandtaggart.com/upload/reports/13497.pdf> გადამოწმებულია 27.03.2021

## სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე, მლნ ლარი



წყარო: ფინანსთა სამინისტრო, გალტ & თაგარტი

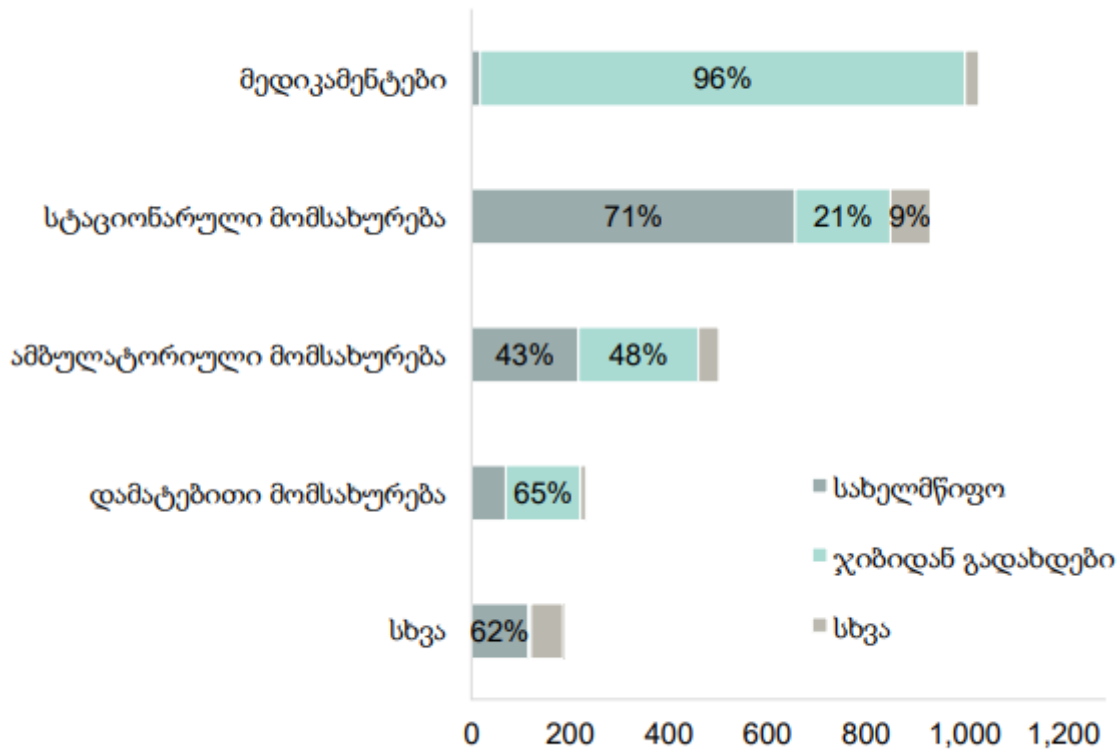
დაფინანსების მოცულობას განსაზღვრავდა პაციენტის დიაგნოზსა და სხვა რამდენიმე ფაქტორზე დაფუძნებით, მაგალითად ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული ლოკაცია და ა.შ. სამთავრობო გათვლებით DRG მოდელს უნდა გაეუმჯობესებინა ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობა. მოვახდინოთ არსებული და DRG მოდელის შედარება.<sup>12</sup>

არსებული მოდელი:

- საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდება მკურნალობის ფაქტიური ხარჯის მიხედვით;
- მოქმედი მოდელი ქმნის მომსახურების ქარბი მოცულობით გაწევის მოტივაციას, რაც თავის მხრივ ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს;
- არსებული მოდელით ბაზარზე გაჩნდა ბევრი პატარა ზომის საავადმყოფო, რაც ამცირებს ეფექტურობას;

<sup>12</sup> ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა. სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდის კვლევა.

## ჯანდაცვის დანახარჯები ფუნქციის მიხედვით, მლნ ლარი



წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო

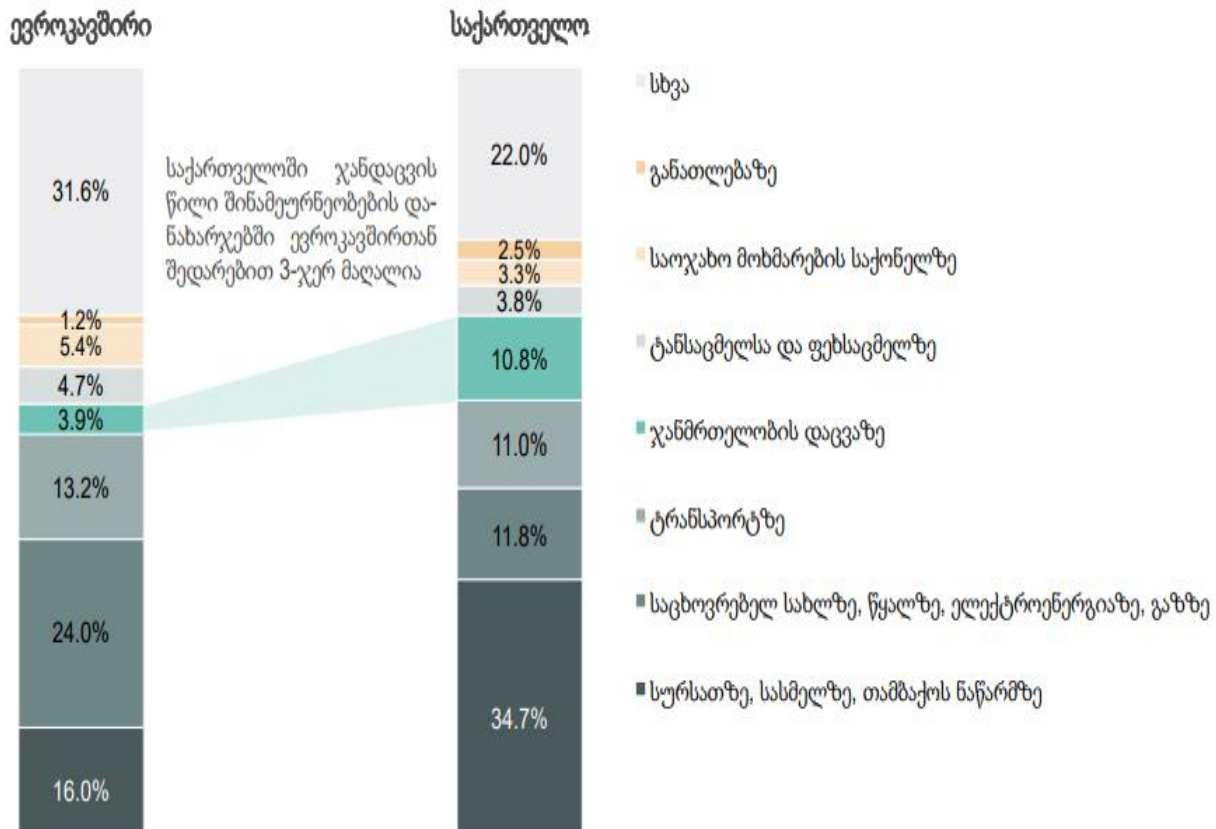
### DRG მოდელი:

- საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდება დიაგნოზზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი სტანდარტების მიხედვით;
- DRG მოდელით ხდება ეფექტური მკურნალობის წახალისება, ხარჯები ხდება მეტად პროგნოზირებადი და კონტროლირებადი;
- DRG მოდელით მასშტაბი ხდება კრიტიკულად მნიშვნელოვანი, რაც ხელს შეუწყობს კონსოლიდაციას და ბაზრის ფრაგმენტულობის შემცირებას;<sup>13</sup>

<sup>13</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhkhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhkhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გამომოწმებულია 12.04 2021

## სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე ქვეყნების

### შინამეურნეობების დანახარჯების სტრუქტურა

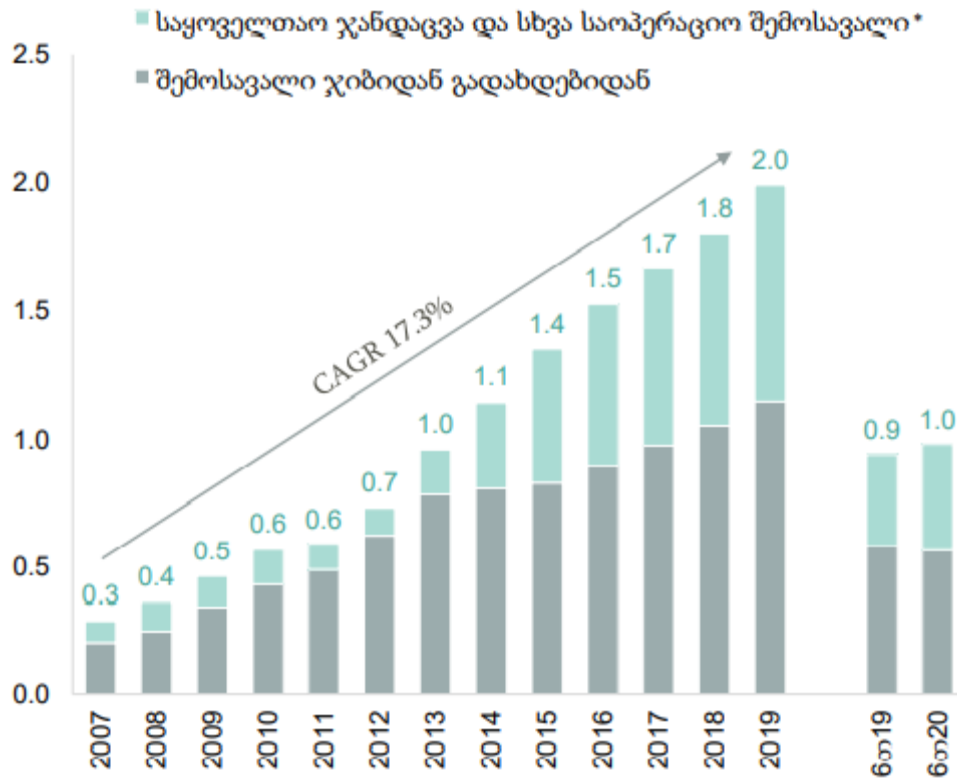


ზრდის მიუხედავად საქართველოში სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მშპ-სთან მიმართებაში კვლავ დაბალი რჩება, რაც შეეხება სახელმწიფო დანახარჯებს ჯანდაცვაზე ქვეყნების შემოსავლიანობის მიხედვით %-ად მშპ-სთან მიმართებაში საქართველოს მაჩვენებლები მოცემულია 2019 წლის მდგომარეობით, სხვა ქვეყნები კი 2017 წლის მონაცემებით. მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციით საქართველო ზედა საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს მიეკუთვნება.

ერთ-ერთ არასასურველ მაკროეკონომიკურ მაჩვენებლად საქართველოში შინამეურნეობების დანახარჯების სტრუქტურა გვევლინება, სადაც ჯანდაცვის ხარჯები მთლიანი დანახარჯების 10,8%-ს შეადგენს. ევროკავშირის მონაცემები მოცემულია 2018 წლის მდგომარეობით, საქართველოსი კი 2019 წლის მონაცემებით.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ

## კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავალი, მლრდ ლარი



წყარო: საქსტატი

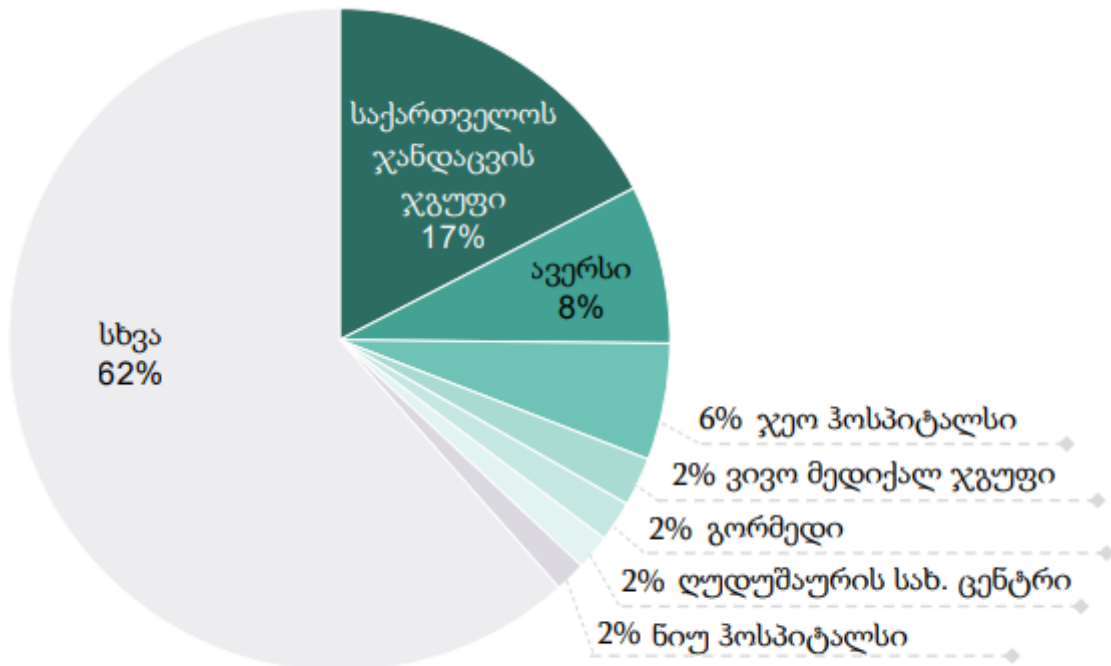
საყოველთაო ჯანდაცვა კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავლების დაახლოებით 49%-ს შეადგენს ( 2.0 მილიარდი ლარი 2019 წელს). სქემაზე წარმოდგენილი კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავალი ძირითადად მოიცავს საყოველთაო ჯანდაცვიდან მიღებულ შემოსავლებს, მონაცემები არ მოიცავს მედიკამენტებით ვაჭრობას.<sup>15</sup>

ჯანდაცვის სექტორის საოპერაციო და ფინანსური ეფექტურობის ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორი მასშტაბის მიღწევაა, თუმცა სექტორი კვლავ ფრაგმენტულია წარმოგიდგენთ მონაცემებს ბაზრის წილი ჰოსპიტალიზაციების მიხედვით, 2019 წელს:

მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გადამოწმებულია 12.04 2021

<sup>15</sup> <https://socialjustice.org.ge/ka/products/jandatsvis-politika-krisisis-dros> ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს. გადამოწმებულია 14.05. 2021



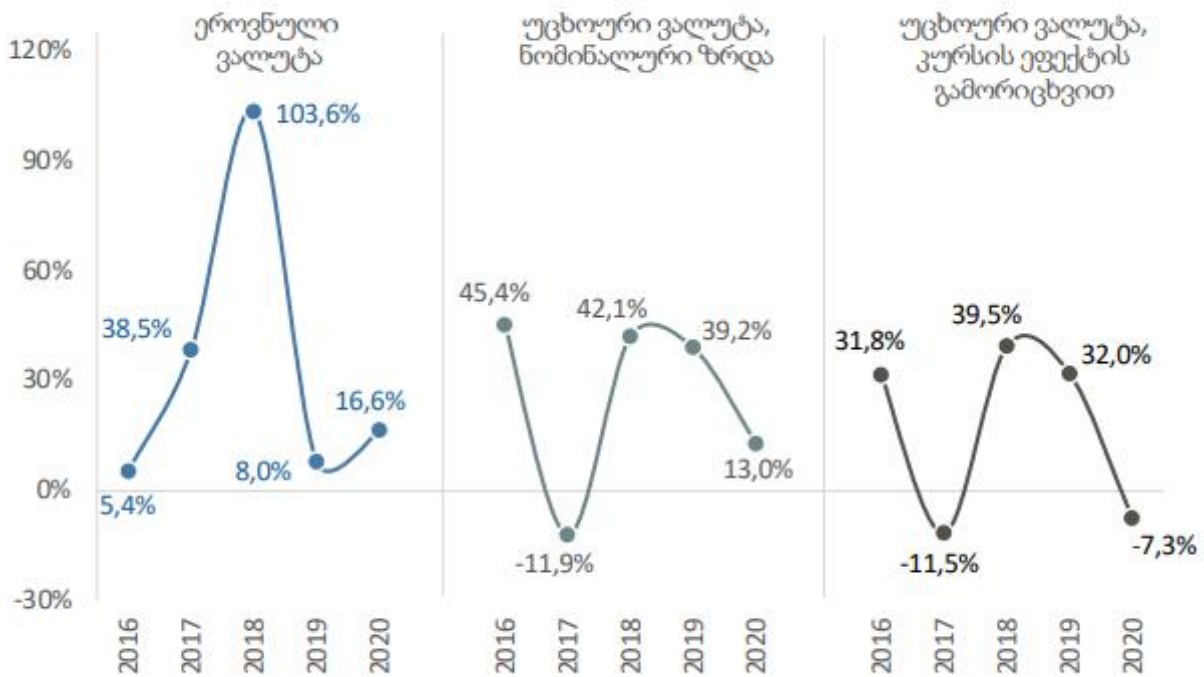


- საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფი ბაზრის ყველაზე მსხვილი მოთამაშეა, ჰოსპიტალიზაციების 17%-ით 2019 წლის მდგომარეობით.
- ავერსი და ჯეო ჰოსპიტალსი მე-2 და მე-3 უმსხვილესი კომპანიებია, ჰოსპიტალიზაციების შესაბამისად 8% და 6%-იანი წილით 2019 წელს.
- სხვა საავადმყოფოების წილი ჰოსპიტალიზაციებში 2% ან ნაკლებია.
- DGR მოდელის დანერგვა, სავარაუდოდ, წახალისებს კომპანიების კონსოლიდაციას და შეამცირებს ბაზრის ფრაგმენტულობას.<sup>16</sup>

ჯანდაცვის სექტორის საბანკო ვალდებულებები 2014-2020 წლებში 107.9%-ით გაიზარდა 715.2 მლნ ლარამდე (აქედან, სესხების 62.1% უცხოურ ვალუტაში, ხოლო 37.9% ეროვნულ ვალუტაშია დენომინირებული). ჯანდაცვის სექტორი, 3.8%-იანი წილით (2020), მე-6 უმსხვილესი სექტორია საბანკო პორტფელში. სესხების ზრდა უკავშირდება:

<sup>16</sup> <https://socialjustice.org.ge/ka/products/jandatsvis-politika-krizisis-dros> ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს. გადამოწმებულია 14.05. 2021

## ჯანდაცვის სექტორის საბანკო ვალდებულებების წლიური ზრდა

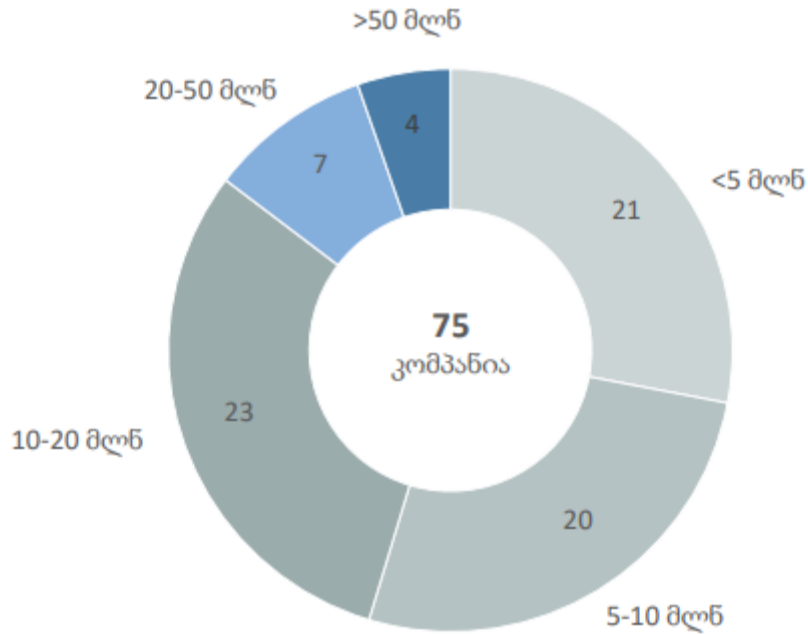


წყარო: სეზ

- სექტორის ლიკვიდობის გაუარესებას, რაც თავის მხრივ გამოიწვია სექტორის მომგებიანობის შემცირებამ და კომპანიების მიმართ სახელმწიფო დავალიანების დაგროვებამ
- აუცილებელ კაპიტალურ დანახარჯებს
- ლარის გაუფასურებას

ჯანდაცვის სექტორის ჯამური სესხები 3-ჯერ გაიზარდა 2014-19 წლებში, როცა სექტორის საოპერაციო მოგება (EBITDA) იგივე დონეზე დარჩა. შედეგად, კომპანიების გადახდისუნარიანობა გაუარესდა, რასაც ადასტურებს სესხის EBITDA-სთან ფარდობის ინდიკატორის 0.9-დან 2.6-მდე ზრდა 2015-19 წლებში (როცა საქართველოს ეკონომიკის ბიზნეს სექტორის საშუალო მაჩვენებელი იგივე პერიოდში გაუმჯობესდა და 2019 წელს 1.7 შეადგინა). ამასთან, ბაზრის მსხვილი მოთამაშეების დავალიანება უფრო მაღალია (სესხი/EBITDA კოეფიციენტი 4-5-ის ფარგლებში) ვიდრე პატარა და საშუალო ზომის დაწესებულებების.

ფინანსური ანალიზისთვის შერჩეული კომპანიების რაოდენობა შემოსავლის მიხედვით, 2019, ლარი



ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური მდგომარეობის შესაფასებლად გავანალიზეთ მსხვილი, საშუალო და მცირე ზომის 75 კომპანიის 2018-19 წლების ფინანსური ინდიკატორები. ამ კომპანიების ძირითად საქმიანობას წარმოადგენს ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურება თბილისსა და საქართველოს რეგიონებში. შერჩეულ 75 კომპანიას ჯანდაცვის სექტორში შემოსავლების 63.6% და ჰოსპიტალიზაციების 69.4% წილი უკავია, 2019 წლის მონაცემებით. ამ 75 კომპანიიდან: – 41 კომპანიის შემოსავლები არ აღემატება 10 მლნ ლარს – 30 კომპანიის შემოსავლები მერყეობს 10-დან 50 მლნ ლარამდე – მხოლოდ 4 კომპანიის შემოსავლები აღემატება 50 მლნ ლარს.<sup>17</sup>

2019 წელს ზარალზე გავიდა სამედიცინო კომპანიების 29%, 2018 წელს კი 26%. ზარალზე გასულ კომპანიებს შორის არიან როგორც მცირე და საშუალო, ისე მსხვილი

<sup>17</sup> <https://socialjustice.org.ge/ka/products/jandatsvis-politika-krizisis-dros> ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს. გადამოწმებულია 14.05. 2021

ზომის კომპანიები. სოციალური სააგენტოსა და სადაზღვევო კომპანიებისგან დებიტორული დავალიანების ხანგრძლივობა, დაბალი მომგებიანობის ინდიკატორებთან ერთად საფრთხეს უქმნის ჯანდაცვის სექტორის ფინანსურ სტაბილურობას: 2019 წელს დებიტორული დავალიანების ბრუნვა საშუალოდ 3 თვეს შეადგენდა, კომპანიების მეოთხედისთვის კი 4 თვეს აღემატებოდა. აღსანიშნავია, რომ ამ მაჩვენებელს აუმჯობესებს ჯიბიდან გადახდები, რაც მომსახურების მიღებიდან მალევე ხდება, როცა 2019 წელს სოციალური სააგენტოს დავალიანების ხანგრძლივობა 5-6 თვეს აღწევდა. ამ პრობლემას კომპანიები სავაჭრო და სახელფასო ვალდებულებების გასტუმრების ვადის გახანგრძლივებით აბალანსებენ: 2019 წლის მონაცემებით სავაჭრო ვალდებულებების ბრუნვა საშუალოდ 258 დღეს, სახელფასო ვალდებულებების ბრუნვა კი 43 დღეს აღწევს.<sup>18</sup>

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შემდეგი მიზეზები არსებობს: ფასების ინფლაცია, არასაჭირო სამედიცინო სერვისების წარმოება, მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, ინოვაციური მექანიზმების დანერგვა. ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია ფასების ინფლაცია. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების საშუალო ფასის დონის ზრდას. ჯანდაცვის ბაზარზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ოლიგოპოლიის ნიშნები, რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერმა საკუთარი მოგების გაზრდის მიზნით, ე.წ. კარტელური გარიგებებით, შეიძლება გადაწყვიტოს სერვისებზე ფასების მომატება (ოლიგოპოლური ინფლაცია). ჯანდაცვის სექტორში ოლიგოპოლური ინფლაციის ერთ-ერთი გავრცელებული მაგალითია მედიკამენტებზე მაღალი ფასების დაწესება. ფონდ „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით (4), საქართველოში მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად აღემატება იმავე მედიკამენტებზე ევროპის ქვეყნებში არსებულ ფასებს. ასევე, მედიკამენტების ფასნამატმა იმპორტიდან

---

<sup>18</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გადამოწმებულია 12.04 2021

(საქართველოს ეკონომიკური საზღვრის გადაკვეთიდან) საცალო ქსელის დახლამდე შეადგინა 102%. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს ფასნამატის მარჟა სულ მცირე ორჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებულ მარჟას. ჯანდაცვის სექტორში ინოვაციური მექანიზმები იწვევს იმისათვის, რომ ახალი ტექნოლოგიების მეშვეობით შედარებით ნაკლები დანახარჯებით მიიღონ ჯანმრთელობის იგივე ან უკეთესი შედეგები. მაგალითად, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდის გამოყენებით მიიღება გაცილებით უკეთესი შედეგი. ამასთან, მნიშვნელოვნად მცირდება ჰოსპიტალში გატარებული საწოლ-დღეების ხანგრძლივობა და შესაბამისად დანახარჯებიც. მოყვანილი მაგალითი წარმოადგენს მკურნალობის ეფექტური მეთოდით ჩანაცვლების კლასიკურ შემთხვევას. თუმცა, არსებობს მეორე მხარეც. კვლევები ადასტურებენ რომ ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდი შესაძლოა დაუნიშნონ იმ პაციენტებსაც, ვისაც გააჩნია ნაღველ-კენჭოვანი დაავადების მსუბუქი ფორმაც, რომელიც არ საჭიროებს ქირურგიულ ოპერაციას.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდას ხელს უწყობს არასაჭირო სამედიცინო სერვისები, დაუსაბუთებელი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, რომელთაც არანაირი სარგებელი არ მოაქვთ ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. მრავალი კვლევა ადასტურებენ, რომ ასეთი არასაჭირო სამედიცინო სერვისებზე გაწეული ხარჯები საკმაო წილს შეადგენენ ჯანდაცვის ხარჯებში. არასაჭირო სამედიცინო სერვისების რაოდენობა განსაკუთრებით მაღალია იქ, სადაც შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე (7). გასათვალისწინებელია ამ მხრივ საქართველოში არსებული არასახარბიელო სიტუაცია. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საქართველოში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის (8). აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას.

ჯანდაცვის ხარჯების გარკვეული ნაწილი არ წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობის ხარჯებს. ჯანდაცვის სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ადმინისტრაციულ ხარჯებს. იგი საჭიროა ისეთი საორგანიზაციო ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად, როგორებიცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა, ჯანდაცვის ფინანსების მართვა და ა.შ. ადმინისტრაციული ხარჯები განსაკუთრებით მაღალია ისეთი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში (ან სოციალური დაზღვევის სისტემაში) მრავალი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობს. ერთერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ყოველ 1\$-ზე 31 ცენტი მოდის ისეთ ადმინისტრაციულ ხარჯებზე, როგორიცაა: დაზღვევის მარკეტინგი, ზარალების (პრეტენზიების) მართვა, მოთხოვნების დამუშავება (9). ამ მხრივ, აშშ-ში ჯანდაცვის ადმინისტრაციული ხარჯები გაცილებით აღემატება სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს.

## 2.2. ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს

კორონავირუსმა ხელი შეუწყო კერძოსა და სახელმწიფოს შორის არსებული კონფლიქტის გასაჯაროებას. მნიშვნელოვანია, რომ ამ კონფლიქტების გასაჯაროება არ მოგვერიდოს, რადგან ამ კონფლიქტში, როგორც წესი, ხალხი დგას ერთ მხარეს, ხოლო დიდი კაპიტალი დგას მეორე მხარეს. კონფლიქტების ამ გამსაჯაროებლებს ხალხის მხარდაჭერა ყოველთვის ექნებათ, ისევე როგორც ამ შემთხვევაში თენგიზ ცერცვაძეს ჰქონდა. ბოლო 30 წლის განმავლობაში სახელმწიფო გვერდზე გადგა დასაქმების პოლიტიკიდან, გვერდზე გადგა სიღარიბის შემცირების პოლიტიკიდან, ასევე გვერდზე იდგა ჯანდაცვის პოლიტიკიდან და ა.შ. შესაბამისად, ყველაფერი ამ 30 წლის განმავლობაში იყო ინდივიდუალიზებული. პანდემიის პირობებში კი განვითარებულმა მოვლენებმა დაგვანახა, რომ საზოგადოება ურთიერთ გადაჯაჭვულ ერთობას წარმოადგენს; საზოგადოება, როგორც მთლიანობა არსებობს და ერთის გადაწყვეტილება სხვაზე გავლენას ახდენს.

## COVID-19 სტატისტიკა საქართველოში

<b>178,953</b> დადასტურებული შემთხვევა	<b>148,332</b> გამოჯანმრთელებული	<b>1,657</b> გარდაცვლილი
<b>1,019</b> კარანტინის რეჟიმში	<b>6,918</b> სტაციონარში მეთვალყურეობის ქვეშ	<b>3,524</b> კოვიდ სასტუმროებში

წყარო: [www.stopcov.ge](http://www.stopcov.ge), 10 დეკემბერი 2020

## საქართველოს რეიტინგი მსოფლიოში

<b>#44</b> დადასტურებული შემთხვევების მიხედვით	<b>#13</b> 100,000 მოსახლეზე დადასტურებული შემთხვევების მიხედვით	<b>#36</b> 100,000 მოსახლეზე ტესტების რაოდენობის მიხედვით
---	---	--

წყარო: [Worldometer](http://Worldometer.com), 9 დეკემბერი 2020

ერთობის ყველაზე რადიკალური გამოვლენა სწორედ კორონავირუსის დროს მოხდა, როდესაც სხვებზე ისიც კი მოახდენდა გავლენას შენ გარეთ გახვიდოდი თუ არა. სწორედ ამ პირობებში შეიძლება დავინახოთ ერთის მხრივ სოლიდური წარმოსახვითი ერთობის გაჩენა, როგორც ერთი სახელმწიფოს ქვეშ მცხოვრები საზოგადოების, ხოლო მეორეს მხრივ გარკვეული მოლოდინის გაჩენა სახელმწიფოს მიმართ, რომელსაც ქართველი საზოგადოება ბოლო 30 წლის განმავლობაში საერთოდ გადაჩვეული იყო. აქედან გამომდინარე, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ პოსტ-პანდემიურ მოცემულობაშიც ეს მდგომარეობა შევინარჩუნოთ და ეს მოლოდინები კიდევ უფრო გავზარდოთ, რათა საბოლოოდ შეიქმნას სახელმწიფოს მხრიდან საზოგადოებასთან ანგარიშვალდებულების პატერნა. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ პოსტ-პანდემიურ მოცემულობაში უფრო მკაფიო გახდეს თუ

რა როლი აქვს ასეთ წესრიგში კერძოს, სახელმწიფო ინსტიტუტებსა და საზოგადოების წევრებს. ამ მოცემულობაში სახელმწიფოს აქვს ძალიან მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებები მისაღები - ის, თუ ვის მხარეს დადგება; რეალურად გაიაზრებს თუ არა იმ ინტერესთა კონფლიქტს, რაც აქამდე ყოფილა ჯანდაცვის სფეროში კერძოსა და საჯაროს შორის; შეძლებს თუ არა გააძლიეროს ის სამუალო რგოლი, რომლებმაც ასეთი გადამწყვეტი როლი ითამაშეს პანდემიასთან ბრძოლაში და სამომავლოდ უფრო გაააქტიუროს მათი როლი ჯანდაცვის სექტორის გაჯანსაღებაში.<sup>19</sup>

ეკონომიკაში ცნობილია ასეთი ეფექტი - მასშტაბის ეკონომია, რაც გულისხმობს იმას, რომ რაც უფრო მსხვილია საავადმყოფო, მით უფრო მეტი სერვისების გაწევა შეუძლია მას შედარებით ნაკლებ ფასად. ასეთ მსხვილ საავადმყოფოებს უფრო მეტად შეუძლიათ იზრუნონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, სათანადო მოწყობა-დანადგარების შეძენაში ინვესტირებაზე და ა.შ. კვლევები ადასტურებენ, რომ საავადმყოფო, რომელსაც 100 საწოლზე ნაკლები ფონდი გააჩნია არის ე.წ. წამგებიანი საავადმყოფო. ჩვენთან კი უამრავი 20-30 საწოლიანი საავადმყოფოებია გავრცელებული. პრობლემატურია ისიც, რომ საქართველოში გავრცელებულია მხოლოდ ორი მესაკუთრეობის ფორმა: კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო საავადმყოფოები (მათგან 95% ეს არის კერძო მომგებიანი). საქართველოში საერთოდ არ არის არაკომერციული (არამომგებიანი) საავადმყოფოები და სახელმწიფო კერძო პარტნიორული ჰოსპიტლები, რომელთაც მნიშვნელოვანი წილი უკავია განვითარებულ ქვეყნებში. ხშირად, სიტყვა "არამომგებიანის" არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. სინამდვილეში კი არამომგებიან, ისევე როგორც მომგებიან ან სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ცდილობენ მიიღონ მოგება. ისინი ერთმანეთისაგან

---

<sup>19</sup> <https://socialjustice.org.ge/ka/products/jandatsvis-politika-krisisis-dros> ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს. გადამოწმებულია 14.05. 2021



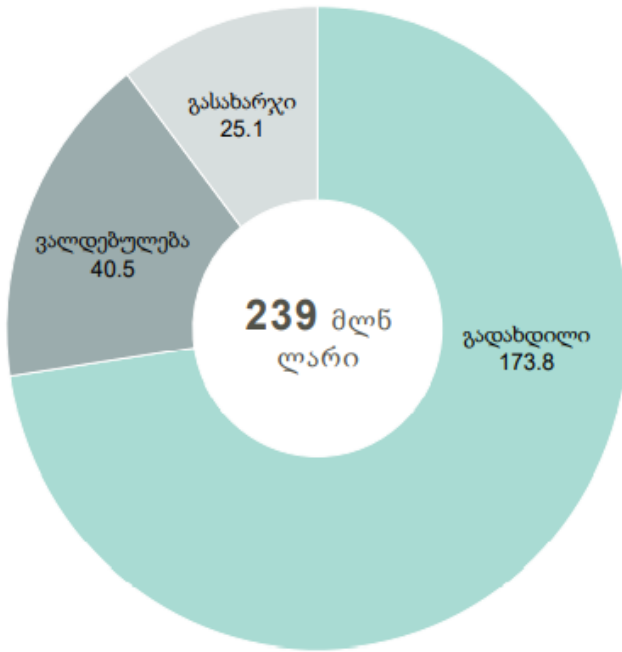
განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების თვალსაზრისით. კერძოდ, არამომგებიან საავადმყოფოებში მათი საქმიანობით მიღებული მოგება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შეძენაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე ნაწილდება. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ მთლიანი სექტორის 70-80%-ს, აშშ-ში 57%-ს. საქართველოში საჭიროა მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის, კერძოდ, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების და კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის განვითარების ხელშეწყობა.<sup>20</sup>

2019 წლის დეკემბერში ქალაქ ვუჰანში (ჰუბეის პროვინცია, ჩინეთი) წარმოშობილი მწვავე მძიმე რესპირატორულ სინდრომთან დაკავშირებული კორონავირუსი 2, რომელსაც COVID-19 ეწოდა, 21-ე საუკუნის მესამე ზოონოზური კორონავირუსული აფეთქებაა, როდესაც ინფექციის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა მოხდა და წარმოიქმნა ჯანმრთელობის გლობალური პრობლემა. საქართველოში COVID-19-ის გამოსავლენად PCR მეთოდის გამოყენებით ტესტირება დაიწყო 2020 წლის 30 იანვარს. 30 იანვრიდან 30 სექტემბრამდე პერიოდში ქვეყანაში ჩატარებული PCR ტესტების რაოდენობა არის 648 736, მათ შორის 642 541 - პირველადი. 2020 წლის 30 სექტემბრის მდგომარეობით, ქვეყანაში განხორციელებულია 176 642 ანტისხეულებზე დაფუძნებული სწრაფი მარტივი ტესტირება. ანტიგენზე დაფუძნებულ სწრაფი მარტივი ტესტირების რაოდენობამ შეადგინა 167 532. PCR ტესტირების ე.წ. დადებითობის შედეგის სიხშირე (positivity rate) პირველი დადასტურებული შემთხვევიდან 30 სექტემბრამდე 1.02%-ს შეადგენდა. საქართველოში პირველი დადასტურებული შემთხვევა 26 თებერვალს იყო რეგისტრირებული. დადასტურებული ახალი შემთხვევების სწრაფად მზარდი

---

<sup>20</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გადამოწმებულია 12.04 2021

## 2020 COVID ბიუჯეტის ათვისება, მლნ ლარი

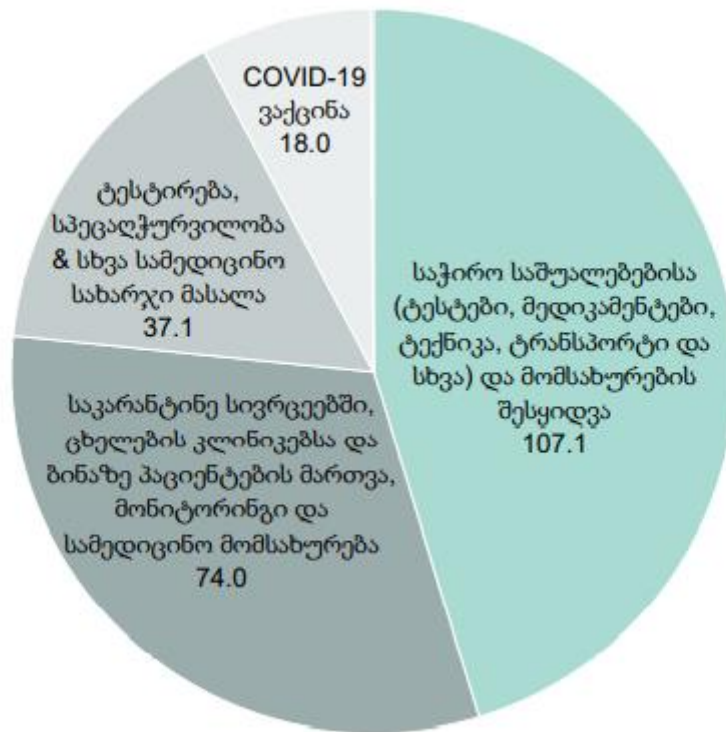


წყარო: სახელმწიფო ხაზინა, 9 დეკემბერი 2020

დინამიკის შესაბამისია ინციდენტობის მაჩვენებელიც - 26 თებერვლიდან 10 სექტემბრამდე ინციდენტობის მაჩვენებელი მცირე ცვლილებებით ხასიათდებოდა და 0,1-0,7 დიაპაზონში მერყეობდა. 10 სექტემბრიდან, დადასტურებული შემთხვევების მკვეთრი მატების ფონზე, ინციდენტობის მაჩვენებელი 9-ჯერ გაიზარდა და 6,6 შეადგინა. 30 სექტემბრის

მდგომარეობით, COVID-19 დაუდასტურდა 6 640 ადამიანს, კუმულაციური ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე -178.6 (95% CI 174.4- 182.9). საქართველოში COVID-19-ის მიმდინარეობის სხვა ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლებიდან აღსანიშნავია, რომ პირველი შემთხვევის დაფიქსირებიდან პირველ ოქტომბრამდე შემთხვევების გაორმაგების პერიოდი საშუალოდ 19 დღეა, ხოლო ეფექტური რეპროდუქციის ინდექსი  $R_t$  1,45-ს შეადგენდა (95% CI 1,39-1,51). COVID-19-ით დაავადებული პირველი პაციენტი ჰოსპიტალიზებულ იქნა 2020 წლის 26 თებერვალს, პირველი გამოჯანმრთელებული პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა 16 მარტს. 30 სექტემბრის მდგომარეობით გამოჯანმრთელებულთა ჯამურმა რაოდენობამ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 48 შეადგინა 3 419 (52%) ადამიანი. 30 სექტემბრის მდგომარეობით, ლეტალურად დასრულდა 39 შემთხვევა (ლეტალობის მაჩვენებელი 0.59%).

## 2020 COVID ბიუჯეტი ფუნქციის მიხედვით, მლნ ლარი

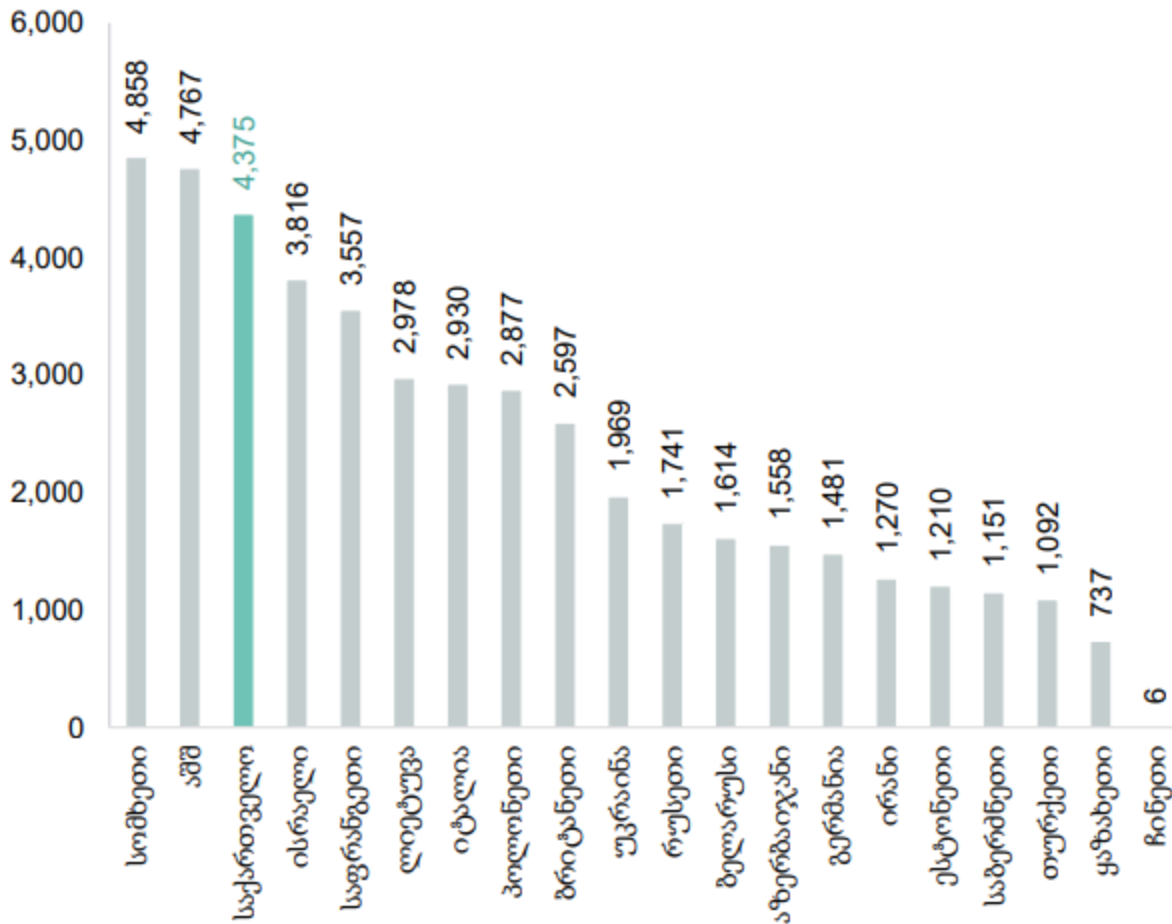


წყარო: მთავრობის დადგენილება N674

პანდემიამ კიდევ ერთხელ დაგვანახა, რომ საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის სფეროში საყურადღებო გარემოებას წარმოადგენს ის, რომ ჰოსპიტალური სექტორის მფლობელობის ფორმის 95%-ს წარმოადგენს კერძო მესაკუთრეობა. ამის პრობლემატიზება მანამდეც ხდებოდა, მაგრამ ეპიდემიამ უფრო თვალსაჩინო გახადა, რომ კრიზისის შემთხვევაში, შესაძლოა სახელმწიფო აღმოჩნდეს სიტუაციაში, როდესაც მას არ გააჩნია გადაწყვეტილების მიღების არც უნარი და არც ბერკეტები. 2006 წელს დაწყებული ჯანდაცვის მარკეტიზაცია, რომელმაც ჯანდაცვის სერვისის გასაქონლება განაპირობა, დღემდე არ გადახედილა.<sup>21</sup> პანდემიამ კიდევ ერთხელ დაგვანახა, რომ საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის სფეროში

<sup>21</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გადამოწმებულია 12.04 2021

## COVID-19 შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე



წყარო: Worldometer, 9 დეკემბერი 2020

საყურადღებო გარემოებას წარმოადგენს ის, რომ ჰოსპიტალური სექტორის მფლობელობის ფორმის 95%-ს წარმოადგენს კერძო მესაკუთრეობა. ამის პრობლემატიზება მანამდეც ხდებოდა, მაგრამ ეპიდემიამ უფრო თვალსაჩინო გახადა, რომ კრიზისის შემთხვევაში, შესაძლოა სახელმწიფო აღმოჩნდეს სიტუაციაში, როდესაც მას არ გააჩნია გადაწყვეტილების მიღების არც უნარი და არც ბერკეტები.

2006 წელს დაწყებული ჯანდაცვის მარკეტიზაცია, რომელმაც ჯანდაცვის სერვისის გასაქონლება განაპირობა, დღემდე არ გადახედილა. „კორონავირუსმა ხელი შეუწყო კერძოსა და სახელმწიფოს შორის არსებული კონფლიქტის გასაჯაროებას. მნიშვნელოვანია, რომ ამ კონფლიქტების გასაჯაროება არ მოგვერიდოს, რადგან ამ კონფლიქტში, როგორც წესი, ხალხი დგას ერთ მხარეს, ხოლო დიდი კაპიტალი დგას

მეორე მხარეს. დღეს, როგორც წესი, საჯარო სივრცეში ამ პროცესებზე გვესაუბრება ჯანდაცვის მენეჯმენტის მაღალი რგოლი ან გვესაუბრება ფინანსური სექტორი, რომელიც ჯერ კიდევ 2007 წლისთვის ჯანდაცვის სექტორის 40%-ის მფლობელი გახდა და სადაზღვეო კომპანიებით თუ ჰოსპიტალების ქსელების ფლობით ერთ-ერთ მთავარ აქტორს წარმოადგენს.<sup>22</sup> შესაბამისად, ეს ფინანსური სექტორი და მათი წარმომადგენლები, თუ იგივე მენეჯერიალური კლასი, საკმაოდ აქტიურები არიან რაღაც ტიპის ნარატივის შექმნაში-როგორი უნდა იყოს ჯანდაცვის პოლიტიკა, როგორი უნდა იყოს დაზღვევა, როგორია ეფექტიანი ჯანდაცვის სერვისი და ა.შ.

2020 წელს მნიშვნელოვნად გაიზარდა მედიკამენტების და ამბულატორიული მომსახურების ფასები, ხოლო სტაციონალური მომსახურების ინფლაცია დაბალი დარჩა. სტაციონარული მომსახურების ფასი ამბულატორიულთან შედარებით ნაკლებად რყევადია და 2012 წლიდან დაბალი ერთნიშნა წლიური ინფლაციით ხასიათდება. მედიკამენტების ფასები 2010-2010 წლებში მაღალი მერყეობით გამოირჩეოდა. იქიდან გამომდინარე, რომ მედიკამენტების უმეტესობა იმპორტირებულია, ბოლო წლების მაღალი ინფლაცია გლობალური ფასებისა და ლარის გავცლითი კურსის ცვალებადობას უკავშირდება.

სახელმწიფო ბიუჯეტის მიხედვით COVID ბიუჯეტი 2020 წელს 239 მლნ ლარს შეადგენდა, ხოლო 2021 წლისათვის 400 მლნ ლარზეა დაგეგმილი. ტესტირების დადებითობის მაჩვენებელი საუკეთესო ინდიკატორია იმის შესაფასებლად თუ რამდენად საკმარისია არსებული ტესტირების მოცულობა. მაღალი დადებითობის მაჩვენებელი მიუთითებს იმაზე, რომ ინფიცირებულების დიდი ნაწილის გამოვლენა ვერ ხერხდება. მიუხედავად იმისა, რომ 100 000 მოსახლეზე ჩატარებული ტესტების რაოდენობა საქართველოში მაღალია, ბოლო პერიოდში დადებითობის მაჩვენებელი იზრდება, გადააჭარბა 30%-ს, რაც ნიშნავს, რომ ინფიცირებულების რაოდენობა აღემატება ოფიციალურ სტატისტიკას.

---

<sup>22</sup> ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს. თამარ ქებურია. 8 ივნისი 2020.

<https://emc.org.ge/ka/products/jandatsvis-politika-krizisis-dros> გადამოწმებულია 26.03.2021

ვაქცინის კანდიდატები	Pfizer/BioNTech	Moderna	AstraZeneca/Oxford
ვაქცინის ტიპი	რნმ	რნმ	ვირუსული ვექტორი
ეფექტურობა წინასწარი კვლევებით	95%	94%	70%
საჭირო დოზა ერთ ადამიანზე	2	2	1 ან 1.5
ერთი დოზის მოსალოდნელი ფასი	20 აშშ\$	25-37 აშშ\$	3-4 აშშ\$
შენახვის საჭირო ტემპერატურა	-70°C	-20°C	2-8°C
2021 წარმოების სიმძლავრე	1.3 მლრდ დოზა	1.0 მლრდ დოზა	2.9 მლრდ დოზა
ევროკავშირში დადასტურების საგარეულო თარიღი	29 დეკემბერი	12 იანვარი	შუა იანვარი

Pfizer/BioNTech და Moderna-ს ვაქცინის კანდიდატებმა 2020 წლის ნოემბერში 90%-ზე მარალი ეფექტურობა გამოავლინეს კვლევების მე-3 ფაზაში. ეს შედეგი ბევრად აღემატება მოსალოდნელ 60-70%-ს, რაც საკმარისი ეფექტურობაა. აღსანიშნავია, რომ AstraZeneca/Oxford-ის ვაქცინამ 70%-იანი ეფექტურობა აჩვენა, ხოლო Jonson & Jonson-ის შედეგები ჯერ კიდევ უცნობია. COVAX პლატფორმა შექმნილია COVID-19 ვაქცინებზე მსოფლიოს ყველა ქვეყნისათვის სამართლიანი და სწრაფი წვდომის უზრუნველსაყოფად, მათ შორის საქართველოსთვის. საქართველომ უკვე შეიძინა 4 მლნ აშშ \$-ის ღირებულების ვაქცინა, სულ 17 მლნ აშშ \$-ის ღირებულების ვაქცინაა საჭირო საქართველოს მოსახლეობის 20%-ის დასაფარად.<sup>23</sup>

COVID-19-ის გავრცელება საქართველოში მაღალია, დადასტურებული შემთხვევების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე 4,400-ს აღწევს 10 დეკემბრის მდგომარეობით. გარდა ამისა, ტესტების დადებითობის მაჩვენებელმა ნოემბერში 30%-ს მიაღწია, რაც მიანიშნებს, რომ ტესტირება არასაკმარისია ყველა ინფიცირებულის გამოსავლენად. ვირუსის გავრცელების შესაჩერებლად ხელახლა დაწესდა შეზღუდვები მობილობის შესამცირებლად. COVID სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში 1%-ზე ნაკლებია, რაც ევრაზიის ბევრ განვითარებულ

<sup>23</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გადამოწმებულია 12.04 2021

და განვითარებად ქვეყანაზე დაბალი ინდიკატორია. ამჟამად 7,200-ზე მეტი COVID საწოლია მობილიზებული, საიდანაც 6,900 დაკავებულია 10 დეკემბრის მდგომარეობით. თუმცა, ჰოსპიტალიზაციის დონის შემცირება შესაძლებელია, რაც შეამსუბუქებს ტვირთს ჰოსპიტალურ სექტორზე. COVID-19-ის ვაქცინის კუთხით პოზიტიური მოლოდინებია. საქართველომ უკვე შეუკვეთა ვაქცინის პირველი ნაწილი (4 მლნ აშშ\$), რაც 2021 წლის გაზაფხულში ჩამოვიდა.<sup>24</sup>

ტესტების დადებითობის მაჩვენებელი საუკეთესო ინდიკატორია იმის შესაფასებლად თუ რამდენად საკმარისია არსებული ტესტირების მოცულობა. მაღალი დადებითობის მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ ინფიცირებულების დიდი ნაწილის გამოვლენა ვერ ხერხდება. მიუხედავად იმისა, რომ 100,000 მოსახლეზე ჩატარებული ტესტების რაოდენობა საქართველოში მაღალია, დადებითობის მაჩვენებელმა 30%-ს გადააჭარბა, რაც ნიშნავს რომ ინფიცირებულების რაოდენობა აღემატება ოფიციალურ სტატისტიკას. აღსანიშნავია, რომ ბოლო მონაცემებით დღიურმა ტესტების რაოდენობამ 20,000-ს გადააჭარბა, რაც სავარაუდოდ, შეამცირებს დადებითობის მაჩვენებელს.

ახალმა კორონავირუსმა რადიკალურად გარდაქმნა ადამიანის, საზოგადოების და სახელმწიფო ინსტიტუტების წარმოდგენები ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელობაზე და მის მჭიდრო კავშირზე როგორც სოციალურ, ასევე ეკონომიკურ და სახელმწიფო განვითარების სფეროებთან. პანდემიამ ახალი სიმწვავეით დააბრუნა ჯანდაცვის სფეროს და მისი ეფექტური მართვის საკითხები საჯარო თუ პოლიტიკურ ველში. ამის პარალელურად და გამოწვევებზე საპასუხოდ, სახელმწიფო დონეზე სხვადასხვა ტიპის რეფორმა დაანონსდა, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებას, სამედიცინო სფეროს დაფინანსების ზრდას თუ ინფრასტრუქტურის განახლებას მოიაზრებს. ამის მიუხედავად, რთულია მოცემულ ეტაპზე შეფასდეს, თუ

---

<sup>24</sup> [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE\\_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_-geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKVWa_ZY) ჯანდაცვის რეფორმა, ახალი ინიციატივა, სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ფონდი. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. გადამოწმებულია 12.04 2021

რამდენად გარდაქმნის კორონავირუსთან გამკლავების პირობებში დაგროვილი გამოცდილება და ცოდნა ჯანდაცვის როლის აღქმას სახელმწიფო ინსტიტუტების თუ გადაწყვეტილების მიმღებთა დონეზე. ამასთან, გლობალიზაციის, კლიმატის ცვლილების, სოციალური და ეკონომიკური სიდუხჭირის თუ ეკოლოგიური დეგრადაციის მზარდი დინამიკა ცხადყოფს, რომ მსგავსი ტიპის პანდემიები არათუ ერთჯერად და ანაქრონულ მოვლენად დარჩება, არამედ მათი სიხშირე და ნორმალიზებულიობა კიდევ უფრო გაიზრდება. კერძოდ, როგორც არაერთხელ მოგვისმენია, ჩვენ მოგვიწევს თანაცხოვრება ვისწავლოთ არა მხოლოდ COVID 19-ის ვირუსთან, არამედ სხვა ახალ და პოტენციურ ვირუსებთან, რაც კიდევ უფრო დიდ მახვილს სვამს სახელმწიფო დონეზე გატარებული ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელობაზე.

უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში პირველად გერმანიაში ჩამოყალიბდა კანცლერის ოტო ფონ ბისმარკის მიერ. დამსაქმებელი ვალდებული იყო დაქირავებულები გაეწევრებინა სადაზღვევო ფონდში. სადაზღვევო შენატანი დამოკიდებული იყო სახელფასო შემოსავლებზე. 1883 წელს მიღებული სადაზღვევო კანონის ძალით სოციალური დაზღვევა სავალდებულო გახდა გარკვეული კატეგორიის მუშაკებისათვის. ბისმარკის სოციალური კანონმდებლობის მთავარი პუნქტები მიმართული იყო სოციალისტური მოძრაობების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც ცდილობდნენ მუშაკებისათვის სოციალური დაცვის ფართო პაკეტის შეთავაზებას. 1883 წელს მიღებულმა კანონმა ხელი შეუწყო სადაზღვევო დაფარვის შემდგომ გაფართოებას. პროფკავშირები ტრადიციულად სთავაზობდნენ მოწყვლადი ჯგუფების დაკრძალვის, საკვების და საცხოვრებელი ხარჯების დაფინანსებას. დამსაქმებლებს ეკისრებოდათ იურიდიული პასუხისმგებლობა დასაქმებულთა უბედური შემთხვევების ხარჯებზე, თუმცა ეს ვალდებულება მძიმე ტვირთად აწვა მცირე საწარმოებს და ხშირად არ სრულდებოდა. თავდაპირველად სადაზღვევო კანონით დაფარული იყო ლურჯსაყელიანი დაქირავებულების დაახლოებით 26%, მოსახლეობის დაახლოებით 10%. საჯარო მოხელეების მოცვა დაიწყო 1914 წლიდან,



უმუშევართა მოცვა - 1918 წელს, ხოლო სოფლის მეურნეობაში თვითდასაქმებული მუშაკების - 1972 წელს, სტუდენტების - 1975 წელს. დღეისათვის მოსახლეობის 0,1%-ზე ნაკლებია დარჩენილი მოცვის გარეშე. 2007 წლის კანონმდებლობით მოცვა სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის, როგორც კერძო, ასევე სოციალური დაზღვევის მეშვეობით. სოციალური დაზღვევის მთავარი პრინციპია სოლიდარობა მდიდრებსა და ღარიბებს შორის. გერმანიის შემდეგ, სოციალური დაზღვევის სისტემა განვითარდა ავსტრიაში (1888), უნგრეთში (1891), საფრანგეთში. შვეიცარიაში უნივერსალური მოცვის კანონმდებლობა მიღებულ იქნა დიდი ხნის შემდეგ, 1996 წელს.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> <http://eprints.tsu.ge/1452/1/Universal%20health%20care%20in%20Georgia%20-%20achievements%20and%20challenges.pdf>

უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება დასაქართველოს რეფორმები. თენგიზ ვერულავა. დაგამოწმებული 16.05.2021

## დასკვნები:

- პირველ რიგში მნიშვნელოვანია აქტიური კომუნიკაცია სამედიცინო დარგის წარმომადგენლებთან, ჯანდაცვის ადგილობრივ და საერთაშორისო ექსპერტებთან რეფორმების დაგეგმვის ფაზაში პროცესების გამჭვირვალობის მიზნით, რაც ხელს შეუწყობს ყველა მონაწილე მხარეების აქტიურ ჩართულობას რეფორმის დაგეგმვასა და განხორციელებაში.
- საჭიროა ჯანდაცვის დაფინანსების სრულყოფილი სტრატეგიის შემუშავება. კერძოდ, დეტალურად განისაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც სრულად დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც დაბალანსებული იქნება რეალურ შესაძლებლობებთან.
- საჭირო დაფინანსების ისეთი სქემების შემოღება, როგორცაა შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურება, სტრატეგიული შესყიდვის მექანიზმების ამუშავება, ხარჯების შეკავების სხვადასხვა მეთოდების (სელექტიური კონტრაქტირება, DRG) დანერგვა.
- ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.
- კვლავ გამოწვევად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საქართველოში. ინფრასტრუქტურისა და საკადრო რესურსის თვალსაზრისით ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის არსებული მექანიზმები (ნებართვები,

ლიცენზიები და სერტიფიცირების სისტემა) საჭიროებს სრულყოფას, განვრცობასა და მონიტორინგის მექანიზმების დახვეწას.

- დაწესებულებების დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის ხელშეწყობა. ჯანდაცვის სისტემა არ უნდა იყოს საარჩევნო ციკლზე დამოკიდებული, უწყვეტობა თანმიდევრობა, ეფექტურობა და მომსახურების ხარისხზე ფოკუსირება მეტად მნიშვნელოვანია.
- ერთიანი ტარიფების შემოღება პოზიტიურია სახელმწიფო ბიუჯეტის სტაბილურობისთვის, თუმცა არსებობს რისკი, რომ დაწესებულებები შემოსავლებისა და ხარჯის დასაბალანსებლად: – შეიძენენ იაფ უხარისხო მედიკამენტებსა და სამკურნალო საშუალებებს ან/და – შეამცირებენ საჭირო დიაგნოსტიკური კვლევების რაოდენობას (არა ოპტიმიზაცია) ან/და – გაზრდიან მედპერსონალის დატვირთვას სახელფასო ხარჯის შემცირების მიზნით ან/და – თანაგადახდის გზით და სხვა მექანიზმებით მოახდენენ ხარჯების ნაწილის პაციენტის ჯიბეზე გადატანას თუ არ მოხდება ტარიფებთან ერთად ხარისხის კონტროლის ქმედითი მექანიზმების დროული დანერგვა, არსებობს რისკი, რომ პაციენტი დაზარალდეს ფინანსურად ან დაბალი ხარისხის მომსახურებით.
- დანახარჯების კონტროლთან ერთად მნიშვნელოვანია ისეთი ღონისძიებების გატარებაც, რომლებიც მომწოდებელი ქსელის ოპტიმიზაციაზე, სექტორის ეფექტურობის ზრდაზე, სერვისის ხარისხის კონტროლსა და პაციენტის ფინანსურ დაცულობაზე იქნება ფოკუსირებული.
- მნიშვნელოვანია გრძელვადიანი ჯანდაცვის პოლიტიკის არსებობა. მოსალოდნელ რეგულაციებთან და სახელმწიფო პოლიტიკასთან დაკავშირებით, რადგან გაურკვევლობის მაღალი დონე ხელს უშლის ინვესტიციების მოზიდვას და ართულებს სამედიცინო კომპანიებისთვის გრძელვადიანი სტრატეგიის შემუშავებას.

- სამედიცინო სახარჯი მასალები სექტორის დანახარჯების მსხვილი კომპონენტია და შემოსავლების დაახლოვებით 25%-ს შეადგენს.
- პანდემიისგან დასაცავად დამატებითი აღჭურვილობის (ხელთათმანების, პირბადეებისა და სხვა დამცავი საშუალებების) საჭიროება ზრდის სამედიცინო მომსახურების თვითღირებულებას.
- პანდემიისგან გამოწვეული გაზრდილი მოთხოვნა აძვირებს სამედიცინო სახარჯ მასალებს გლობალურად.
- სამედიცინო მასალები ძირითადად იმპორტირებულია და ლარის გაუფასურება დამატებით ზრდის მათ თვითღირებულებას.
- გაძვირებული კომუნალური ტარიფები - 2021 წლიდან კომპანიებისთვის ელექტროენერგიის საფასური 65-75%-ით, წყლის საფასური კი დაახლ. 48%-ით გაიზრდება 2018-20 წლებთან შედარებით

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. N520 დადგენილება-გამოწვევები და შესაძლო შედეგები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. მარიამ ლომია. [ეკონომიკა : ყოველთვიური საერთაშორისო რეცენზირებადი და რეფერირებადი სამეცნიერო ჟურნალი. თბილისი, 2020. N1-2. გვ. 6-12.](#)
2. საყოველთაო ჯანდაცვის მორალური რისკი. ეგნატე შამუგია. [Forbes Georgia. თბილისი, 2020. თებერვალი. N 94. გვ. 26-28.](#)
3. ხელფასის შემცირება ან თანამშრომელთა ქუჩაში გაშვება - სამინისტროსა და კლინიკების დავა პიკს აღწევს : ორივე მხარე ერთმანეთს სიცრუეში ადანაშაულებს და შეთანხმება უკვე შეუძლებელი ხდება. თამარ მუკბანიანი. [რეზონანსი. თბ, 2020. 29 იანვარი. N 16. გვ. 9.](#)
4. საქართველოს ჯანდაცვა მსოფლიოს საუკეთესო პრაქტიკის გზაზე. დავით სტურუა. [ეკონომიკა: ყოველთვიური საერთაშორისო რეცენზირებადი და რეფერირებადი სამეცნიერო ჟურნალი. თბ, 2019. N7-9. გვ. 101-108.](#)
5. რეფორმის მიზანი, ხარჯთეფექტური მეთოდებით, პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე საქართველოს მოსახლეობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობაა. ბათო ჯაფარიძე. [ვერსია. თბ, 2015. 21-22 დეკემბერი. N 131. გვ. 7.](#)
6. ჯანდაცვის რეფორმა-სწორი თუ მცდარი ნაბიჯები. კონრად ადენაუერის ონდი (kas) და ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (eprc). [https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL\\_BROCHURE - geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKvWa\\_ZY](https://eprc.ge/uploads/brosh/MEDICAL_BROCHURE_geo.pdf?fbclid=IwAR3xPNAClc0USwirbmag-ysuBpMjhhkEhEvHo0YacjMvBg6k4NkqKvWa_ZY) გადამოწმებულია 25.03.2021
7. ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში. ძირითადი მიგნებები. დეკემბერი 2020. <https://galtandtaggart.com/upload/reports/13497.pdf> გადამოწმებულია 27.03.2021
8. ჯანდაცვის პოლიტიკა კრიზისის დროს. თამარ ქეზურია. 8 ივნისი 2020. <https://emc.org.ge/ka/products/jandatsvis-politika-krizisis-dros> გადამოწმებულია 26.03.2021