

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა

*თენგიზ ვერულავა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. ილიას სახელმწიფო
უნივერსიტეტის პროფესორი.*

*ანა ნონიკაშვილი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის
ადმინისტრირების მაგისტრი.*

*გამოქვეყნდა რეცენზირებად სამეცნიერო ჟურნალში "ჯანდაცვის პოლიტიკა და
დაზღვევა" N 1 2015.*

ციტირება: თენგიზ ვერულავა, ანა ნონიკაშვილი. „საყოველთაო ჯანმრთელობის
დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა მიმართვიანობის დინამიკა“. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*, №1 (2015).

შესავალი

2006 წლის 1 ივლისიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრომ მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო „სოციალურად
დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის“ განხორციელება, რომლის
მიზანი იყო მოსახლეობის ყველაზე ღარიბი ფენის სამედიცინო მომსახურებით
უზრუნველყოფა. თავდაპირველად პროგრამა ითვალისწინებდა ყველა იმ უმწეო
ოჯახის სამედიცინო მომსახურებას, რომელთა სარეიტინგო ქულაც არ აღემატებოდა
100000-ს. 2007 წლის 1 იანვრიდან სარეიტინგო ქულის ზედა ზღვარი შეიცვალა და გახდა
70000 [7].

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილებით,
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, მოხდა 0-5 წლის

(ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჩართვა [7].

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

მიუხედავად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოებისა, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრებით მიმართვას [1]. აქვე აღსანიშნავია, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.1-ს შეადგენს და ამ მაჩვენებლით საქართველო ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით [10].

აღნიშნული პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 2013 წლის 28 თებერვლიდან, მთავრობის #36 დადგენილებით, ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა [9]. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე გახდა 2 300 000 ბენეფიციარი [6]. პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა [8].

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის

სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა [1].

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა თავდაპირველად ითვალისწინებდა მინიმალურ პაკეტით უზრუნველყოფას, რაც გულისხმობდა ოჯახის (ან უბნის) ექიმისა და ექთნის კონსულტაციას, ასევე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას. 2013 წლის 1 ივლისიდან პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში [9].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა აზღვევს ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა არადაზღვეულ პირს. პირველად ქვეყნის ისტორიაში სახელმწიფო დაზღვევა გავრცელდება, როგორც ქვეყნის მოქალაქეებზე, ისე პირადობის ნეიტრალური მოწმობის/ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებზე და სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირებზე [4].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეებია:

- საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები;

- საქართველოში მოქალაქეობის სტატუსის არმქონე ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირები, გარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მოსარგებლეებისა (საქართველოს მთავრობის №218 და №165 დადგენილების მოსარგებლეები), 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა და იმ ბრალდებული /მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობაში (საბაზისო პაკეტი). თუ დაზღვეულ მოქალაქეს 1 ივლისის შემდგომ ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდება სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (მინიმალური პაკეტი) [8].

საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, 2013 წ.

მომსახურების სახე	თანაგადახდის %		
	საბაზისო პაკეტი		მინიმალური პაკეტი
	ასაკი <18 წ.	ასაკი >18 წ.	
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება გეგმიური ამბულ. სერვისის მიღება შეიძლება მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით. ➤ ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე	100%	100%	100%
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფ. აცრები;	100%	100%	-
ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება- ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, გინეკოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, უროლოგი.	70%	70%	-
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%	-
მუცლის ღრუს ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად) გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	70%	70%	-
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. • სისხლის საერთო ანალიზი; შარდის საერთო ანალიზი;	100%	100%	100%
• გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; კრეატინინი; • ქოლესტერინი სისხლში; შრატში ლიპიდების განსაზღვრა; განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; პროთრომბინის დრო;	100%	100%	-
• ღვიძლის და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი;	70%	70%	-
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%	100%	-
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა.	100%	100%	-
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება წინასწარ განსაზღვრულია მდგომარეობების სია, რომელთა გადაუდებელ ამბულატორიულ მართვას დაფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა	100%	100%	100%
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი. ინტენსიური თერაპია და კრიტიკ. მდგომარ. მართვა;	100%	100%	100%
• 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა	100%	100%	100%
• ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	70%	70%	-
გეგმური ქირურგ. ოპერაციები წლიური ლიმიტი 15000 ლ	100% *	70% *	-
ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია. წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი.	100% *	80% *	-
➤ მშობიარობა: ფიზიოლოგიური მშობიარობა	500 ლარი	500 ლარი	500 ლარი
• საკეისრო კვეთა	800 ლარი	800 ლარი	800 ლარი

* განსხვავებულია ბავშვთა და მოზარდთა საბაზისო პაკეტები.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით. მას შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში. ამასთან, თუ არ მოეწონება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, შეუძლია შეცვალოს რეგისტრაცია 2 თვეში ერთხელ. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას. რაც შეეხება გეგმიური სტაციონარულ მომსახურებას, მის მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად [7].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს [7]

პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი მომსახურება:

- გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება;
- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება;
- გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა.

გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს ისეთი გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას, რომლებიც არ საჭიროებენ სტაციონარში 24 საათიან დაყოვნებას. წინასწარ განსაზღვრულია მდგომარეობების სია, რომელთა გადაუდებელ ამბულატორიულ მართვას დაფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. იგი მოიცავს ტრავმებს, მოტეხილობებს, ჭრილობებს, თერმულ დაზიანებებს (დამწვრობა/მოყინვას), მოწამვლა/ინტოქსიკაციას, ცხვირიდან სისხლდენას, ალერგიის მართვას ანაფილაქსიური შოკის განვითარების რისკის დროს, შარდის შეკავებას, მწვავე

ლარინგიტს (კრუპს), გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს (ჰიპერტონულ კრიზს, გულის რითმის დარღვევებს) და სხვადასხვა სახის მწვავე ტკივილს. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ანაზღაურდება სრულად [7].

გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ითვალისწინებს ისეთი მდგომარეობების დაფინანსებას, როდესაც დაუყოვნებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის გარეშე, მოსალოდნელია ორგანოს ან/და კიდურის დაკარგვა ან პაციენტის გარდაცვალება რამდენიმე საათში. გათვალისწინებულია გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული დახმარების გაწევა; პროგრამა ასევე მოიცავს ინტენსიურ თერაპიასა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვას [7].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. 2014 წლის 10 იანვრის მონაცემებით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში, 2013 წლის პირველი ივლისიდან 31 დეკემბრის ჩათვლით, მომართვის 144 354 შემთხვევა დაფიქსირდა [2].

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წლის თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება. პარალელურად, აშშ-ის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტის (USAID/HSS) ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ჩატარდა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ და პროვაიდერებისა და მოსარგებლეების ხარისხობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფების დისკუსია) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით [5].

ცხრილი 3. კმაყოფილების სტატისტიკა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში: 2013 წლის 28 თებერვლიდან, 2014 წლის 8 მაისამდე

კმაყოფილების მაჩვენებელი	
მომსახურება	კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილი
ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	96.4%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება	80,3%

წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო, ერთი წლის შედეგების შეფასება, პრესრელიზი. 2014 წ.

გამოკითხვის შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლების აბსოლუტური უმრავლესობა (96.4%) კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებით, ხოლო მოსარგებლების 80.3% კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით; გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალზიაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა [5]. ასევე მოსარგებლეთა უმრავლესობა მიუთითებს თავისუფალი არჩევანის უფლებაზე, როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ დადებით მხარეზე. გამოკითხულთა 7.6% უკმაყოფილებას ძირითადად გამოთქვამდა სასურველი მომსახურების მიღებამდე ლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობაზე [5].

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ბენეფიციარების მიმართვიანობის ანალიზი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შემოღებამდე და პროგრამის შემოღების შემდეგ, ანუ რამდენად გაიზარდა პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებში წინათ დაუზღვეველი მოსახლეობის მიმართვიანობა, და ასევე, აღნიშნული პროგრამით მათი კმაყოფილების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო

ნაშრომები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები. კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. თვისებრივი კვლევა გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის და ჯანდაცვის ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან დაკავშირებით. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისა და ჯანდაცვის ექსპერტების მონაწილეობით. თვისებრივი კომპონენტი განხორციელდა 2014 წლის მაისში, თბილისში. ჩაღრმავებული ინტერვიუებისათვის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების შერჩევისას გათვალისწინებული იყო მათი ზომა (დიდი, პატარა), ტიპი (შერეული, მოზრდილთა, ბავშვთა), ადგილმდებარეობა (დედაქალაქი). კვლევა ტარდებოდა პირველადი ჯანდაცვის 6 სამედიცინო დაწესებულებაში:

კვლევის მეორე ეტაპის მიზანი იყო ინფორმაციის შეგროვება ოთხ მიზნობრივ ჯგუფში - პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ექიმების, ბენეფიციარების, ჯანდაცვის ექსპერტებსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს შორის. შეზღუდული დროის გამო, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსონალი და ბენეფიციარები. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების შერჩევის ბაზად გამოყენებული იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალზე განთავსებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ჩამონათვალი¹.

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალი. <http://cloud.moh.gov.ge/Pages/SearchPage.aspx>

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების შესარჩევად გამოყენებული იქნა სტრატეგიცირებული შემთხვევითი შერჩევა. სტრატეგიცირების ცვლადად გამოყენებული იქნა სამედიცინო დაწესებულების ტიპი (ამბულატორია, საოჯახო მედიცინის ცენტრი), აგრეთვე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობა. თითოეული სტრატის შიგნით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების არჩევა მოხდა შემთხვევითი მეთოდით. შერჩეულ იქნა ექვსი პოლიკლინიკა: სამი შერეული ტიპის, ორი მოზრდილთა და ერთი ბავშვთა პოლიკლინიკა.

ბენეფიციარების შერჩევისათვის გამოყენებული იქნა სტრატეგიცირებული შემთხვევითი შერჩევა. სტრატეგიცირების ცვლადი იყო ზემოაღნიშნულ შერჩეულ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურების მიმღები ბენეფიციარი, რომლებიც წარმოადგენენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მონაწილეებს.

შერჩევის ბაზის ხელმიუწვდომლობის გამო, რესპონდენტები თითოეულ პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებაში შეირჩა შემთხვევითი ხეტიალის პრინციპით. კვლევის ფარგლებში სულ გამოიკითხა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის 500 ბენეფიციარი.

კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. კითხვარები ცალ-ცალკე შემუშავდა თითოეული მიზნობრივი ჯგუფისათვის. სულ პროექტის ფარგლებში შემუშავდა ორი განსხვავებული კითხვარი - ოჯახის ექიმებისათვის და პირველადი ჯანდაცვის ბენეფიციარებისათვის.

კვლევის შეზღუდვად მიჩნეულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების შერჩევის მეთოდი, რომელიც შეირჩა მხოლოდ თბილისში ნაკლები დანახარჯების და მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო.

შედეგები

ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამდე, ერთი წლის განმავლობაში, ოჯახის ექიმს 1-3-ჯერ მიმართა ბენეფიციართა 23 %-მა, 3-ზე მეტი სიხშირით – 10 %-მა, ხოლო საერთოდ არ მიუმართავს 67 %-ს. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ოჯახის ექიმს 1-დან 3-მდე რაოდენობით მიმართა ბენეფიციარების 49 %-მა, 3-ზე მეტჯერ - 27 %-მა. არ მიუმართავს გამოკითხულთა 21 %-ს.

ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამის ამოქმედებამდე, ექიმ-სპეციალისტს 1-3-ჯერ მიმართა 34 %-მა, 3-ზე მეტი სიხშირით – 18 %-მა, ხოლო საერთოდ არ მიუმართავს ბენეფიციართა 48 %-ს. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ექიმ-სპეციალისტს 1-3-ჯერ მიმართა გამოკითხულთა 52 %-მა, 3-ზე მეტჯერ - 18 %-მა. არ მიუმართავს ბენეფიციართა 30 %-ს. ბენეფიციართა 67 %-მა აღნიშნა, რომ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის მიმართებით, 14 %-მა განაცხადა, რომ მათ ექიმ-სპეციალისტს მიმართეს პირდაპირ, ოჯახის ექიმის გარეშე, ხოლო 19 %-ის განცხადებით, ექიმ-სპეციალისტს მიმართავენ ზოგჯერ პირდაპირი, ზოგჯერ კი მიმართებით.

პროგრამის ამოქმედებამდე ბენეფიციარები ლაბორატორიულ ანალიზებს იტარებდნენ წლის განმავლობაში 1-3-ჯერ გამოკითხულთა 31 %, 3-ზე მეტჯერ - 12 %, არ ჩატარებია 57 %-ს. ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში, ლაბორატორიული კვლევები 1-3-ჯერ ჩაიტარა ბენეფიციართა 38 %-მა, 3-ზე მეტჯერ - 22 %-მა, არ ჩატარებია გამოკითხულთა 40 %-ს.

რაც შეეხება ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს, პროგრამის ამოქმედებამდე, წლის განმავლობაში, 1-3-ჯერ ჩაიტარა გამოკითხულთა 26 %-მა, 3-ზე მეტი სიხშირით - 12 %-მა, არ ჩატარებია 62 %-ს. ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ინსტრუმენტული კვლევები 1-3-ჯერ ჩაიტარა ბენეფიციართა 37 %-მა, 3-ზე მეტჯერ - 10 %-მა, საერთოდ არ ჩატარებია 53 %-ს.

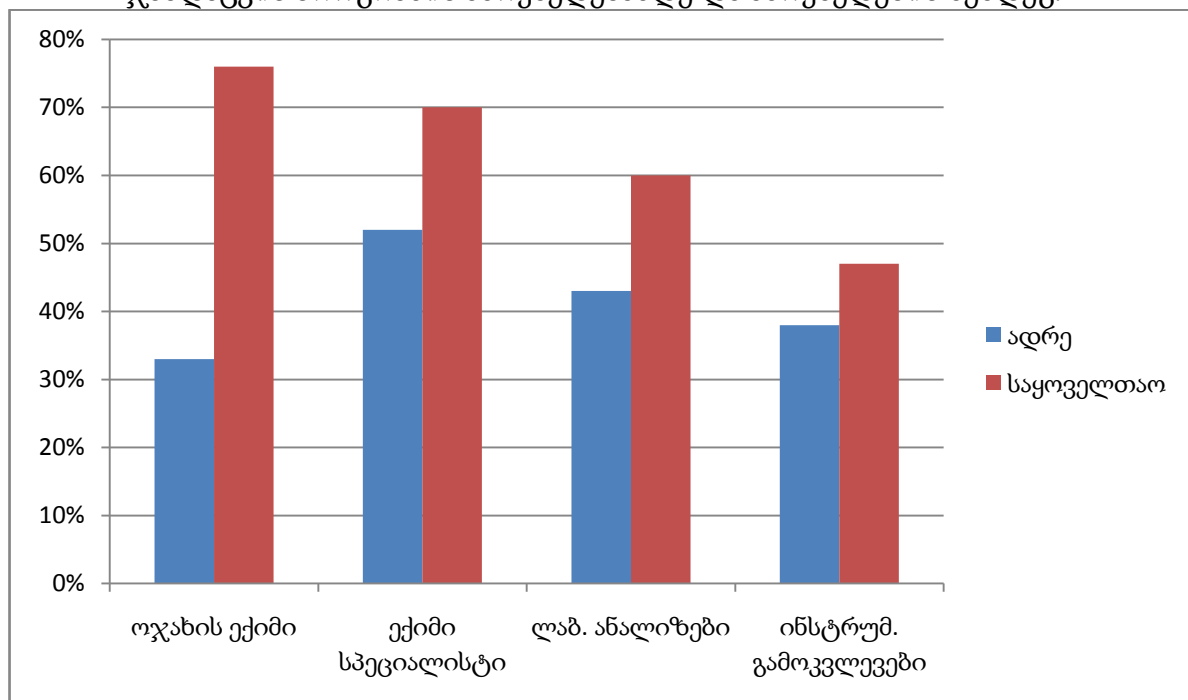
საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით ბენეფიციართა კმაყოფილების ხარისხი გადანაწილდა შემდეგნაირად: გამოკითხულთა 35 % კმაყოფილია პროგრამით, 36% მეტნაკლებად კმაყოფილია, 2 %-მა უკმაყოფილება გამოთქვა, ხოლო 27 %, ვისაც არ

უსარგებლია სახელმწიფო პროგრამით, მოხარულია ასეთი პროგრამის არსებობით. ბენეფიციართა 53%-მა განაცხადა, რომ ადრე სარგებლობდა კერძო/კორპორატიული დაზღვევით. აქედან 37% უპირატესობას ანიჭებს კერძო/კორპორატიულ დაზღვევას, ხოლო 16% – ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამას.

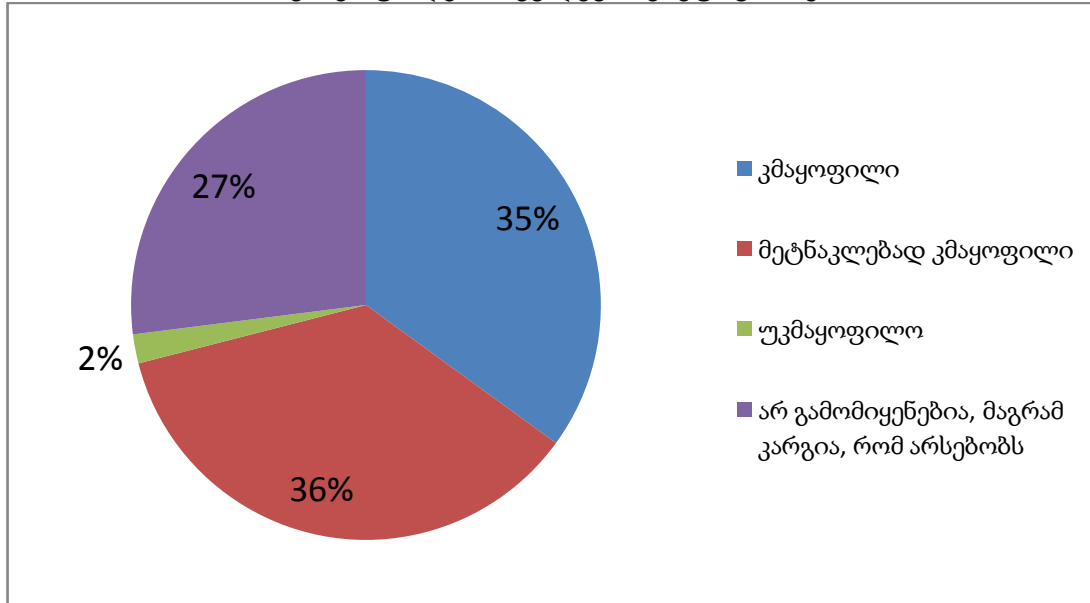
საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დადებითი მხარეების შეფასებისას ჭარბობდა პასუხები: „სულ არაფერს სჯობია“ (80 %) და „უფასოა“ (62 %). სხვა დადებით მხარეებში, ბენეფიციარებმა დაასახელეს სპეციალისტისგან კონსულტაციის მიღების შესაძლებლობა (46 %), პოლიკლინიკების და ექიმების თავისუფალი არჩევანის უფლება (43 %).

პროგრამის უარყოფითი მხარეების დასახელებისას, ჭარბობდა ბენეფიციართა უკმაყოფილება თანაგადახდასთან დაკავშირებით (71 %), ასევე პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების არცთუ დიდი ჩამონათვალი (68 %), მედიკამენტების (63 %) და სტომატოლოგიის (45 %) ანაზღაურების არარსებობა.

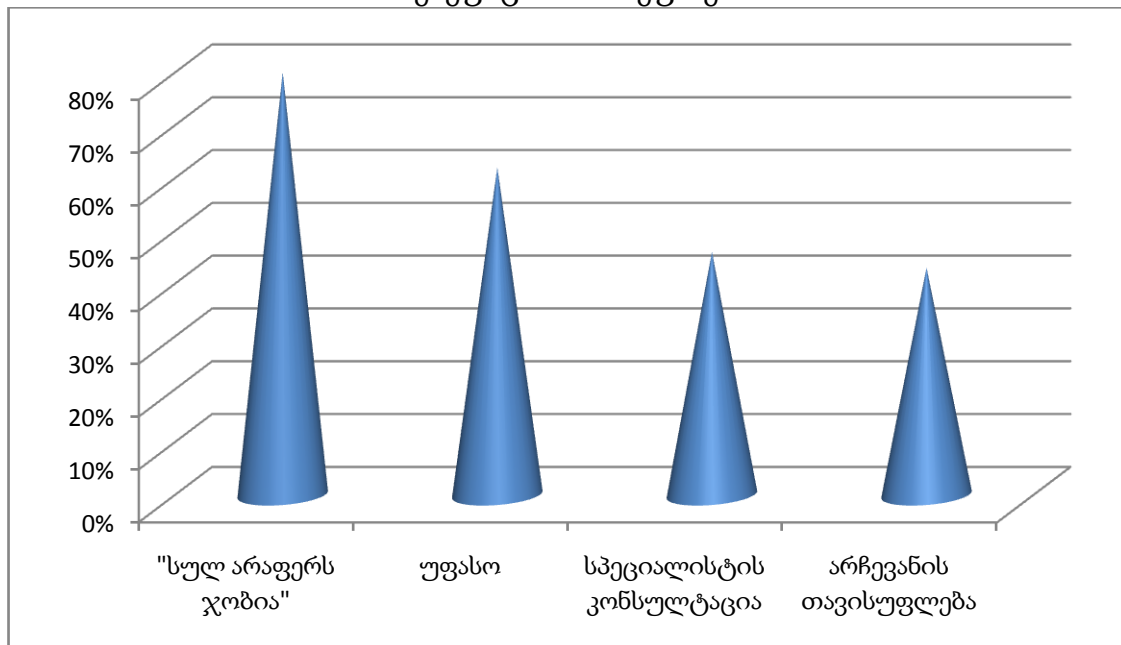
დიაგრამა 1. ბენეფიციართა მიმართვიანობის პროცენტული შედარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე და ამოქმედების შემდეგ:



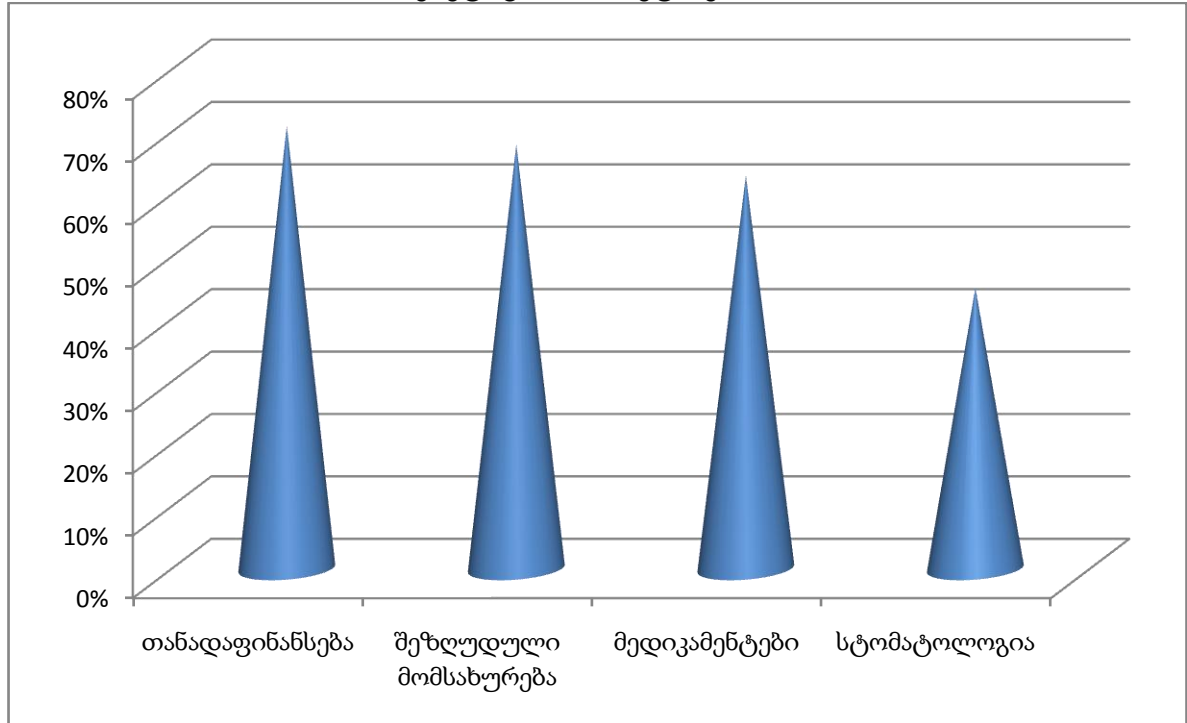
დიაგრამა 2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით კმაყოფილების კვლევა ბენეფიციარებში:



დიაგრამა 3. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის დადებითი მხარეები ბენეფიციართა შეფასებით:



დიაგრამა 4. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის უარყოფითი მხარეები
ბენეფიციართა შეფასებით:



ექიმთა გამოკითხვის შედეგები. კვლევის ჩასატარებლად შერჩეულ 6 პოლიკლინიკაში (სამი შერეული ტიპის, ორი მოზრდილთა და ერთი ბავშვთა), გამოიკითხა 40 ოჯახის ექიმი და 30 ექიმი-სპეციალისტი (პედიატრი, ნევროპათოლოგი, ოფთამოლოგი...). ოჯახის ექიმების პასუხები მკვეთრად განსხვავდებოდა ექიმი-სპეციალისტების პასუხებისგან, ამიტომ განხილული იქნება ცალ-ცალკე.

ოჯახის ექიმთა 70 %-მა აღნიშნა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ დღეში მიმართავთ 15-20 პაციენტი, ხოლო 30 %-ში კი ეს მაჩვენებელი 25-ს აღწევს. გამოკითხულ ექიმთა ნახევარმა აღნიშნა, რომ იგივე მაჩვენებელი საყოველთაო პროგრამის შემოღებამდე შეადგენდა დღეში დაახლოებით 8-10 პაციენტს, 40 %-ში —10-12, ხოლო 10 %-ში — 15-ს აღწევდა.

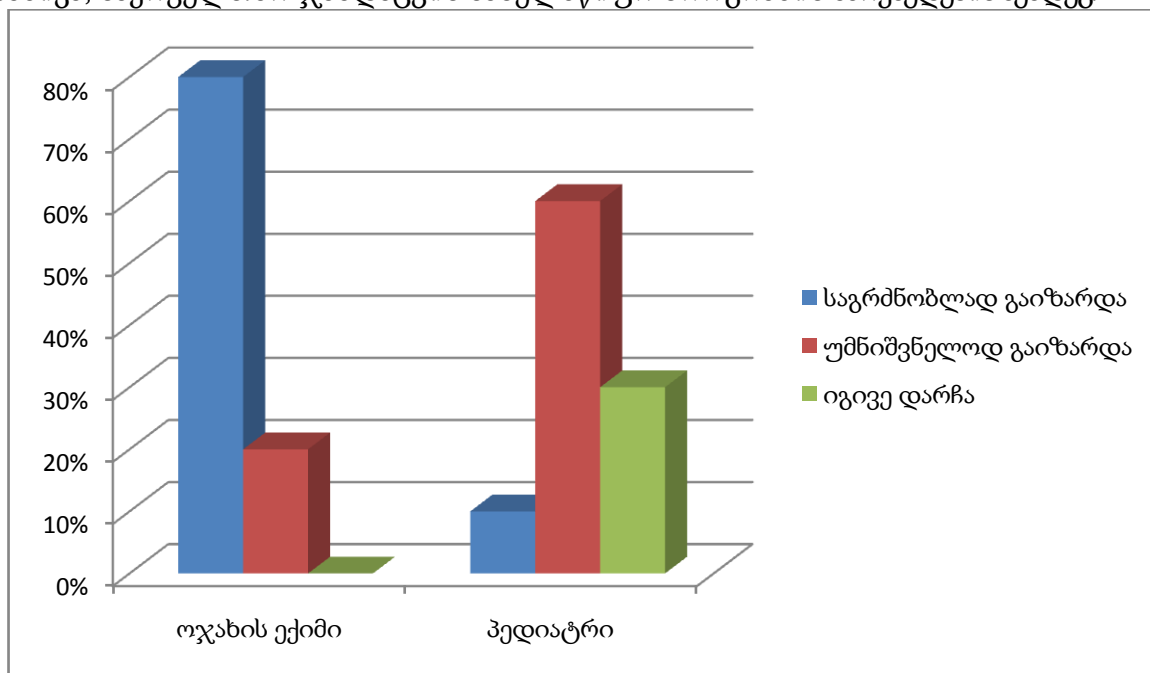
ექიმი-სპეციალისტების შემთხვევაში, 60 %-მა აღნიშნა რომ დღეში 10 პაციენტამდე მიმართავს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, 40 %-ში კი იგივე მაჩვენებელი განისაზღვრება 10-15 პაციენტით; ხოლო აღნიშნული პროგრამის შემოღებამდე, გამოკითხული ექიმების 100 %-ის თქმით – მაქსიმუმ 10 %-ით.

ცხრილი 4. დღის განმავლობაში ბენეფიციართა მიმართვიანობის რაოდენობის პროცენტული გადანაწილება ოჯახის ექიმთან და ექიმ-სპეციალისტებთან, საყოველთაო პროგრამის ამოქმედებამდე ერთი წლით ადრე და ამოქმედების შემდეგ.

დღის განმავლობაში ბენეფიციართა მიმართვიანობის რაოდენობა			
ოჯახის ექიმთან		ექიმ-სპეციალისტებთან	
პროგრამის შემოღებამდე	პროგრამის შემოღების შემდეგ	პროგრამის შემოღებამდე	პროგრამის შემოღების შემდეგ
50 % – 8–10	70 % – 12–20	100 % – 5–10	60 % – 8–10
40 % – 10–12	30 % – 20–25		40 % – 10–15
10 % – 12–15			

გამოკითხული ოჯახის ექიმების 80 % მიიჩნევს, რომ საყოველთაო პროგრამის შემოღების შემდეგ მიმართვიანობა საგრძნობლად გაიზარდა, ხოლო 20 %-ის აზრით უმნიშვნელოდ გაიზარდა. გამოკითხული ექიმ-სპეციალისტების 60 %-ის განცხადებით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, პაციენტთა მიმართვიანობა გაზრდილია უმნიშვნელოდ, 30 %-ის განცხადებით იგივე დარჩა, ხოლო 10 % მიიჩნევს, რომ საგრძნობლად გაიზარდა. ექიმ-სპეციალისტებისგან, პედიატრების აღნიშვნით, პაციენტების რაოდენობის მკვეთრი ზრდა მოხდა მას შემდეგ, რაც ამოქმედდა 0-დან 5-წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვთა პროგრამა.

დიაგრამა 5. ოჯახის ექიმთან და ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვიანობის ზრდის დინამიკა, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ.



ექსპერტთა ინტერვიუების შედეგები

2014 წლის მაისში, ჯანმრთელობის დაცვის ექსპერტების რანგში, მოხერხდა გასაუბრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს, სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლებთან, დარგის ექსპერტებთან.

ექსპერტთა უმრავლესობა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას ერთმნიშვნელოვნად დადებით შეფასებას აძლევენ. მათი აზრით, „პროგრამას უამრავი დადებითი მხარე აქვს: გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, არის სამედიცინო დაწესებულებებისა და ექიმების თავისუფალ არჩევანის შესაძლებლობა, ფინანსდება უამრავი დაავადების მკურნალობა, ანალიზების გარკვეული რაოდენობა, ასევე ინსტრუმენტული კვლევები. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დიდი მიღწევა არის სახელმწიფო დაფინანსება. ბენეფიციარების დიდი ნაწილიც კმაყოფილია, მთავარი ეს არის. უკმაყოფილება მხოლოდ 7 %-მა გამოთქვა, ისიც კვლევის მარტო ერთ კომპონენტში“ – პროგრამის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს გეგმიური ოპერაციამდე ლოდინის პერიოდი, რისი შემცირებაც პრაქტიკულად შეუძლებელია, რადგან წინასაოპერაციო დოკუმენტაციას შესწავლა და განხილვა ესაჭიროება.

ექსპერტთა აზრით, „უნდა დაემატოს გარკვეული სერვისები საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამბულატორიული მომსახურების სარგებლის პაკეტს. ამ მხრივ ყველაზე მნიშვნელოვნად მიმაჩნია ფარმაცევტული პრეპარატების დამატება, რაც ბენეფიციართა დიდი უმრავლესობის სურვილსაც წარმოადგენს.“

ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, „ამ საყოველთაო პროგრამამ გააკეთა ის, რომ სადაზღვევო კომპანიები დაკარგავენ კორპორატიულ დაზღვეულებს ანუ განვითარებისა და გაფართოების შესაძლებლობას, რადგან 2,2 მილიონ დაუზღვეველ ადამიანს ეცოდინება, რომ იგი საყოველთაო ჯანდაცვის მონაწილეა და, შესაძლებლობაც რომ ჰქონდეს, ნორმალურ სადაზღვევო პაკეტს თავისი ჯიბიდან აღარ შეიძენს. სადაზღვევო კომპანიების გამართულ ფუნქციონირებაზე დგას ქართული ჯანდაცვა და, შესაბამისად, ყოველი პაციენტის ბედი. კერძო სადაზღვევო კომპანიების სახელმწიფო

ჯანდაცვითი პროგრამებიდან გასვლის შემდეგ სახელმწიფო ფონდი მონოპოლიურ ან თითქმის მონოპოლიურ მდგომარეობაში აღმოჩნდება ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარზე, იგი უკარნახებს ფასებს სამედიცინო დაწესებულებებს და შეეცდება სამედიცინო მომსახურების ფასები დაბლა დააწევინოს, რაც მოკლევადიან პერიოდში ერთი შეხედვით დადებითია პაციენტებისათვის, მაგრამ გრძელვადიან პერიოდში გააუარესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, ასევე მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს სამედიცინო დაწესებულებებს, რაც შედეგად მოიტანს სამუშაო ადგილების შემცირებას და/ან სახელფასო განაკვეთების, თუ შემცირებას არა, გაყინვას მაინც“.

სამწუხაროდ, დროის შეზღუდულობის გამო ვერ მოხერხდა ჯანდაცვის სხვა ექსპერტებთან გასაუბრება. ჯანდაცვის ექსპერტების მოსაზრებები საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დადებით და უარყოფით მხარეებთან დაკავშირებით, თვალსაჩინოებისთვის, მოცემულია ცხრილში 5.

ცხრილი 5. ექსპერტების აზრი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დადებით და უარყოფით მხარეებზე:

დადებითი მხარეები	უარყოფითი მხარეები
სახელმწიფო დაფინანსება	ლოდინის პერიოდი
ფინანსური ხელმისაწვდომობა	სადაზღვევო კომპანიების განვითარებისთვის ხელის შეშლა
თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა	სახელმწიფო ფონდის გადაქცევა მონოპოლისტად
	სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ფასების დაბლა დაწევა და ხარისხის გაუარესება

სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლის გამოკითხვის შედეგები. სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის ორგანიზაციული უზრუნველყოფის სამმართველოს მთავარი სპეციალისტისგან, 2014 წლის აპრილში მოძიებულ იქნა შემდეგი ინფორმაცია:

- არ არსებობს სტატისტიკური ინფორმაცია საყოველთაო პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობაზე ასაკობრივ ან სქესობრივ ჭრილში;
- ჯერ-ჯერობით არ არსებობს ინფორმაცია საყოველთაო დაზღვევის შემოღების შემდეგ ამბულატორიულად მომართვიანობის შესაძლო ზრდაზე;

- რაც შეეხება ფინანსური დანახარჯების (ზარალების) რაოდენობას, ინფორმაცია მიუწვდომელია კონფიდენციალურობის გამო.

შედეგების ინტერპრეტაცია/დისკუსია

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობამ მოიმატა 43 %-ით, ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვიანობა გაიზარდა 18 %-ით, ლაბორატორიული ანალიზები პროგრამის ბენეფიციარებმა ჩაიტარეს 17 %-ით უფრო მეტჯერ, ვიდრე აღნიშნული პროგრამის შემოღებამდე, ხოლო ჩატარებულმა ინსტრუმენტულმა გამოკვლევებმა 9 %-ით მოიმატა. ამგვარად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა საგრძნობლად გაიზარდა, რაც პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი მიღწევაა. ასევე ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვის სიხშირემაც მოიმატა, თუმცა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობას. ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების სიხშირემ უმნიშვნელოდ მოიმატა. აღნიშნულის მიზეზი შესაძლოა იყოს თანადაფინანსების არსებობა, რაც გამოკითხულთა უმეტესობამ (71 %), საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის უარყოფით მხარედ დაასახელა. სავარაუდოდ სწორედ ამის გამოა, რომ ბენეფიციართა ნაწილი მხოლოდ ოჯახის ექიმთან ვიზიტით შემოიფარგლა.

კმაყოფილების კვლევისას, კმაყოფილი და მეტნაკლებად კმაყოფილი ბენეფიციარების რაოდენობა თითქმის თანაბარი იყო (35-36 %). საყოველთაო პროგრამის ნაკლოვან მხარედ დასახელდა თანადაფინანსება (71 %), მედიკამენტების ანაზღაურების ჩაურთველობა პროგრამაში (63 %), სერვისების, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური კვლევების შეზღუდული რაოდენობა (68 %), სტომატოლოგიური მომსახურების დაუფინანსებლობა სახელმწიფო პროგრამით (45 %). სავარაუდოდ, ჩამოთვლილი ნაკლოვანებების გამო გამოკითხულთა 27 %-მა არ ისარგებლა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით.

დასკვნა და რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით შესაძლოა დავასკვნათ, რომ მიუხედავად სერიოზული დადებითი ძვრებისა, ქვეყანაში მაინც არსებობს პირველადი ჯანდაცვის პრობლემები. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას, ბევრ დადებით მხარეებთან ერთად, ნაკლოვანებებიც გააჩნია, რომლებიც საჭიროებენ გამოსწორებას უახლოეს მომავალში.

სასურველია სამედიცინო მომსახურების ისეთ სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რომლებიც განაპირობებენ კატასტროფულ ხარჯებს. ამ თვალსაზრისით უნდა მოხდეს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მათი ჩართვა, ამ სერვისების მოცულობის გაფართოება. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტურად გამოყენებისათვის მიზანშეწონილია კერძო სადაზღვეო კომპანიების ჩართვა სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამების განხორციელებაში, რაც ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებასთან ერთად გაზრდის კონკურენციას სამედიცინო ბაზარზე, შესაბამისად მომსახურების ხარისხს.

აბსტრაქტი

შესავალი: 2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მეშვეობით საქართველოს მთელი მოსახლეობაა მოცული. დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვა სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე და გაზრდის მათ მიმართვიანობას. კვლევის მიზანია ბენეფიციარების მიმართვიანობის ანალიზი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შემოღებამდე და პროგრამის შემოღების შემდეგ, ანუ რამდენად გაიზარდა პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებში წინათ დაუზღვეველი მოსახლეობის მიმართვიანობა, და ასევე, აღნიშნული პროგრამით მათი კმაყოფილების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა თვისებრივი და რაოდენობრივი კომპონენტები, კერძოდ, მიზნობრივი ჯგუფების (პროგრამის ბენეფიციარები, ექიმები, ექსპერტები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები) მოსაზრებების იდენტიფიცირება პირისპირ ინტერვიუების მეთოდით, სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** საყოველთაო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ ოჯახის ექიმთან და ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვიანობა საგრძნობლად გაიზარდა. უმნიშვნელოდ, მაგრამ ასევე მოიმატა ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური კვლევების სიხშირე. **დისკუსია, დასკვნა:** მიუხედავად აღნიშნული პროგრამის ამოქმედებით მიღებული სერიოზული დადებითი ძვრებისა, ქვეყანაში მაინც არსებობს პირველადი ჯანდაცვის პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტა აუცილებელია. სასურველია სამედიცინო მომსახურების ისეთ სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რომლებიც განაპირობებენ კატასტროფულ ხარჯებს, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მათი ჩართვა, ამ სერვისების მოცულობის გაფართოება. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტურად გამოყენებისათვის მიზანშეწონილია კერძო სადაზღვეო კომპანიების ჩართვა სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამების განხორციელებაში, რაც ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებასთან ერთად გაზრდის კონკურენციას სამედიცინო ბაზარზე, შესაბამისად მომსახურების ხარისხს.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: საყოველთაო ჯანდაცვა

Moving toward universal health coverage in Georgia: Referral dynamics of beneficiaries

Tengiz Verulava. Doctor of Medical Science. Ilia State University

Ana Nonikashvili. Ilia State University

Abstract

Introduction: Since 2013, the state enacted Universal Healthcare (UHC) program, through which the entire population of Georgia is covered. Inclusion of uninsured population in the UHC program will have a positive impact on their financial accessibility to the health services and will increase their referral. The study aims to analyze the referral rate of the beneficiaries to the health service providers before introduction and after application of the UHC program, particularly, how much it increased the recently uninsured population referral to primary health care units, and also to study the level of satisfaction with the UHC program.

Methodology: Research was conducted by methods of the qualitative and quantitative components. The target groups' (program beneficiaries, physicians, subject-experts and personnel of the social service agency) opinions were identified by means of face-to-face interviews, using a structured questionnaire. **Results:** Enactment of the UHC programs significantly raised the population referral to the family physicians, and the physician-specialists. Insignificantly, but also increased the frequency of laboratory and diagnostic studies.

Discussion, conclusion: Despite the serious positive changes caused by UHC program implementation there still remain the problems in the primary healthcare of the country, which should be resolved. Also, it is desirable to raise the financial availability of those medical services, which may cause catastrophic costs. In this respect, such medical services must be involved in the universal healthcare program and been expanded their scale. For the purpose of effective usage of the limited funds allocated for health care services provision, the private health insurance companies should be involved in UHC programs. This, together with the reduction of health care costs will increase a competition in the medical market, and enhance the quality of health service.

Key Words: Universal health care program, Georgia

ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თენგიზ. 2014. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი.
<http://www.liberali.ge/ge/liberali/articles/118573/>
2. ინტერპრესნიუსი, 2014. *რუსუდან გოგოლაშვილი – სახელმწიფო დაზღვევის მქონე პირების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გაერთიანება 2014 წლის ბოლომდე დასრულდება.*
<http://www.interpressnews.ge/ge/interviu/266064-rusudan-gogolashvili-sakhelmtsifo-dazghvevis-mqone-pirebis-sayovelthao-jandacvis-programashi-gaerthianeba-2014-tslis-bolomde-dasruldeba.html> (30.03.2014)
3. ლიბერალი, 2013. *საყოველთაო ჯანდაცვის მეორე ეტაპი.*
<http://www.liberali.ge/ge/liberali/articles/115237/> (22.03.2013)
4. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო, 2013. *საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები.*
<http://transparency.ge/blog/saqoveltao-janmrteლობის-datsvis-sakhelmtsipo-programa-problemebi-da-rekomendatsiebi?page=2> (30.03.2014)
5. საქართველოს მთავრობა, 2014. *საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება.*
http://government.gov.ge/files/288_42173_676258_jandacvadidi.jpg (08.05.2014)
6. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. *საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. პრესრელიზი*
7. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. *საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.*
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=889 (24.03.2014)
8. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. *ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა - მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის 6218 დადგენილების ფარგლებში.*
http://ssa.gov.ge/index.php?sec_id=36&lang_id=GEO
9. სსიპ საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2013. *საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36*
https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1852448&lang=ge (02.04.2014)
10. *ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში.* ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013.
<http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2013/01/jandacvis-sistemis-efekturobis-angarishi.pdf> (18.05.2014)