

კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე ხელმისაწვდომობა

თენგიზ ვერულავა, დავით ოზაშვილი

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

ციტირება: თენგიზ ვერულავა, დავით ოზაშვილი. „კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე ხელმისაწვდომობა“. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*, №1 (2015).

<http://hepoins.com/index.php/component/k2/item/41-cardio>

შესავალი

მსოფლიოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით ყოველწლიურად 17,3 მილიონი ადამიანი იღუპება. გულსისხლძარღვთა დაავადებებით გარდაცვლილთა 80 % რეგისტრირებულია დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. მკვლევრები აღნიშნავენ, რომ 2030 წლისთვის გულსისხლძარღვთა დაავადებებით გარდაცვლილთა რიცხვი კიდევ უფრო გაიზრდება და 23.6 მილიონს მიაღწევს¹.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მატების კვალდაკვალ იზრდება კარდიოქირურგიულ ოპერაციათა რაოდენობაც. აშშ-ში ჩატარებული კვლევით, რომელიც მიემდგნა კარდიოქირურგიულ ოპერაციათა ეპიდემიოლოგიას, 1996-2006 წლებში, სამი ნოზოლოგიის-აორტო-კორონარული შუნტირების, სარქვლის იმპლანტაციის და პნევმონექტომიის მაჩვენებელი 50-80 წლის ავადმყოფებში, 10000 მოსახლეზე იყო 96 შემთხვევა².

¹ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. 2013. გულის მსოფლიო დღე 29 სექტემბერი.

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=646>

² Agency of HealthCare Research and Quality

<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/tools/hcupdata/index.html>

საქართველოში ავადობისა და სიკვდილობის სტრუქტურაში პრიორიტეტულია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები. 2012 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების კლასში ყველაზე გავრცელებულ ავადმყოფობებს წარმოადგენდა: ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა – 58.8 % (პრევალენტობა – 4658.7, ინციდენტობა – 1458.7), გულის იშემიური ავადმყოფობები – 24.6 % (პრევალენტობა – 1947.5, ინციდენტობა – 662.1) და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები – 4.3 % (პრევალენტობა – 338.1, ინციდენტობა – 220.7). არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი 2004–2010 წლის პერიოდში დაახლოებით 1,5-ჯერ გაიზარდა. არტერიული ჰიპერტენზია – სისხლძარღვოვანი კატასტროფების, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და თავის ტვინის ინსულტის ძირითადი რისკის ფაქტორია¹.

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა სტრუქტურაში მეორე ადგილს იკავებს და შემთხვევათა რაოდენობის დაახლოებით 25 %-ს შეადგენს. 2012 წლის მონაცემებით, გულის იშემიური ავადმყოფობების 1/3 სტენოკარდიაზე მოდის, 4,1 % - მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტზე².

როგორც ცხრილი 1-დან ჩანს, კარდიოქირურგიული ოპერაციები 2012 წელს 2008 წელთან შედარებით გაიზარდა 9,6-ჯერ და შეადგინა 12052; თანდაყოლილი მანკების კორექცია 2012 წელს 2008 წელთან შედარებით გაიზარდა 5-ჯერ; კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაცია 2012 წელს 2008 წელთან შედარებით გაიზარდა 22,8 %-ით; ოპერაციები სისხლძარღვებზე 2012 წელს 2008 წელთან შედარებით გაიზარდა 25 %-ით; 2012 წელს ჩატარდა 195 ტაქიარითმის კორექცია და 913 აორტოკორონალური შუნტირება³.

¹ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. 2013. გულის მსოფლიო დღე 29 სექტემბერი.

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=646>

² იქვე.

³ იქვე.

ცხრილი N1: ქირურგიული ოპერაციები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ორგანოებზე საქართველოში 2008-2012 წლებში

	2008	2009	2010	2011	2012	2012 2008	2012 2009	2012 2010	2012 2011
ოპერაციები გულზე	1253	1373	1382	2352	12052	+9,6- ჯერ	+8,8- ჯერ	+8,7-ჯერ	+5,1-ჯერ
თანდაყოლილი მანკების კორექცია	65	162	148	423	327	+5-ჯერ	+2-ჯერ	2,2-ჯერ	77 %
კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაცია	250	112	157	220	307	122,8 %	2,7-ჯერ	195,5 %	139,5 %
ენდოვასკულარული ბალონური დილატაცია	195	187	218	892	-	-	-	-	-
ოპერაციები სისხლძარღვებზე	3207	3957	4649	5400	4010	125%	101 %	86 %	74 %
არტერიებზე	315	732	658	920	674	2,1-ჯერ	92 %	102 %	73 %
ვენებზე	951	1678	1669	1617	2027	2,1-ჯერ	120,7%	121 %	125 %
ლიმფურ სადინარებზე	76	24	77	249	80	105%	3,3-ჯერ	104 %	32 %
ენდოვასკულური	1449	1216	1785	1484	-	-	-	-	-
ტაქიარითმის კორექცია	-	-	-	-	195	-	-	-	-
აორტოკორონალური შუნტირება	-	-	-	-	913	-	-	-	-

2013 წლიდან საქართველოში მოქმედებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო სერვისებზე მთელი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამა მოიცავს გადაუდებელ და გეგმიურ სტაციონარულ მომსახურებას. განისაზღვრა გეგმიური ქირურგიული ოპერაციების (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე მასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი. წლიური ლიმიტი შეადგენს 15 000 ლარს და ითვალისწინებს 20%-იან თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა ნეონატალური ასაკისა და 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლების კარდიოქირურგიული ოპერაციებისა და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევებისა, რომლებიც სრულად ანაზღაურდება.

საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 15 თებერვლის №77 დადგენილებით მოქმედებს გულის ქირურგიის ეროვნული პროგრამა, რომლის მიზანია გულის თანდაყოლილი და შეძენილი მანკებით, ასევე გულის იშემიური დაავადებით და გულის სიმსივნით დაავადებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

პროგრამის მოსარგებლედ განისაზღვრა:

ა) გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები, რომელთაც ესაჭიროებათ კარდიოქირურგიული მკურნალობა;

ბ) გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების შეძენილი პათოლოგიებით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები, რომელთაც ესაჭიროებათ კარდიოქირურგიული მკურნალობა;

გ) 60 წლის და უფროსი ასაკის საქართველოს მოქალაქეები, რომელთაც ესაჭიროებათ კორონარული ანგიოპლასტიკა.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ვერ სარგებლობენ „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში რეგისტრირებული სრულწლოვანი პირები.

განისაზღვრა პროგრამის დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი:

1. მომსახურება ჯგუფდება კატეგორიებად და ფინანსდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს ოპერაციული ჩარევებისათვის განსაზღვრული ღირებულებისა.

2. კარდიოქირურგიული მკურნალობა ფინანსდება ნოზოლოგიური ჯგუფის ფაქტიური ღირებულების 70 %-ით პროგრამის ხარჯებით, ხოლო პაციენტის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 30 %-ს, გარდა გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული 18 წლამდე ასაკის პაციენტების კარდიოქირურგიული მკურნალობისა.

3. გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული 18 წლამდე ასაკის პაციენტების კარდიოქირურგიული მკურნალობა ანაზღაურდება სრულად თანაგადახდის გარეშე.

4. კორონარული ანგიოპლასტიკით მკურნალობა ფინანსდება ფაქტიური ღირებულების 50 %-ით.

5. გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების შეძენილი პათოლოგიების კარდიოქირურგიული მკურნალობის და კორონარული ანგიოპლასტიკის

კომპონენტების ფარგლებში პრიორიტეტულად ფინანსდება გადაუდებელი შემთხვევები. გეგმიური ჩარევებისთვის წესდება მომლოდინეთა სია.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების თანახმად, 2001-2011 წლებში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები 115 ლარიდან 511 ლარამდე, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 17 ლარიდან 94 ლარამდე. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი მშპ-თან (2011 წელს – 1.7 %) და სახელმწიფო ბიუჯეტთან (2011 წელს – 4.8 %) მიმართებაში საკმაოდ დაბალი და ევროპის უღარიბესი ქვეყნების შესადარისია. საქართველოში, ჯანდაცვის ფინანსირების 78.8 %-ს კერძო დანახარჯები წარმოადგენს.

რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების 2007 და 2010 წლის კვლევის შედეგების შედარება აჩვენებს, რომ შინამეურნეობების წილი, რომელთაც მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით შეუძლიათ იმ სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა, სადაც ისინი ჩვეულებრივ ხვდებიან ექიმს, გაიზარდა 82 %-დან 86 %-მდე. 2010 წლისთვის სოფლებშიც 30 წუთის ფარგლებში სამედიცინო დაწესებულებამდე მისვლის შესაძლებლობა 5 %-ით გაიზარდა, რაც სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ზრდას ასახავს. ზემოაღნიშნული კვლევის თანახმად, ბოლო სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარების ადგილამდე მისვლის მედიანური დრო შეადგენდა 30 წუთს ყველა რაიონში¹.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე პაციენტთა ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესწავლა. კერძოდ, რამდენად შეიცვალა მდგომარეობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, რამდენად დაცულია არიან პაციენტები კატასტროფული ხარჯებისგან.

¹ (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება ბენეფიციარებისა და მომსახურების მიმწოდებლების ჭრილში საბოლოო ანგარიში აპრილი, 2014 წელი

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია სამეცნიერო ნაშრომები, პუბლიკაციები და ინტერნეტ რესურსები. კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საკანონმდებლო აქტები, სტატისტიკის დეპარტამენტის და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემები. იქიდან გამომდინარე, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დიდი ხანი არაა რაც ამოქმედდა, ინფორმაცია კარდიოქირურგიულ ოპერაციების ხელმისაწვდომობაზე ძალზედ მწირია. ინფორმაციის მოპოვება საკმაოდ რთულია სადაზღვევო კომპანიების და კლინიკის წარმომადგენლებისგან.

კვლევა მოიცავდა რაოდენობრივ და თვისობრივ კომპონენტს. თვისობრივი კვლევა გულისხმობდა კლინიკის მენეჯერების და ჯანდაცვის ექსპერტების ინტერვიუებას, მათი შეფასებების იდენტიფიცირებას. ინტერვიუს ხანგრძლივობა დაახლოებით 30 წუთი იყო. თვისობრივი კვლევა ჩატარდა 2014 წლის ივნისში თბილისში.

რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა ინდივიდუალური ინტერვიუებით პაციენტებთან ან პაციენტის ახლობლებთან. სულ გამოიკითხა 50 პაციენტი. რაოდენობრივი კვლევისთვის შეირჩა შემდეგი კლინიკები: გ. ჩაფიძის გულის ცენტრი, ანგიო-კარდიოლოგიური კლინიკა „ადაპტი“, სამედიცინო კორპორაცია ევექსი (ჩემი ოჯახის კლინიკა). გამოკითხვა ჩატარდა 2014 წლის 15-30 მაისს.

შედეგები

გამოკითხვაში მონაწილეობდნენ კარდიოლოგიური კლინიკების სამედიცინო და ადმინისტრაციული პერსონალი. კლინიკების წარმომადგენელთა აზრით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ კარდიოლოგიურ კლინიკებში კარდიოლოგიური სერვისების მისაღებად მიმართვიანობა გაიზარდა 22-30%-ით. თუმცა, პაციენტთა მიმართვიანობის ზრდის მიუხედავად სამედიცინო მომსახურების მიწოდების რესურსი ფაქტიურად იგივე რჩება. შედეგად, კლინიკებში საკმაოდ დიდია პაციენტთა მოცდის პერიოდი. რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით,

სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლები ის პირები გახდნენ, ვისთვისაც აღნიშნული პროგრამის ამოქმედებამდე სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება თითქმის სრულად საკუთარი ჯიბიდან ხორციელდებოდა.

კლინიკის წარმომადგენლები ერთმნიშვნელოვნად აფიქსირებენ აზრს, რომ სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა მრავალ ბარიერს უქმნიდათ, კერძოდ, შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების გადახდა რამდენიმე თვე გრძელდებოდა რაც სერვისის მიწოდებაზე სერიოზულ ზეგავლენას ახდენდა. მათი აზრით, ამის მიზეზია ის გარემოება, რომ პაციენტს არ ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა.

კვლევაში მონაწილეობდა 100 პაციენტი, რომელთაგან 80 იყო პაციენტის ახლობელი, ხოლო 20 უშუალოდ პაციენტი. პაციენტთაგან 64 მამაკაცია, ხოლო 36 - ქალი. ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით: 86 დაოჯახებული, დასაოჯახებელი - 6, ქვრივი - 8. გამოკითხულთაგან 4 პაციენტის ასაკია 40 და ნაკლები წელი. 30 პაციენტის ასაკია 40-დან 60 წლამდე, ხოლო 66 პაციენტის 60 და მეტი წელი.

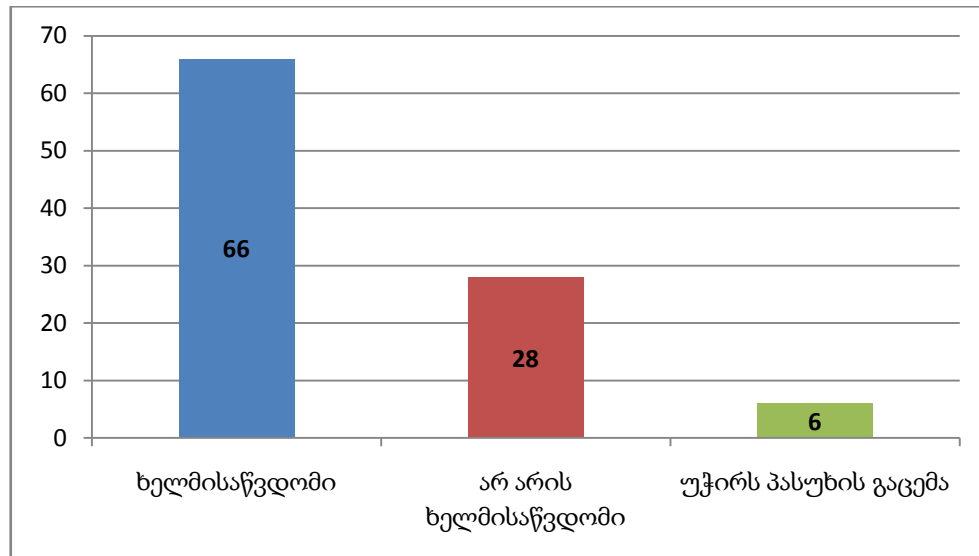
ცხრილი: გამოკითხულ პაციენტთა მონაცემები

	კაცი	ქალი	სულ
სქესი	64 (64%)	36 (36%)	100 (100%)
ასაკი			
40 და ნაკლები	2	2	4
41-60	12	18	30
61 და მეტი	50	16	66
ოჯახური მდგომარეობა			
დაოჯახებული	56	30	86
დასაოჯახებელი	2	4	6
ქვრივი	6	2	8
განათლება			
უმაღლესი	32	30	62
საშუალო	16	3	19

გამოკითხულთა 70% თვლის, რომ კარდიოქირურგიული ოპერაციები ხელმისაწვდომია მათთვის. მათი აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ

სახელმწიფოს თანადაფინანსებამ კარდიოქირურგიული ოპერაციები ხელმისაწვდომი გახადა.

ნახატი: კარდიოქირურგიული ოპერაციების ხელმისაწვდომობა



იქიდან გამომდინარე, რომ ჩატარებული კარდიოქირურგიული ოპერაცია საჭიროებს საკმაოდ ხანგრძლივ სარეაბილიტაციო პერიოდს და მედიკამენტოზურ მკურნალობას, გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, პროგრამის ნაკლად თვლიან იმ ფაქტს, რომ აღნიშნული პროგრამით არ ხდება მედიკამენტების ანაზღაურება.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გამოკითხულთა 12 %-მა არ იცის, რომ დაზღვეულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. რაც შეეხება კარდიოქირურგიულ ოპერაციებს, გამოკითხულთა მხოლოდ 55%-მა იცის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოიცავს კარდიოქირურგიულ ოპერაციებს.

პაციენტები აღნიშნავენ, რომ მათ პრობლემა არ შექმნიათ სადაზღვევო კომპანიაში საგარანტიოს დროული მიღებისას, თუმცა პაციენტები უკმაყოფილოები არიან ხანგრძლივი მოცდის პერიოდით. სადაზღვევო კომპანიაში მიღებული მონაცემებით აორტოკორონალური შუნტირების ოპერაციებზე სადაზღვევო კომპანიაში მოცდის პერიოდი პრაქტიკულად არ არსებობს. განსხვავებული ვითარებაა სარქვლის იმპლანტაციის ოპერაციებზე, სადაც დგება მოცდის რიგები და საშუალოდ შეადგენს 2-4 თვეს. პაციენტების გამოკითხვით, ოპერაციებზე დაყოვნების პერიოდი საშუალოდ ერთ თვეს შეადგენს.

რაც შეეხება კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის აზრით, მგზავრობის ჩვეული ავტოსატრანსპორტო საშუალებებით პაციენტებს და მის ახლობლებს უახლოეს კლინიკამდე საშუალოდ 1,5-2 საათის გზის გავლა უწევთ. აღნიშნული სერიოზულ ბარიერს ქმნის და ჩასატარებელ ოპერაციას უფრო აძვირებს.

დასკვნა

კვლევები ადასტურებენ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედების შემდეგ კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე პაციენტთა ხელმისაწვდომობა გაიზარდა, ასევე მოიმატა კლინიკაში მიმართვიანობამ კარდიოლოგიური სერვისების მისაღებად. პაციენტი დაცულია კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე კატასტროფული ხარჯებისგან. თუმცა, პაციენტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, რადგან სახელმწიფო კარდიოქირურგიულ მომსახურებაზე გეგმიურ ჰოსპიტალიზაციას სრულად არ აფინანსებს, თანაგადახდის ოდენობა უარყოფითად მოქმედებს ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ასევე პრობლემატურია მედიკამენტების და ხანგრძლივი სარეაბილიტაციო პერიოდის ხარჯები, რომელთა დაფინანსებას არ ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამა. აღსანიშნავია სადაზღვევო კომპანიებში და კლინიკებში მოცდის პერიოდთან და სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

აღნიშნული პრობლემების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია კონკურენტული სადაზღვევო სისტემის შექმნის ხელშეწყობა, რადგან კონკურენტული გარემო მაქსიმალურად შეუწყობს ხელს როგორც ხარისხის ზრდას, ასევე სამედიცინო მომსახურებაზე დაწესებული ტარიფების შემცირებას და შედეგად ხარჯების შეკავებას. სახელმწიფოს უმთავრესი ფუნქციაა სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფული ხარჯებისგან მოსახლეობის დაცვა. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრები უმთავრესად მიმართული უნდა იყოს ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისების დასაფინანსებლად.

აბსტრაქტი

შესავალი: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის უმთავრესი მიზანია სამედიცინო სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ამაღლება. გარდა ამისა, 2011 წლიდან მოქმედებს კარდიოქირურგიის ეროვნული პროგრამა, რომლის მიზანია გულის თანდაყოლილი და შეძენილი მანკებით, ასევე გულის იშემიური დაავადებით და გულის სიმსივნით დაავადებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. კვლევის მიზანს წარმოადგენს კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე პაციენტთა ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შესწავლა. **შედეგები:** კვლევა ადასტურებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ გაიზარდა კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე პაციენტთა ხელმისაწვდომობა და კლინიკაში მიმართვიანობამ. პაციენტი დაცულია კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე კატასტროფული ხარჯებისგან. თუმცა, პრობლემას წარმოადგენს ოპერაციებზე დაწესებული თანაგადახდის ოდენობა, მედიკამენტებთან და ხანგრძლივ სარეაბილიტაციო პერიოდთან დაკავშირებული ხარჯები, რომელნიც არ ფინანსდება სახელმწიფო პროგრამით. ასევე აღსანიშნავია სადაზღვევო კომპანიებში და კლინიკებში მოცდის პერიოდთან და სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები. **დისკუსია, დასკვნა:** აღნიშნული პრობლემების აღმოფხვრის ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს კონკურენტული სადაზღვევო სისტემის შექმნის ხელშეწყობა, რადგან კონკურენტული გარემო მაქსიმალურად შეუწყობს ხელს როგორც ხარისხის ზრდას, ასევე სამედიცინო მომსახურებაზე დაწესებული ტარიფების შემცირებას, შესაბამისად ხარჯების შეკავებას. სახელმწიფოს უმთავრესი ფუნქციაა სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფული ხარჯებისგან მოსახლეობის დაცვა. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრები უმთავრესად მიმართული უნდა იყოს ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისების დასაფინანსებლად.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, კარდიოქირურგიული ოპერაციები, ხელმისაწვდომობა

Affordability of Cardiac Surgery

Tengiz Verulava¹, David Ozashvili²

Abstract

Introduction: Universal Health Care program is designed to increase the affordability and access to health services for Georgian population. In addition, since 2011 the national cardiac surgery program has been operating, which aims to increase the financial affordability of the population with congenital and acquired heart diseases, as well as of those with coronary heart disease and heart cancer in order to improve their health status. The aim of the research is to study patients' affordability and access to cardiac operations. **Results:** The study confirms that the enactment of the comprehensive healthcare program raised an access of the cardiac patients' to cardiac surgery and intensified referral to clinics. The patient now is protected from catastrophic costs of the cardiac operations. However, the co-payment amount, determined for surgery, long-term rehabilitation and drug-related costs, which are not funded by the state program, still remain the significant burden. It is noteworthy that standby period related to the admission by insurance companies and clinics, also with medical service provision and access to the geographic remain problems. **Discussion, Conclusion:** Creation of a competitive insurance system will support to solve the problems, because a competitive environment contributes to the maximal growth of quality, the reduction of tariffs for medical service, and respectively restraining of costs. The main obligation of the state is to protect its' population against catastrophic costs of healthcare services . Scarce funds allocated for healthcare should be directed mainly to finance expensive medical services.

Keywords

Universal Health Care, Affordability and access to health services, Coronary heart disease

¹ Doctor of Medical Science, Professor of Ilia State University.

² Master of Business Administration (Health Management), Ilia State University.

ბიბლიოგრაფია

- დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. 2013. გულის მსოფლიო დღე 29 სექტემბერი. <http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=646>
- Agency of HealthCare Research and Quality
<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/tools/hcupdata/index.html>
- საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010წწ - შორენა ჯადუგიშვილი.
<http://www.psidiscourse.ge/files/files/pdfs/Insurance%20I%20Final.pdf>
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N156/ნ, 2003 წლის 29 ივნისი, ქ. თბილისი.
https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=56110
- საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010წწ - შორენა ჯადუგიშვილი.
<http://www.psidiscourse.ge/files/files/pdfs/Insurance%20I%20Final.pdf>
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N92 „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ 8 აპრილი, 2008წ.
https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=5584&lang=ge
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N166, „ქალაქ თბილისსა და იმერეთში მცხოვრები სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ 31 ივლისი, 2007წ.
http://www.government.gov.ge/index.php?lang_id='EN&sec_id=95&info_id=2677

- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 165
http://www.government.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=253&info_id=33708
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №77 2011 წლის 15 თებერვალი ქ. თბილისი 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ
https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1208699
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №77 2011 წლის 15 თებერვალი ქ. თბილისი 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ
http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/KANONEBI-KVELA/30.01.2012.pdf
- დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური ცნობარი, 2008-2012.
<http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=866>
- ლორთქიფანიძე რევაზ, ფინანსების წარმატებული მართვისათვის ბიზნესში. – www. education.ge, ელექტრონული ჟურნალი, საზოგადოებრივი მეცნიერებები, ეკონომიკა, 2012, 12 თებერვალი.
- საქართველოს საგადასახადო კოდექსი. www.parliament.ge
- ეკონომიკის ენციკლოპედიური ლექსიკონი (საქართველოს მეცნ. აკად. წევრ-კორესპონდენტის ავთანდილ სილაგაძის საერთო რედაქციით). - თბილისი, თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, გვ. 303
- ეკონომიკის ენციკლოპედიური ლექსიკონი (საქართველოს მეცნ. აკად. წევრ-კორესპონდენტის ავთანდილ სილაგაძის საერთო რედაქციით). - თბილისი, თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, გვ. 190.
- ეკონომიკის ენციკლოპედიური ლექსიკონი (საქართველოს მეცნ. აკად. წევრ-კორესპონდენტის ავთანდილ სილაგაძის საერთო რედაქციით). - თბილისი, თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, გვ. 269

- ეკონომიკის ენციკლოპედიური ლექსიკონი (საქართველოს მეც აკად. წევრ-კორესპონდენტის ავთანდილ სილაგამის საერთო რედაქციით). - თბილისი, თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, გვ. 269
- საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო <http://transparency.ge/blog/ra-itsis-sakartvelos-mosaklheobam-tavisi-jandacvis-uflebebis-shesakheb?page=1>
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება ბენეფიციარებისა და მომსახურების მიმწოდებლების ჭრილში საბოლოო ანგარიში აპრილი, 2014
<http://www.moh.gov.ge/files/JAN-USID/1.pdf> გვ.30