

2

ჯანდაცვის პოლიტიკა და  
დაზღვევა



№ 2. 2016

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი  
ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა

**Scientific Journal**

**Health policy and Insurance**

**№ 2**

ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლა  
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

2016

**საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტები ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციაზე საქართველოში**

ქეთევან კანკავა - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მოწვეული პედაგოგი, ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

თენგიზ ვერულავა - ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი

**შესავალი**

საქართველოში 2012 წლის ბოლოს სახელმწიფოს მიერ დაზღვეული იყო 1 618 460 ადამიანი. კერძო და კორპორატიული დაზღვევით სარგებლობდა 362 663 პირი, ანუ სულ საქართველოში სამედიცინო დაზღვევით 1 981 123 ადამიანი იყო მოცული. დაუზღვეველი მოსახლეობა ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარს შეადგენდნენ. 2013 წლის 28 თებერვლიდან სამედიცინო დაზღვევის არმქონე 2 მილიონზე მეტი მოქალაქისათვის ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღებით ქვეყანაში ფუნდამენტური ცვლილებები განხორციელდა. უვერსალური მოცვის პარალელურად მოსალოდნელი იყო ჯანდაცვითი სერვისების ფასების, ხარისხის, სტრუქტურის, ექიმთა დატვირთვის, მათი ხელფასების, პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტალური სექტორის დატვირთვის, პაციენტების მოთხოვნის, განწყობისა და მოლოდინის შეცვლა.

ყველაზე აშკარა ცვლილება მოსალოდნელი იყო ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციის მხრივ. თუ ამ დრომდე დაუზღვეველი პირის მიერ ნებისმიერი, თუნდაც რუტინული სამედიცინო ჩარევა, ვიზიტი, კონსულტაცია პირდაპირ ფინანსურ სტატუსთან იყო მიბმული, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებებით მოცვის გაფართოების შემდეგ თითოეული ბენეფიციარისათვის გაჩნდა მომსახურებათა ნუსხა, რომლითაც ის სრულიად უფასოდ ან გარკვეული თანადაფინანსებით ისარგებლებდა. ცხადია, მოსალოდნელი იყო, რომ ეს გაზრდიდა ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციას - ერთი მხრივ იმიტომ, რომ უტილიზაციის მანამდე არსებული დონე სათანადოდ არ ასახავდა ჯანდაცვით მომსახურებებზე მოთხოვნას, მეორე მხრივ, კი იმიტომ, რომ უფასო სერვისებმა დამატებითი მიმზიდველობა შექმნა და თავად მოთხოვნაც გაზარდა. კვლევები ადასტურებენ, რომ იგივე მოვლენები შეინიშნებოდა სხვა ქვეყნებში<sup>1 2 3 4 5</sup>.

<sup>1</sup> Beck, Laurel. 2012. The Effects of Medicare Eligibility on Health Care Utilization and Outcomes. University of Wisconsin-Madison.

<sup>2</sup> Hanrahan, Maria. 2001. Canadian National Health Insurance and Infant Health. The American Economic Review.

<sup>3</sup> Kolstad, Jonathan T., Kowalski, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. Journal of Public Economics.

<sup>4</sup> Kondo, Ayako, Shigeoka, Hitoshi. 2013. Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, Supply-Side Responses and Mortality Rates: Evidence from Japan. Journal of Public Economics.

<sup>5</sup> Lee, Yue-Chune et al. 2010. The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. BMC Health Services Research.

ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი პარამეტრები: ექიმთან მიმართვიანობა, გატარებულ საწოლდღეების რაოდენობა<sup>1</sup>, ჯანდაცვითი სერვისის მიღების შეფერხება<sup>2</sup>, კლინიკაში დაყოვნება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის იმპლემენტაციის პროცესში შეიქმნა რიგი იურიდიული დოკუმენტები (დადგენილებები, ბრძანებები)<sup>3</sup>. ასევე, პროგრამა იძლევა რეგულარულ ანგარიშებს თავისი მასშტაბებისა და ბენეფიციარების სარგებლის შესახებ. ეფექტურობის ამსახველ გარკვეულ მონაცემებს იძლევა საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი<sup>4</sup>. ჯანმრთელობის დაზღვევის პროფილი საქართველოში 2012 წელს შეისწავლა „საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველომ“<sup>5</sup> და მათი მონაცემების გამოყენებაც დასაშვებია საყოველთაო ჯანდაცვის დანერგვამდე არსებული პარამეტრების ანალიზისათვის.

შესაბამისად, ერთიანი სტრუქტურირებული მონაცემთა ბაზის არარსებობის მიუხედავად ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციის დონესა და მის ცვლილებაზე მსჯელობა გარკვეულ დონეზე შესაძლებელია როგორც ოფიციალური მონაცემების კვლევით, ასევე კონკრეტული მაგალითების შედარებით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან ორ წელზე მეტი გავიდა და მსგავსი დიზაინის კვლევა საქართველოში ჯერ არ ჩატარებულა. ამავდროულად, გამუდმებით განიხილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ფინანსური რესურსების არაეფექტურად ხარჯვის საკითხი.<sup>6</sup> მისი სრულყოფილი ანალიზისათვისაც მეტად აქტუალურია უტილიზაციის დონის ცვლილების გამოკვლევა და გარკვეული დასკვნები ჯანდაცვაში რეალური და ხელოვნურად შექმნილი საჭიროებების არსებობის შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების მოცვის ზრდასთან ერთად სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის ცვლილების შესწავლა უნივერსალური მოცვის სისტემების შემუშავების პარალელურად დაიწყო. დაზღვეულთა დონის მკვეთრი ზრდა, როგორც წესი, შეინიშნებოდა იმ პოპულაციებში, სადაც ერთიანად ან ეტაპობრივად დაიწერა ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების უნივერსალური ფორმა.

1994 წელს აშშ-ში დამუშავებულ ერთ-ერთ ანგარიშში<sup>7</sup> აღწერილია განსხვავება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციაში დაზღვეულ და დაუზღვეველ მოსახლეობას შორის. როგორც აღმოჩნდა, დაუზღვეველთა მიმართვიანობა ამბულატორიულ პუნქტებში დაზღვეულთა მიმართვიანობის 61%-ს შეადგენდა.

1 Zhongliang, Zhou et al. 2014. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilization: evidence from Shaanxi Province. International Journal for Equity in Health.

2 Card, David et al. 2008. The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare. American Economic Review.

<sup>3</sup> საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ.

<sup>4</sup> საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის, 2013-2014წლის) (<http://www.parliament.ge/ge/saparlamento-saqmianoba/komitetebi/djanmrtebobis-dacvisa-da-socialur-sakitxta-komiteti-149/tanamshromloba-saministrostan1150>)

<sup>5</sup> საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. 2012. ანგარიში - ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში.

<sup>6</sup> ჭიბერაშვილი ზურაბ. დავით სერგეენკო: ღარიბს ვართმევ, მდიდარს ვაძლევ, Forbes Georgia, თებ 9, 2015.

<sup>7</sup> Long, Stephen H., Marquis, M. Susan. 1994. Universal Health Insurance and Uninsured People: Effects on Use and Cost. Office of Technology Assessment, Congressional Research Service, Library of Congress.

როგორც კვლევიდან ირკვევა, უნივერსალური მოცვის შემთხვევაში ჯანდაცვის სფერო არსებული რესურსით შეძლებდა უტილიზაციის ზრდასთან გამკლავებას, შესაბამისად, იგი მხარს უჭერს უნივერსალური მოცვისკენ სწრაფვას.

უნივერსალური მოცვის შედეგად სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის ზრდა დაფიქსირებულია იაპონიაში, აშშ-ს ზოგიერთ რეგიონში<sup>1</sup>, ტაივანში<sup>2</sup>, განაში<sup>3</sup>, ჩინეთში<sup>4</sup>, ნიგერიაში<sup>5</sup>, აფრიკისა და აზიის სხვადასხვა ქვეყნებში<sup>6</sup>. 2009 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა, ჰოლანდია და შვეიცარია, სადაც საყოველთაო მოცვა დიდი ხანია არსებობს, სამედიცინო მომსახურების საერთო უტილიზაციაში მნიშვნელოვანი წილი ღარიბ მოსახლეობაზე მოდის<sup>7</sup>. სახელმწიფო პროგრამის გარეშე ისინი ვერ შეძლებდნენ ასეთი მასშტაბის სამედიცინო მომსახურების მიღებას. აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით<sup>8</sup>, რაც უფრო იზრდება დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა, მით უფრო იზრდება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია.

აშშ-ში მრავალი კვლევა ჩატარდა, რომლებიც ადასტურებენ, რომ დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად იზრდება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია<sup>9</sup> უტილიზაცია<sup>9 10 11</sup>. Medicare-ის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შედეგად (1965) (1965) მკვეთრად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია<sup>12</sup>, ასევე, საწოლების დატვირთვა და საავადმყოფოების დანახარჯები<sup>13</sup>. მასაჩუსეტის შტატში განხორციელებული რეფორმის შედეგად, რომელიც გულისხმობდა ჯანდაცვის სერვისებით უნივერსალურ მოცვას, ერთი მხრივ, 36%-ით გაიზარდა სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფი დაზღვეული პაციენტების რაოდენობა, ხოლო მეორე მხრივ, შემცირდა საწოლზე დაყოვნების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის დონე და გაიზარდა ამბლატორიულ დონეზე დაავადებათა მართვა<sup>14</sup>.

ზოგი კვლევის მიხედვით, უტილიზაციის დონის ცვლილების შესწავლისას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დაზღვეულთა ქვეყნის კვლევას, რადგან

<sup>1</sup> Beck, Laurel. 2012. The Effects of Medicare Eligibility on Health Care Utilization and Outcomes. University of Wisconsin-Madison.

<sup>2</sup> Chen, Likwang et al. 2005. The Effects of Taiwan's National Health Insurance on Access and Health Status of the Elderly. Health econ.

<sup>3</sup> Blanchet, N.J. et al. 2012. The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilization. Ghana Medical Journal.

<sup>4</sup> Zhongliang, Zhou et al. 2014. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilization: evidence from Shaanxi Province. International Journal for Equity in Health.

<sup>5</sup> Akande, Tanimola et al.. 2011. The effects of national health insurance scheme on utilization of health services at Unilorin Teaching Hospital staff clinic, Ilorin, Nigeria. Health Science Journal.

<sup>6</sup> Spaan, Ernst. 2012. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. Bull World Health Organization.

<sup>7</sup> Leu, Robert E.. 2009. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and regulated Competitive insurance Markets. The Commonwealth Fund.

<sup>8</sup> US Department of Health and Human Services. 2004. Health Care in America: Trends in Utilization.

<sup>9</sup> Finkelstein, Amy. 2007. The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare. The Quarterly Journal of Economics.

<sup>10</sup> Finkelstein, Amy et al.. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. The Quarterly Journal of Economics.

<sup>11</sup> Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. Journal of Public Economics.

<sup>12</sup> McWilliams, J. Michael et al.. 2007. Health of Previously Uninsured Adults after Acquiring Medicare Coverage. Journal of American Medical Association.

<sup>13</sup> Decker, Sandra L.. 2005. Medicare and the Health of Women with Breast Cancer. Journal of Human Resources.

<sup>14</sup> Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. Journal of Public Economics.

არაიშვიათად, დაზღვეული პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების მიღებას ხელს უწყობს მათი დაბალი პასუხისმგებლობა და არაჯანსაღი ცხოვრების წესი<sup>1</sup>. სამწუხაროდ, ჯანდაცვითი სერვისებით უნივერსალური მოცვა არ ცვლის ადამიანთა ქცევას. ისინი ვინც ეწევა თამბაქოს ან მოიხმარს ზედმეტ ალკოჰოლს, არავითარი მოთხოვნილება არ უჩნდებათ, შეცვალონ თავიანთი ცხოვრების წესი.

ტაილანდში ჯანდაცვითი სერვისებით უნივერსალური მოცვა მიღწეულ იქნა 2001-2002 წლებში. 2013 წელს გამოქვეყნებული კვლევის მიხედვით, სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის უნივერსალური მოცვის შემოღების შედეგად განსაკუთრებით მოსახლეობის ღარიბ ფენებში მკვეთრად გაიზარდა ავადობის გამოვლენა.

საქართველოში, ჯანდაცვის სფეროში გატარებული ბოლოდროინდელი რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ბუჯეტის მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა.<sup>2</sup> მიუხედავად ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო თანხების ზრდისა, შეინიშნება დაფინანსების დეფიციტი<sup>3</sup>. გარდა ამისა, გარკვეული სერვისები (მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ზოგი დიაგნოსტიკური სერვისი) პროგრამით არ არის გათვალისწინებული, რაც ამცირებს განსაკუთრებით მაღალრისკიან ბენეფიციართათვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პენსიონერები) მათზე ხელმისაწვდომობას და რომლებმაც შესაძლოა კატასტროფული ხარჯები განაპირობოს<sup>4</sup>. ამასთან, ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი სწორედ მედიკამენტებზე მოდის (დაახლოებით 40-50 %).<sup>5</sup>

კვლევის მიზანია, შეფასდეს სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებლები, მათი დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოქმედების მეტ-ნაკლებად ხანმოკლე პერიოდში და განისაზღვროს მოსალოდნელი ცვლილებების დინამიკა.

## მეთოდოლოგია

**კვლევის დიზაინი:** კვლევა მოიცავდა რაოდენობრივ და თვისებრივ კომპონენტებს. იგი გულისხმობდა არსებული ოფიციალური წყაროებიდან (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური მომსახურების სააგენტო, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური) მიღებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მუშაობის ამსახველი თვლადი კრიტერიუმების შეგროვებას, შედარებასა და ანალიზს. კვლევისათვის მოპოვებულ იქნა შემდეგი ტიპის მეორეული მონაცემები: მიმართვიანობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ სერვისებზე, მიმართვიანობა სტაციონარულ სერვისებზე; ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი; ქირურგიული ოპერაციების რიცხოვნობა; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სხვადასხვა

<sup>1</sup> Dong, Yingying. 2011. How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection. *Economic Inquiry*.

<sup>2</sup> ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი 13.05.2014.

<sup>3</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

<sup>4</sup> Verulava, Tengiz (2014) *Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country)*. *HealthMED*, 8 (9). C. 1078-1082.

<sup>5</sup> ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი 13.05.2014.

სექტორების ფარგლებში შემთხვევების დინამიკა; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები; სასწრაფო სამედიცინო გამოძახებათა რაოდენობის დინამიკა; საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა; საწოლების დატვირთვა; ექიმებისა და ექთნების რიცხოვნობა; ზოგადი ინციდენტობა და პრევალენტობა; შობადობა, სიკვდილობა, ბუნებრივი მატება.

დამატებით მოხდა სამედიცინო დაწესებულებებიდან სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის მაჩვენებლების გამოთხოვა.

განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული სამი სამიზნე ჯგუფის გამოკითხვა და ამ გზით პირველადი მონაცემების შეგროვება შემდგომი ანალიზისათვის. გამოკითხული ჯგუფები იყო: 1) ექიმები, რომლებიც ემსახურებიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარებს; 2) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები; 3) იმ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები, სადაც ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებების გაწევა.

**კვლევის პროცედურა:** კვლევის პირველ ეტაპზე მოხდა საჯარო ინფორმაციის გამოთხოვა სოციალური მომსახურების სააგენტოდან, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან. ამასთან ერთად მოხდა მიმართვიანობისა და სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული შემთხვევების შესახებ მონაცემების გამოთხოვა რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებიდან. შეფასდა სამედიცინო მომსახურებათა უტილიზაციის ამსახველი ცვლადების ცვლილების დინამიკა.

გამოყენებულ იქნა წლიური მონაცემები 2010-2015 წლების პერიოდისათვის. უფრო მოკლე პერიოდების მონაცემთა მიღება (6-თვიანი შუალედებით) შეუძლებელი აღმოჩნდა.

შემდგომ ეტაპზე განხორციელდა ინტერვიუება 3 სამიზნე ჯგუფში - ექიმები, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები და სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები. თითოეული ამ ჯგუფისათვის შედგენილ იქნა მოკლე კითხვარი, რომლის მიზანი იყო, გამოეკლინა გამოკითხული რესპოდენტების პირადი დამოკიდებულება და გამოცდილება სამედიცინო მომსახურებათა უტილიზაციაზე საყოველთაო ჯანდაცვის ეფექტის შესახებ.

ბენეფიციარების გამოკითხვა განხორციელდა როგორც ინტერვიუების, ასევე თვითუტილიზებადი კითხვარების დარიგებისა და ანონიმურად შევსების ფორმატით (რესპოდენტის არჩევანის მიხედვით). რაც შეეხება ექიმებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლებს, მათი გამოკითხვა მოიცავდა არა მხოლოდ კითხვარების შევსებას, არამედ 10 წუთიან ჩაღრმავებულ ინტერვიუებას - თითოეულს შეეძლო, გაეკეთებინა დამატებითი კომენტარი, შეეფასებინა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტები საკუთარი შეხედულებისამებრ, რასაც ზოგიერთ შემთხვევაში მცირე დისკუსია მოჰყვა (უმეტესად ამბულატორიულ დაწესებულებებში ექიმების გამოკითხვის დროს).

**შერჩევა:** სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევისათვის კრიტერიუმად გამოყენებული იყო შემდეგი მიდგომა - კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება არ უნდა ყოფილიყო რომელიმე სადაზღვევო კომპანიის საკუთრებაში (ან მასთან ასოცირებული) და მომსახურებების ღირებულება ამ დაწესებულებებში არ

უნდა ყოფილიყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებულ ლიმიტებზე ბევრად მაღალი.

შერჩევის კრიტერიუმი ექიმებისა და სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წევრებისათვის იყო მხოლოდ მათი პროფესიული საქმიანობა და უშუალო კავშირი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების მომსახურებასთან.

თავად ბენეფიციარების შერჩევა კვლევისთვის ხდებოდა როგორც თავად კლინიკებში, ასევე რანდომულად - ელექტრონული კითხვარებით. ასეთი მიდგომა შერჩეულ იქნა იმისათვის, რომ შენარჩევ პოპულაციაში არ აღმოჩენილიყვნენ მხოლოდ ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ინდივიდები (რომელთაც უფრო ხშირად უწევთ ექიმთან ვიზიტი) და შენარჩევი მთლიანად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოცული მოსახლეობისათვის რეპრეზენტატიული ყოფილიყო.

საბოლოო ეტაპზე მოხდა თითოეული ჯგუფის გამოკითხვის შედეგების შეჯამება და მათი შედარება ოფიციალური წყაროებიდან მიღებულ მონაცემებთან. გაკეთდა დასკვნები როგორც სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის დინამიკასთან დაკავშირებით, ასევე თითოეულ საკვლევ ჯგუფში ამ ცვლილებათა აღქმასა და მის რელევანტურობასთან დაკავშირებით.

**კვლევის შეზღუდვები.** კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის რეპრეზენტატიულობის მკვეთრი შემზღუდველი ფაქტორი იყო ის, რომ არ არსებობს ერთიანი მოწესრიგებული ბაზა, რომელიც სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის შესახებ ხანგრძლივი დროის (5 წლის) ერთგვაროვან მონაცემებს შეიცავს. შესაბამისად, მონაცემთა დიდი ნაწილი მიღებულია სხვადასხვა წყაროდან, არაერთგვაროვანია და შეზღუდულად შედარებადია, თუმცა ჯამურ ტენდენციას მაინც ასახავს.

რაც შეეხება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურისა და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, ამ ინფორმაციის დიდი ნაწილი არ შეიცავდა 2014 წლის მონაცემებს. გამოთხოვა რამდენჯერმე მოხდა, მაგრამ 2015 წლის ივნისშიც კი უწყებებში აღნიშნეს, რომ მონაცემები ჯერ დამუშავების პროცესში იყო.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ, უტილიზაციის ცვლილება გრძელვადიან პერიოდში უფრო თვალსაჩინოა და ორწლიანი შუალედი, შესაძლოა, არ იყოს საკმარისი, სამედიცინო სერვისების მოხმარების ცვლილების სრული სურათის შესასწავლად. ამასთან, გასათვალისწინებელია ის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ჯერ კიდევ იმპლემენტაციისა და დამუშავების პროცესშია.

კვლევის შედეგებზე შესაძლო მოქმედ ფაქტორად განიხილება, ასევე, ჯანდაცვის სისტემაში ამოქმედებული სხვა რეგულაციები. პირველ რიგში ეს არის რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრება, რომელმაც მნიშვნელოვანი ზემოქმედება იქონია უტილიზაციის დონის ცვლილებაზე. თუმცა, ეს შეეხება მხოლოდ ამბულატორიული სერვისების მოხმარების დონეს და შესაბამისი შედეგების ინტერპრეტაციის ნაწილშია დეტალურად განხილული.

ასევე გასათვალისწინებელია, რომ გამოკითხული კონტიგენტი (ექიმები და სამედიცინო დაწესებულებათა ადმინისტრაციის წარმომადგენლები) წარმოადგენს არა ექსპერტებს, არამედ სამედიცინო სფეროს მუშაკებს და შესაბამისად კვლევის ამ ნაწილის შედეგებიც აღქმული უნდა იყოს არა როგორც უტყუარი ქვეყნის მართვა, არამედ როგორც შესაბამის სფეროში მომუშავეთა გამოცდილებაზე დაფუძნებულ შეხედულებათა ანალიზი.



ამასთან, არაერთმა სამედიცინო დაწესებულებამ უარი განაცხადა მონაცემების მოწოდებაზე. მათმა ნაწილმა ყოველგვარი განმარტებისაგან თავი შეიკავს. სხვები კი ამის უმთავრეს მიზეზად ასახელებდნენ იმას, რომ სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება მათთან მუდმივად არ მიმდინარეობს და შესაბამისად, დროის მოცემულ მონაკვეთში მონაცემები მზა ფორმით არ არსებობს.

ის კლინიკები, სადაც გამოკითხვა განხორციელდა, არ არის ერთი და იმავე პროფილის. ეს ერთი მხრივ კარგია, ვინაიდან იძლევა სრული სურათის აღქმის საშუალებას, მაგრამ მეორე მხრივ, არ იძლევა წარმოდგენას მსგავსი პროფილის დაწესებულებებში პაციენტების შესაძლო გადანაწილების შესახებ.

## შედეგები

### *ოფიციალური წყაროებიდან მიღებული მონაცემები*

ოფიციალური სტატისტიკის ამსახველი წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციის ნიადაგზე შეფასდა შემდეგი მაჩვენებლების დინამიკა:

- მიმართვიანობა:
  - მიმართვიანობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ სერვისებზე;
  - მიმართვიანობა სტაციონარულ სერვისებზე;
  - ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი;
  - ქირურგიული ოპერაციების რიცხოვნობა;
  - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სხვადასხვა მიმართულების ფარგლებში შემთხვევების დინამიკა;
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები;
- სასწრაფო სამედიცინო გამოძახებათა რაოდენობის დინამიკა;
- საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, საწოლების დატვირთვა;
- ექიმებისა და ექთნების რიცხოვნობა;
- ზოგადი ინციდენტობა და პრევალენტობა;
- შობადობა, სიკვდილობა, ბუნებრივი მატება.

მონაცემების ნაწილს არ ახლავს 2014 წლის შესაბამისი მაჩვენებლები, ვინაიდან სარწმუნო მონაცემების მოპოვება შეუძლებელი აღმოჩნდა, ოფიციალური წყაროების ცნობით, ეს ინფორმაცია დამუშავების პროცესშია.

### *მიმართვიანობა*

იქიდან გამომდინარე, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის პარალელურად ყველაზე დიდი ცვლილება მოსალოდნელი იყო სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობის კუთხით, უპირველეს ყოვლისა განიხილება სწორედ ეს ფაქტორი. მიმართვიანობის მაჩვენებლები 2010-2013 წლებისათვის მოცემულია ცხრილში N1.

როგორც ამ მონაცემებიდან ჩანს, 2013 წელს წინა წელთან შედარებით ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობის მაჩვენებელი გაზრდილია 17%-ით, 2012 წელს ეს ნამატი მხოლოდ 9% იყო. ამბულატორიულ დაწესებულებებში ქირურგიული მუშაობის დატვირთვას ზრდის ტენდენცია აქვს. უკანასკნელ წლებში ნამატი შემდეგია: 2011 წელს - 26%; 2012 წელს - 43%; 2013 წელს - 14%. მიუხედავად იმისა, რომ 2013 წლის ნამატი - 14% ზოგიერთ წყაროში მომსახურების ამ სეგმენტში

ზრდის ინდიკატორად არის მოყვანილი, ზრდის ტემპი აშკარად ჩამოუვარდება წინა წლებში არსებულ ანალოგიურ მაჩვენებლებს. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 2013 წელს გაზრდილია 9%-ით და აღემატება 2012 წლის ნამატს - 7%-ს.

ცხრილი N1. მიმართვიანობის დინამიკა 2010-2013 წლებში.<sup>1</sup>

	2010	2011	2012	2013
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვიანობა 1 სულ მოსახლეზე	2.1	2.1	2.3	2.7
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქირურგიული მუშაობა	37734	47645	68570	78670
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე)	7531.7	7448.2	7968.2	8679.3
პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვა	35.30%	43.80%	60.80%	

საკმაოდ საინტერესო ტენდენცია ვლინდება ქირურგიული ოპერაციების მაჩვენებლის კუთხით - ცხრილი N2.

ცხრილი N2. ქირურგიული მომსახურების მაჩვენებლები 2010-2013 წლებში.<sup>2</sup>

	2010	2011	2012	2013
ქირურგიული ოპერაციების მაჩვენებელი (1000 მოსახლეზე)	30.3	31.9	36.9	42.2
გადაუდებელი ოპერაციების წილი	15.1	13.5	13.1	20.8

ქირურგიული ოპერაციების მაჩვენებელი 2013 წელს გაზრდილია 14%-ით, 2012 წელს - 15%-ით, წინა წლებში კი ზრდა უფრო დაბალია. შესაბამისად, საყოველთაო ჯანდაცვის როლი ამ მაჩვენებლის ზრდაში 2013 წელს არსებითი მნიშვნელობის არ უნდა იყოს. თუმცა, რაც შეეხება გადაუდებელი ოპერაციების წილს, ის წინა წელთან შედარებით 2013 წელს მკვეთრად გაიზარდა და მიაღწია ისეთ ნიშნულს, როგორც ამ დრომდე არ დაფიქსირებულა. მკვეთრად მოიმატა ისეთი ჩვენებებით წარმოებული ოპერაციების წილმა, როგორც არის მწვავე აპენდიციტი (16%-იანი ზრდა), მწვავე ქოლეციასტიტი (48%-იანი ზრდა).<sup>3</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინფორმაციით 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით 29.2%-ით გაიზარდა გულზე ჩატარებული ოპერაციების რიცხვმა, და 76%-ით იმატა თვალზე ჩატარებული ოპერაციების რიცხვმა.<sup>4</sup>

2013 წლის თებერვლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის თანდათანობით იმპლემენტაციას პროგნოზების შესაბამისად სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნაც უნდა გაეზარდა, მით უფრო საკუთრივ პროგრამის ფარგლებში. უტილიზაციის

<sup>1</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

<sup>2</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

<sup>3</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

<sup>4</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

ყოველთვიური დონის შესახებ ინფორმაციის გამოთხოვა უშედეგო აღმოჩნდა, ამიტომ ქვემოთ (ცხრილი N3) მოყვანილია სხვადასხვა ოფიციალური წყაროების მოწოდებული მონაცემების შეჯამებული სურათი. ამავე ცხრილის ბოლო სვეტში მოცემულია 2014 წლის განმავლობაში (იანვარი - ნოემბერი) დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა. ეს სიდიდე გამოთვლილია ოფიციალურ წყაროებში არსებული ინფორმაციის მიხედვით. 2014 წელს დაფიქსირებული შემთხვევების გაანგარიშება მოხდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2 წლის ანგარიშში მოცემული ჯამური მონაცემისა და ამავე სამინისტროს 2013 წლის ანგარიშში მოცემული მონაცემების სხვაობით. იმუნიზაციის მაჩვენებელი 2-წლიან ანგარიშში ცალკე არ არის გამოყოფილი, ამიტომ 2013 წლის იმუნიზაციის მაჩვენებელი დაემატა გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევების მონაცემს.

ცხრილი N3: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა. (წყაროები მითითებულია)

	28.02.2013 – 30.06.2013 <sup>1</sup>	28.02.2013 – 01.07.2013 <sup>2</sup>	01.07.2013 – 02.09.2013 <sup>3</sup>	01.07.2013 – 23.12.2013 <sup>4</sup>	28.02.2013 – 01.01.2014 <sup>5</sup>	01.07.2013 – 02.09.2014 <sup>6</sup>	28.02.2013 – 20.11.2014 <sup>7</sup>	28.02.2013 – 05.2015 <sup>8</sup>
გადაუდებელი ამბულატორიული	29231	41713	32750	46184	94487	358788	493145	827174
გადაუდებელი სტაციონარული	6363	15275	7235	22190	22671	115167	162016	295651
გეგმიური ქირურგიული			866	9427	7294	51132	71172	127640
კარდიოქირურგია			143	493	367	1859	2448	4441
ონკოლოგია			1033	4144	2912	22720	31598	53281
მშობიარობა			5908	16924	14089	48903	60970	86506
იმუნიზაცია				39081				
ტრანსპლანტაცია						17		
გეგმიური ამბულატორიული					1767			2470
სულ	35594	56988	47935	138443	143587	598586	821349	1397163

ცხრილი N3-ში მოტანილი მონაცემებიდან ზოგიერთი გარკვეულწილად დამაბნეველია - მაგალითად, ონკოლოგიის მიმართულებით დაფიქსირებული შემთხვევები 2013 წლის ივლისი-დეკემბრის შუალედში გამოდის მეტი, ვიდრე ამავე მიმართულებით მთელი 2013 წლის განმავლობაში დაფიქსირებული შემთხვევები.

<sup>1</sup> საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის).

<sup>2</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.

<sup>3</sup> საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის).

<sup>4</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.

<sup>5</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური სტატისტიკა თბილისი, 2014.

<sup>6</sup> საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2.09.2013 – 2.09.2014).

<sup>7</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წ ანგარიში.

<sup>8</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი მონაცემები

ამის მიზეზი, როგორც ჩანს, ის არის, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემებში გათვალისწინებულია საქართველოს მთავრობის N36 და N218 დადგენილებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული პირები ცალცალკე და ჯამურად. საყურადღებოა, რომ თავად N36 დადგენილება გულისხმობს N218 დადგენილებით მოცული პირების ჩართვას აღნიშნულ პროგრამაში, ამიტომ ფორმულირება, ცოტა არ იყოს, ბუნდოვანია.

დამატებით გაუგებრობას იწვევს პირველ ორ სვეტში მოცემული მაჩვენებლები - ეს არის სხვადასხვა წყაროში არსებული ერთი და იმავე პერიოდის შესახებ არსებული მონაცემები. ისინი საკმაოდ არაერთგვაროვანია, თუმცა მაინც მიზანშეწონილად ჩაითვალა მათი ასეთი სახით წარმოდგენა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით 2013 ივლისი-დეკემბერი პერიოდში იმუნიზაციის მაჩვენებელი ცალკე არის გამოყოფილი. როგორც ჩანს, სხვა პერიოდების მონაცემებში ეს მაჩვენებელი ჩათვლილია გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში, თუმცა ამ ფაქტის გადამოწმება შეუძლებელი აღმოჩნდა და მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული, მონაცემები პირველადი სახით დარჩენილიყო.

აღწერილი რიცხვითი მონაცემების ინტერპრეტირების გამარტივების მიზნით გადაანგარიშებულ იქნა საშუალო თვიური შემთხვევები თითოეული კატეგორიის მიხედვით. ეს სიდიდეები არის 2,4,6,10,14,21-თვიანი პერიოდების ოფიციალური მონაცემებიდან გამოთვლილი. სიდიდეები საკმაოდ უხეშია, ასახავს არითმეტიკულ საშუალო მაჩვენებელს, არ ითვალისწინებს სეზონურ ცვლილებებს, სხვა მოქმედ ფაქტორებს, მაგრამ ტენდენციის შეფასებისათვის მეტად თვალსაჩინოა (ცხრილი N4).

ცხრილი N4: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა თვეზე გადაანგარიშებით. (წყაროებისათვის იხ. ცხრილი N3)

	28.02.2013 – 30.06.2013	28.02.2013 – 01.07.2013	01.07.2013 – 02.09.2013	01.07.2013 – 23.12.2013	28.02.2013 – 01.01.2014	01.07.2013 – 02.09.2014	28.02.2013 – 20.11.2014	28.02.2013 – 05.2015
	4 თვე	4 თვე	2 თვე	6 თვე	10 თვე	14 თვე	21 თვე	27 თვე
გადაუდებელი ამბულატორიული	7307.75	10428.25	16375.00	7697.33	9448.70	25627.71	23483.10	30636.07
გადაუდებელი სტაციონარული	1590.75	3818.75	3617.50	3698.33	2267.10	8226.21	7715.05	10950.04
გეგმიური ქირურგიული			433.00	1571.17	729.40	3652.29	3389.14	4727.41
კარდიოქირურგია			71.50	82.17	36.70	132.79	116.57	164.48
ონკოლოგია			516.50	690.67	291.20	1622.86	1504.67	1973.37
მშობიარობა			2954.00	2820.67	1408.90	3493.07	2903.33	3203.93
იმუნიზაცია				6513.50				
ტრანსპლანტაცია						1.21		
გეგმიური ამბულატორიული					1767.00			91.48
სულ	8898.50	14247.00	23967.50	23073.83	15949.00	42756.14	39111.86	51746.78

ცხრილში მოცემული მონაცემებიდან აშკარად ჩანს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის თითოეული მიმართულებით ფიქსირდება შემთხვევების ზრდის ტენდენცია. განსაკუთრებით მკვეთრია ზრდა 2014 წელს 2013 წელთან შედარებით (ცხრილი N5).

2014 წელს 2013 წელთან შედარებით მიმართვიანობის საშუალო თვიური მაჩვენებელი გადაუდებელი ამბულატორიის სექტორში გაიზარდა დაახლოებით 185%-ით; გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების სექტორში - დაახლოებით 238%-ით; გეგმიური ქირურგიის სექტორში - 516%-ით; კარდიოქირურგიის სექტორში - 284%-ით; ონკოლოგიის სექტორში - 529%-ით და სამეანო სექტორში - 152%-ით. ჯამურად საშუალო თვიური მიმართვიანობის ზრდა 216%-ია.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მიმართვიანობამაც იმატა 2013 წელს და 1 სულ მოსახლეზე 0.7-ს მიაღწია (2012 წლის მაჩვენებელი - 0.6).<sup>44</sup>

ცხრილი N5: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფიქსირებული შემთხვევების საშუალო მაჩვენებელი 2013 (თებერვალი-დეკემბერი) და 2014 (იანვარი - ნოემბერი) წლებში.

	2013 წელი		2014 წელი		2015 წელი	
	სულ	თვიური საშუალო	სულ	თვიური საშუალო	სულ	თვიური საშუალო
გადაუდებელი ამბულატორიული	126978	12697.8	398658	36241.64	334029	55671.50
გადაუდებელი სტაციონარული	37465	3746.5	139345	12667.73	133635	22272.50
გეგმიური ქირურგიული	9427	942.7	63878	5807.09	56468	9411.33
კარდიოქირურგია	493	49.3	2081	189.18	1993	332.17
ონკოლოგია	4144	414.4	28686	2607.82	21683	3613.83
მშობიარობა	16924	1692.4	46881	4261.91	25536	4256.00
სულ	195431	19543.1	679529	61775.36	575814	95969.00

მიმართვიანობის ზრდის ტენდენცია, ბუნებრივია, ერთი მხრივ განპირობებულია ბენეფიციარების რაოდენობის ზრდით. 2013 წლისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში რეგისტრირებული იყო 1 347 658

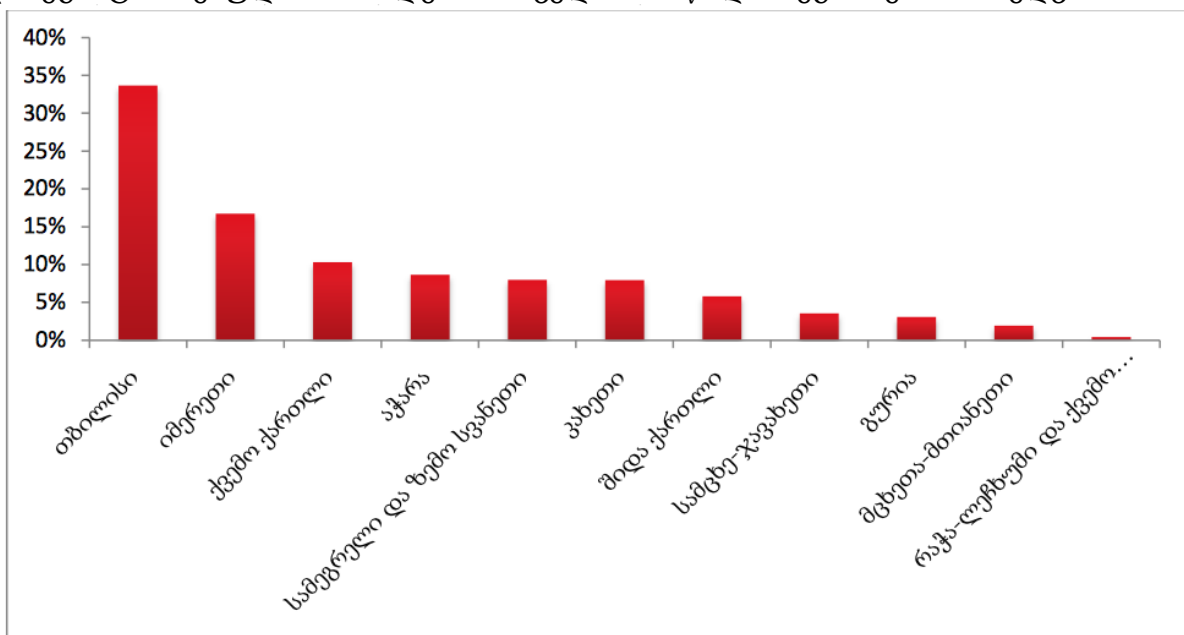
<sup>44</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი თავისუფლების განვითარების ცენტრის დირექტორს ბატონ გიორგი კლდიაშვილს N01/21640. 27 მარტი, 2015წ. (<http://www.opendata.ge/ka/request/43416>).

ბენეფიციარი<sup>45</sup>, 2014 წლის ბოლოს - 2 882 238<sup>46</sup>, ხოლო 2015 წლის მაისის მონაცემებით - 3 054 486<sup>47</sup>. საშუალო თვიური მიმართვიანობის თანაფარდობა დარეგისტრირებული ბენეფიციარების თანაფარდობასთან (ანუ 1 ბენეფიციარზე დაფიქსირებული მიმართვების რიცხვი თვეში) 2013 წელს 0.015 იყო, 2014 წელს - 0.21, ხოლო 2015 წელს - 0.31. ეს იმაზე მიანიშნებს, რომ მიმართვიანობა იმატებს, როგორც დამოუკიდებელი ცვლადი.

მიმართვიანობის ზრდის ტენდენცია მთელს საქართველოში თანაზომიერად არ არის გამოხატული. თბილისი ადრეც წარმოადგენდა სამედიცინო სფეროს ეპიცენტრს და, როგორც ჩანს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებშიც მიმართვიანობის ძირითადი ნაწილი დედაქალაქზე მოდის. ეს შეეხება არა მხოლოდ მაღალტექნოლოგიურ სამედიცინო მომსახურებას, არამედ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ მომსახურებასაც კი (გრაფიკი N1).

ნიშანდობლივ შედეგებს იძლევა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობისა და დახარჯული თანხების შედარება თბილისისა და დანარჩენ საქართველოში (ცხრილი N6).

გრაფიკი N1: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტში დარეგისტრირებული მოსახლეობის ხვედრითი წილი რეგიონების მიხედვით.<sup>48</sup>



ქვემოთ მოცემულ ცხრილში (ცხრილი N6) შემთხვევათა რაოდენობის რიცხვითი მნიშვნელობები საკმაოდ უხეშია, ვინაიდან მთელი საქართველოს მასშტაბით მოცემული სიდიდე წარმოადგენს 2014 წლის იანვარი-ნოემბრის პერიოდს, თბილისის მაჩვენებლები კი მთლიანად 2014 წელს შეესაბამება. ამის მიუხედავად, აშკარაა, რომ მაღალტექნოლოგიური ჩარევები თითქმის ექსკლუზიურად თბილისში

<sup>45</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.

<sup>46</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

<sup>47</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

<sup>48</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

ხორციელდება და, ფაქტობრივად, გეგმიური ამბულატორიის სეგმენტი ერთადერთია, რომელშიც საქართველოს დანარჩენ ნაწილში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობები თბილისში დაფიქსირებულ შემთხვევებს მცირედ აჭარბებს.

ცხრილი N6: 2014 წლის განმავლობაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევები და ხარჯი თბილისსა და დანარჩენ საქართველოში (გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის გარეშე) (წყაროების მითითებით).

	სულ <sup>49</sup>	თბილისი <sup>50</sup>	დანარჩენი საქართველო
გადაუდებელი ამბულატორიული	366167	172845	193322
გადაუდებელი სტაციონარული	124551	86832	37719
გეგმიური ქირურგიული	61745	45731	16014
კარდიოქირურგია	1955	2202	-247
ონკოლოგია	27454	26796	658
მშობიარობა	44046	20227	23819
სულ	625918	354633	271285
დანახარჯი <sup>51</sup>	335624464.7	217586585.6	118037879.2

### საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე საკასო დანახარჯი საანგარიშო თვეების მიხედვით მოცემულია ცხრილში N7.

ცხრილი N7: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე საკასო ხარჯი 2013-2015 წლებში:<sup>52</sup>

	2013 წელი	2014 წელი	2015 წელი
იანვარი		10 494 686.51	41 371 577.20
თებერვალი		18 238 479.31	40 321 359.63
მარტი		17 621 521.87	39 282 755.59
აპრილი	17 481.39	19 152 878.37	54 295 699.74
მაისი	3 555 467.53	26 176 166.83	44 082 236.23
ივნისი	3 796 512.74	24 564 666.48	
ივლისი	5 458 978.07	32 361 249.70	
აგვისტო	3 991 703.14	27 258 034.52	
სექტემბერი	5 376 365.96	33 238 429.97	
ოქტომბერი	12 717 205.69	45 342 988.63	
ნოემბერი	11 958 202.03	34 653 599.54	
დეკემბერი	22 196 426.63	46 521 763.00	

<sup>49</sup> ოფიციალურ ინფორმაციაზე დაყრდნობით საკუთარი გამოთვლის შედეგი.

<sup>50</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

<sup>51</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

<sup>52</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

სულ	69 068 343.18	335 624 464.73	219 353 628.39
-----	---------------	----------------	----------------

ცხრილში მოტანილი ინფორმაციის ნიადაგზე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯების ზრდის ტენდენცია თვალსაჩინოა. ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდა ბოლომდე ვერ ახსნის ხარჯების ასეთ მკვეთრ და სწრაფ ზრდას.

**სასწრაფო სამედიცინო გამოძახებათა რაოდენობის დინამიკა**

2013 წელს შეინიშნებოდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებათა რიცხვის ზრდა - 1 სულ მოსახლეზე 0.2-დან (2012 წელი) 0.3-მდე (2013 წელი).<sup>53</sup> (ცხრილი N8)

ცხრილი N8: ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო დახმარება 2010-2013 წლებში:<sup>54</sup>

	2010	2011	2012	2013
ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო დახმარება	933877	936614	1035270	1199884

თუმცა 2014 წელს დაფიქსირდა სასწრაფო დახმარების გამოძახების რიცხვის კლება. 2014 წლის ივლისი-ოქტომბრის პერიოდში დაფიქსირდა 183543 გამოძახება, რაც 23593-ით ნაკლებია 2013 წლის ანალოგიურ მაჩვენებელზე. ამას სამინისტროს ინტერპრეტაციით, საფუძვლად უდევს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ორგანიზების დახვეწა, გამოძახებების პრიორიტეტულობის შემოღება და არამიზნობრივი გამოძახებების შემცირება.

**საავადმყოფო საწოლების დატვირთვა, დაყოვნება**

სტაციონარული საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით შემცირდა, თუმცა, სტაციონარულ საწოლებზე დაყოვნება მკვეთრად შემცირდა (ცხრილი N9). თუ გავითვალისწინებთ მცირე მასშტაბის ოპერაციული ჩარევების (აპენდექტომია, ქოლეცისტექტომია) მკვეთრ ზრდას, მოსალოდნელია, დაყოვნების მაჩვენებელი უფრო მეტად შემცირდეს.

ცხრილი N9: სტაციონარული საწოლები, დატვირთვა, დაყოვნება 2010-2013 წლებში:<sup>55</sup>

	2010	2011	2012	2013
სტაციონარული საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე)	299.3	281	252.7	258.5
საწოლზე დატვირთვა	160	173	228	181
საწოლთა დაყოვნება	6.4	7	7	5.4

<sup>53</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია

<sup>54</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

<sup>55</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.



**ზოგადი ინციდენტობა და პრევალენტობა**

2010-2013 წლების პერიოდში აღინიშნება როგორც საერთო ინციდენტობის, ასევე საერთო პრევალენტობის ზრდა, თუმცა ნამატი 2013 წელს ყველაზე ნაკლებია (პრევალენტობა გაიზარდა 6%-ით; ინციდენტობა - 8%-ით). მაქსიმალური ნამატი დაფიქსირებულია 2012 წელს (13% და 30% - შესაბამისად) (ცხრილი N11).

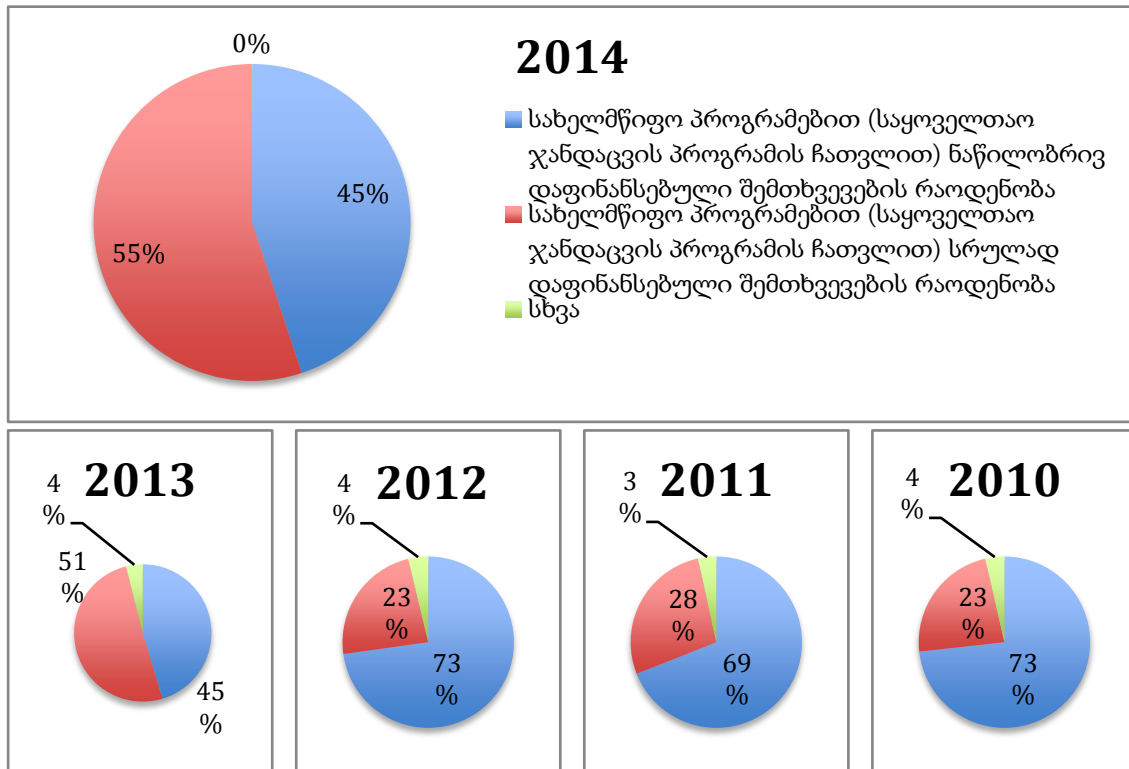
ცხრილი N11: ზოგადი პრევალენტობა და ინციდენტობა 2010-2013 წლებში:<sup>56</sup>

	2010	2011	2012	2013
ზოგადი პრევალენტობა	49553.9	56858.6	64095	68200.4
ზოგადი ინციდენტობა	26076.6	28470.3	37028.8	40011.6

**კლინიკებიდან გამოთხოვილი მონაცემები**

კლინიკებიდან გამოთხოვილი ინფორმაციის გაანალიზებით 2013-2014 წლებში მიმართვიანობა გაიზარდა წინა წლებთან შედარებით. ბოლო წლების განმავლობაში ყველა გამოკითხულ სამედიცინო დაწესებულებაში შეინიშნება მკვეთრი ზრდა სახელმწიფოს მიერ სრულად დაფინანსებული შემთხვევების პროცენტულ მაჩვენებელში და ეს სიდიდე, თითქმის ყველა კლინიკაში 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით გაორმაგებულია.

გრაფიკი N2: დაფინანსების წყაროების წილი - პირველი კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე მოქმედი კლინიკები (კლინიკების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია):



<sup>56</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

პარალელურად მცირდება სახელმწიფოს მიერ ნაწილობრივ დაფინანსებული შემთხვევების წილი, ხოლო კერძო დაზღვევის მიერ დაფინანსებული შემთხვევები მკვეთრად შემცირდა 2013-2014 წლებში. გამოკითხულ კლინიკებში დაფინანსების წყაროების გადანაწილება წლების მიხედვით ძალიან მსგავსია, განსაკუთრებით ეს ეხება ყოფილი პირველი კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებს. გასათვალისწინებელია, რომ ჯიბიდან გადახდის მაჩვენებელი (რომელიც 2010-2012 წლებშიც საკმაოდ დაბალი იყო აღნიშნულ კლინიკებში), უკიდურესად შემცირებულია 2013-2014 წლებში და 2014 წელს 0.01%-ს აღწევს (გრაფიკი N2).

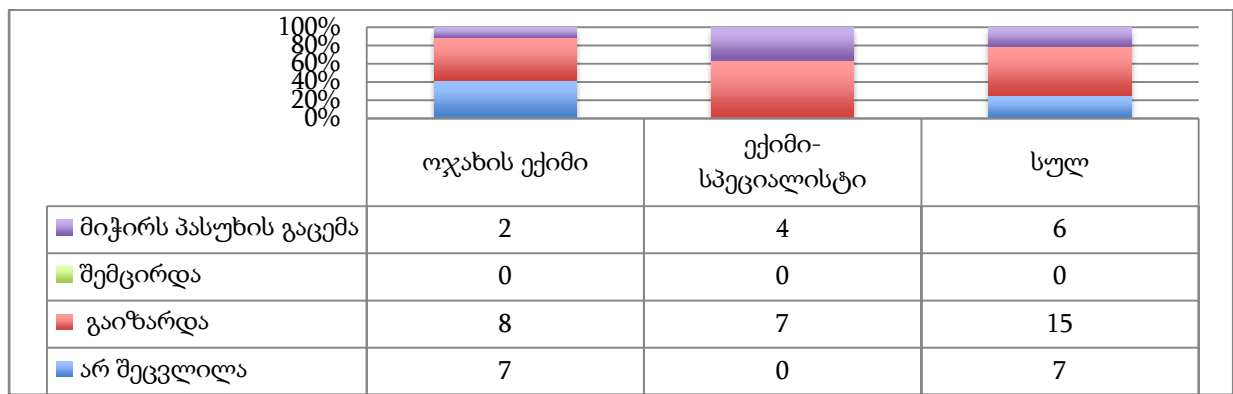
ამბულატორიული დაწესებულებებიდან ანალოგიური მონაცემების მიღება შეუძლებელი აღმოჩნდა. დამატებით გაირკვა, რომ მათმა დიდმა ნაწილმა უკანასკნელი 4 წლის პერიოდში შეიცვალა სტატუსი, მფლობელი, განიცადა რეორგანიზაცია. გარკვეულწილად გადახალისდა დასაქმებული პერსონალის შემადგენლობაც. აქედან გამომდინარე, მოცემულ კვლევაში ამბულატორიული მომსახურებების უტილიზაციის დონის ცვლილებაზე გამოკითხვის შედეგების მიხედვით ვიმსჯელებთ.

**ექიმების გამოკითხვით მიღებული შედეგები**

სულ გამოკითხულ იქნა ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი 28 ექიმი, აქედან 17 ოჯახის ექიმი და 11 სხვადასხვა დარგის სპეციალისტი (4 კარდიოლოგი, 3 ენდოკრინოლოგი, 2 პედიატრი, 1 რევმატოლოგი, 1 ქირურგი). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტების ზოგად შეფასებასთან დაკავშირებით გამოკითხულთა უმეტესობა ერთსულოვანი იყო. გამოიკვეთა გარკვეული ტენდენციები. შედეგების რეპრეზენტატიულობისათვის ოჯახის ექიმებისა და ექიმ-სპეციალისტების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია დამუშავდა ცალცალკე.

აბსოლუტურად ყველა გამოკითხული ექიმი ადასტურებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ ამბულატორიული სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნის დონე და შესაბამისად, პაციენტების მიმართვების რაოდენობა გაიზარდა. რაც შეეხება სტაციონარულ სერვისებზე მოთხოვნის დონეს, გამოკითხულთა 55% თვლის, რომ სტაციონარში მიმართვიანობის დონე გაიზარდა (გრაფიკი N3).

გრაფიკი N3: ექიმების პასუხი შეკითხვაზე: როგორ ფიქრობთ, შეიცვალა თუ არა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ?



ამბულატორიულ სერვისებზე მოთხოვნის ცვლილებაზე მოქმედ ფაქტორებად გამოკითხულთა 32% ასახელებს მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდას და ადასტურებს, რომ მოთხოვნა ადრეც არსებობდა, მაგრამ პაციენტები უსახსრობის გამო იკავებდნენ თავს ექიმთან ვიზიტისაგან. ექიმთა 57% მიიჩნევს, რომ უტილიზაციას ხელოვნურად ზრდის უფასო სერვისების მიმზიდველობა - მოთხოვნა რეალურ დონეს არ ასახავს; ხოლო ექიმთა 89% მიიჩნევს, რომ ამბულატორიაში გაზრდილი მიმართვიანობა რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღებასაც უკავშირდება.

ანალოგიურ ჭრილში, სტაციონარული სერვისების უტილიზაციის განხილვისას, გამოკითხულთა 54% მიიჩნევს, რომ უტილიზაცია გაიზარდა. აქედან, 73% თვლის, რომ მოთხოვნის ზრდა მხოლოდ ფინანსური ხელმისაწვდომობის შედეგია; 27% კი მიიჩნევს, რომ არსებობს სხვა ზემოქმედი ფაქტორები. ამ „სხვა“ ფაქტორების შესწავლა კვლევის ფორმატით გათვალისწინებული არ იყო, თუმცა რამდენიმე რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ ამაში თავად სამედიცინო დაწესებულების ინტერესებს მოიაზრებდა.

სამედიცინო მომსახურებაზე უტილიზაციის ცვლილებას არ გამოუწვევია სამედიცინო პერსონალის (ექიმები და ექთნები) რაოდენობის გაზრდა. გამოკითხულ ექიმთა აზრით, ოჯახის ექიმების რაოდენობის გაზრდის საშუალება დაბალი ანაზღაურების გამო არ არსებობს და მიუხედავად ძალიან მაღალი დატვირთვისა, შტატის გაზრდა თავად ექიმებსაც არ სურთ, რადგან მათი შემოსავალი მიღებული პაციენტების რაოდენობაზეა დამოკიდებული.

ექიმებს დამატებით ვთხოვეთ, შეეფასებინათ ექიმთან ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების (ანუ ისეთი ვიზიტების, რომლებიც განპირობებულია არა რეალური საჭიროებით, არამედ უფასო მომსახურების მიმზიდველობით) რაოდენობის დინამიკა. აღმჩნდა, რომ ექიმთა 71% თვლის, რომ ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების რიცხვმა მოიმატა; 39% მიიჩნევს, რომ ეს მატება იყო მკვეთრი (ამ უკანასკნელთაგან ყველა ოჯახის ექიმია) (ცხრილი N13).

ცხრილი N13. ექიმების პასუხი შეკითხვაზე: როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეიცვალა ექიმთან “არასაჭირო” ვიზიტების რიცხვი?

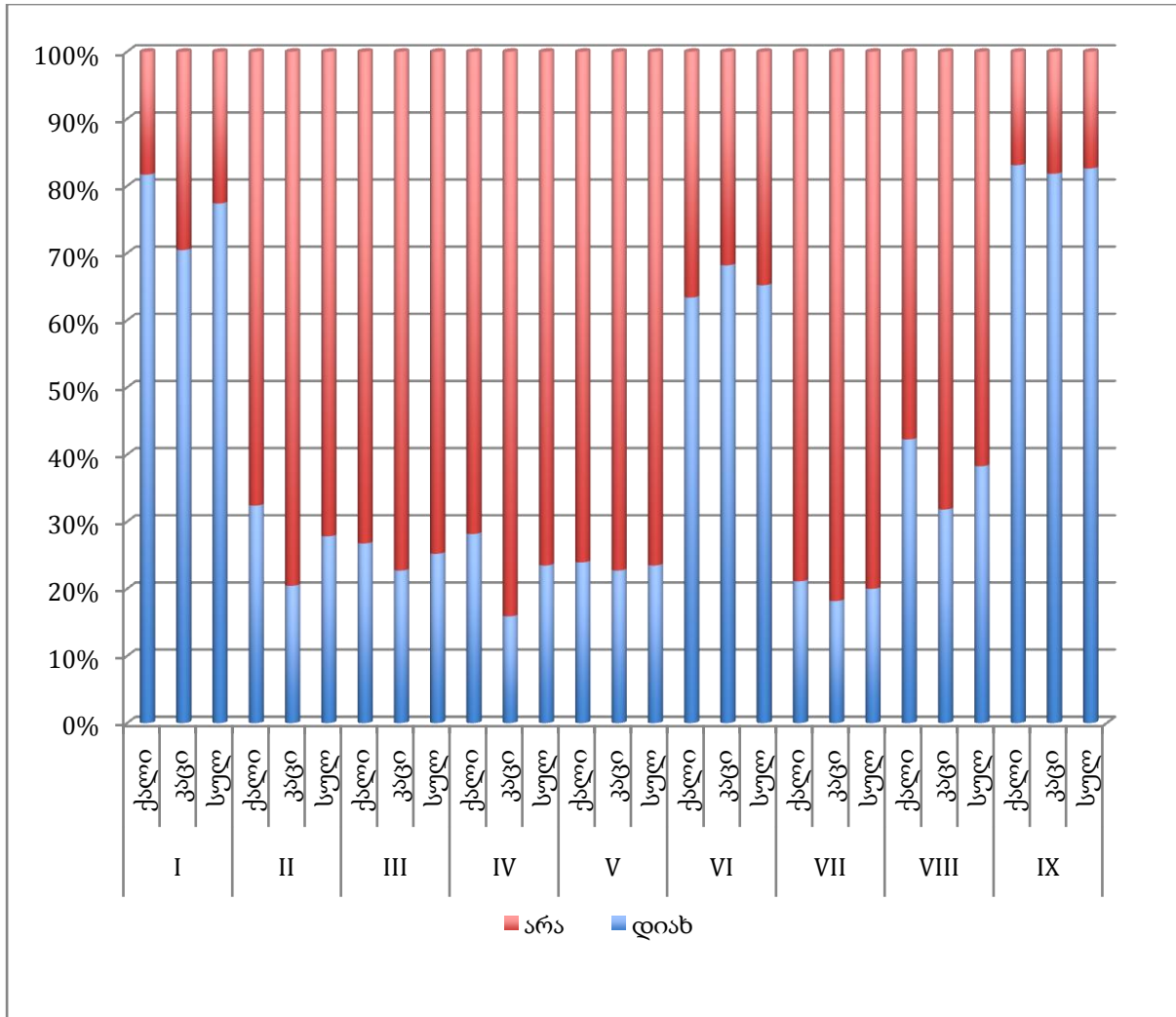
	არ შეცვლილა	მკვეთრად გაიზარდა	ოდნავ გაიზარდა	ოდნავ შემცირდა	მკვეთრად შემცირდა
ოჯახის ექიმი	2	11	4	0	0
ექიმი-სპეციალისტი	6	0	5	0	0
სულ	8	11	9	0	0

**საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების გამოკითხვით მიღებული შედეგები**

სულ გამოკითხულ იქნა 115 ბენეფიციარი. მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საკმარისად მაღალი ცნობადობისა, აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა 15%-მა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის შემდეგ გაიგო, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარი იყო.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების გამოკითხვით მიღებული შედეგები პროცენტული მაჩვენებლების გამოყენებით თვალსაჩინოდ არის წარმოდგენილი გრაფიკში N4.

გრაფიკი N4: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა გამოკითხვის შედეგები (პროცენტული მაჩვენებლები):



შეკითხვების ნომრების შესაბამისობა:

- I - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ უფრო ხშირად ვსარგებლობ ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით
- II - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ უფრო ხშირად ვსარგებლობ სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებით
- III - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისაგან თავს ვიკავებდი ღირებულების გამო
- IV - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დამიფინანსდა სამედიცინო ჩარევა (ოპერაცია, მანიპულაცია, ჰოსპიტალიზაცია ან ა.შ.), რომელსაც დაფინანსების გარეშე თავად ვერ დავიფინანსებდი
- V - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დამიფინანსდა მედიკამენტები, რომელთაც დაფინანსების გარეშე თავად ვერ დავიფინანსებდი
- VI - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში უფრო ხშირად მივდივარ ოჯახის ექიმთან

VII - ექიმთან უფრო ხშირად მისვლა მიწევს მხოლოდდამხოლოდ რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვის გამო

VIII - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის არსებობის გამო ექიმისათვის მიმართავს ისეთ შემთხვევებში, როცა ექიმთან მისვლაზე უარს ვიტყვოდი, მომსახურების ღირებულება ჩემი ასანაზღაურებელი რომ ყოფილიყო

IX - საერთო ჯამში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დადებითად აისახა ჩემს ჯანმრთელობაზე

ბენეფიციარების 77% აცხადებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ უფრო ხშირად სარგებლობს ამბულატორიული მომსახურებით; 65% უფრო ხშირად მიმართავს ოჯახის ექიმს, თუმცა გამოკითხულთა 23% ასევე აღნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმთან მისი გახშირებული ვიზიტების მიზეზი დამხოლოდ რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვაა. სტაციონარული მომსახურებით უფრო ხშირად სარგებლობს გამოკითხულთა 28%. რესპოდენტთა 25% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე თავს იკავებდა სამედიცინო მომსახურებებისაგან. გამოკითხულთა 38% ადასტურებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შემდეგ ექიმს ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების გამო მიმართა, რომელზედაც უწინ უარს იტყოდა სერვისის ღირებულების საკუთარი სახსრებით გადაუხდელობის გამო. ამასთანავე, მხოლოდ 23% აცხადებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაუფინანსდა ისეთი ჩარევა, რომელსაც სხვა პირობებში ვერ შესწვდებოდა.

მცირედი, თუმცა არასარწმუნო სხვაობა შეინიშნება ქალი და მამაკაცი რესპოდენტების მიერ შევსებული კითხვარების შედარებისას. როგორც გრაფიკიდან ჩანს, ქალბატონებში სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის დონე ოდნავ მეტად გაიზარდა, ვიდრე მამაკაცებში. რაც შეეხება გამოკითხულთა პასუხების შეფასებას ასაკობრივი კატეგორიების ჭრილში - უფროსი ასაკის რესპოდენტებში სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნის დონე მეტად იზრდება, ვიდრე ახალგაზრდებში. თუმცა თავად შენარჩევში სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები პროპორციულად არ იყვნენ წარმოდგენილნი და ამის გამო აღნიშნული დაკვირვება სარწმუნოდ ვერ შეფასდება.

ყოველივე ზემოთქმულთან ერთად, გამოკითხულთა 95% თვლის, რომ პროგრამა დადებითად აისახა მის ჯანმრთელობაზე. ეს მოსაზრება დააფიქსირეს ისეთმა პირებმა.

***სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლების გამოკითხვით მიღებული შედეგები:***

გამოკითხულ იქნა 20 სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენელი. მათ შორის იყვნენ იმ სამედიცინო დაწესებულებების მესვეურები, რომელთაც მოგვაწოდეს რიცხვობრივი ინფორმაცია მიმართვიანობის დონის შესახებ. ასევე ისეთი დაწესებულებების ადმინისტრაციის წევრები, რომელთაგან ფაქტობრივი მიმართვიანობის მონაცემების მიღება შეუძლებელი აღმოჩნდა. როგორც ცხრილში N14 ჩანს, გამოკითხულთა უმეტესობა აღნიშნავს, რომ როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე, ასევე დანერგვის შემდეგ კლინიკის დაფინანსების უმთავრეს წყაროს წარმოადგენდა სახელმწიფო სახსრები. ასევე, მათი

მტკიცებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა პაციენტების მიერ ანაზღაურებული შემთხვევების შემცირების ხარჯზე ხდება.

ცხრილი N14: სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლების გამოკითხვის შედეგები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე როგორი იყო სამედიცინო მომსახურებების ანაზღაურების სახეობების გადანაწილება თქვენს დაწესებულებაში?			
	ყველაზე მეტი	საშუალო	ყველაზე ნაკლები
სახელმწიფო დაფინანსება	13	2	5
სადაზღვევო კომპანიები	0	11	9
პაციენტები თავად იხდიდნენ	7	7	6
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ როგორია სამედიცინო მომსახურებების ანაზღაურების სახეობების გადანაწილება თქვენს დაწესებულებაში?			
	ყველაზე მეტი	საშუალო	ყველაზე ნაკლები
სახელმწიფო დაფინანსება	19	1	0
სადაზღვევო კომპანიები	0	16	4
პაციენტები თავად იხდიდნენ	1	3	16
როგორ შეიცვალა თითოეული წყაროდან მიღებული თანხის მოცულობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ?			
	გაიზარდა	არ შეცვლილა	შემცირდა
სახელმწიფო დაფინანსება	20	0	0
სადაზღვევო კომპანიები	4	15	1
პაციენტების მიერ გადახდა	0	3	17

გამოკითხულთა 60%-ის აზრით, 2013 წლის შემდეგ მიმართვიანობამ მათ კლინიკაში მოიმატა. 15% ამ ცვლილებას უარყოფს, ხოლო 25% აცხადებს, რომ უჭირს პასუხის გაცემა. მათ შორის, ვინც მიმართვიანობის ზრდას ადასტურებს, 63% აღნიშნავს, რომ ამ ცვლილების მიზეზი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაა.

2013 წლის შემდეგ სამედიცინო მომსახურების ფასის ცვლილებასთან დაკავშირებით კლინიკებში არაერთგვაროვანი შეხედულება აქვთ. ადმინისტრაციის წარმომადგენელთა 40%-ის აზრით, მათთან ფასი არ შეცვლილა, 25%-ის აზრით, ფასი უმნიშვნელოდ შემცირდა, ხოლო 35%-ის აზრით, ფასი უმნიშვნელოდ გაიზარდა. მათგან, ვინც ფასის ცვლილებას აფიქსირებს, 42% აღნიშნავს, რომ ეს ცვლილება ნაწილობრივ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით არის გამოწვეული, 33% კი თვლის, რომ ცვლილება მთლიანად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტს წარმოადგენს.

სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წევრებთან გასაუბრებით აღმოჩნდა, რომ მათი დიდი ნაწილი სიფრთხილით უყურებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მომავალს. მიიჩნევენ, რომ გამოყოფილი საბიუჯეტო თანხები, შესაძლებელია, საკმარისი არ აღმოჩნდეს.

## შედეგების ინტერპრეტაცია

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების შემდეგ საქართველოში სამედიცინო მომსახურებათა უტილიზაცია მკვეთრად გაიზარდა და ინარჩუნებს ზრდის ტენდენციას. პარალელურად იზრდება სახელმწიფოს ხარჯები ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში. მცირდება პაციენტების მიერ „ჯიბიდან გადახდის“ წილი.

ჯანდაცვის სერვისებს შორის მკვეთრად გაიზარდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებების უტილიზაცია, განსაკუთრებით ოჯახის ექიმების დატვირთვა. სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდის გამო გაიზარდა პაციენტის ამბულატორიულ დონეზე მიმართვიანობა, მათი კმაყოფილება.

ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობის ზრდას რეცეპტების შემოღებამაც დიდად შეუწყო ხელი. თუმცა, უტილიზაცია არა-ამბულატორიულ სერვისებზეც გაიზარდა, ხოლო ამბულატორიულ სექტორში უტილიზაციის ზრდა რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღებამდეც უკვე თვალსაჩინო იყო. უტილიზაციის ზრდას, პირველ რიგში, ოჯახის ექიმები აღნიშნავენ („საგრძობლად მეტად ვართ დატვირთულები“ - ერთ-ერთი გამოკითხული ოჯახის ექიმის მოსაზრება).

მკვეთრი ზრდა არის დაფიქსირებული გადაუდებელი ქირურგიული მომსახურების კუთხითაც. განსაკუთრებით თვალშისაცემია 2013 წელს მწვავე ქოლერისტიტის ჩვენებით გაკეთებული ოპერაციების 48%-იანი ზრდა. ამ შემთხვევებში ექვევებში დგება რეალური ჩვენების არსებობა. დიდი ალბათობით, ადგილი აქვს მდგომარეობების ე.წ. „გაურგენტულებას“ და აუცილებელია ხარისხის კონტროლის სისტემების დახვეწა ხელოვნური ჰიპერუტილიზაციის თავიდან ასაცილებლად.

ცხადია, 2014 წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის მაჩვენებლების მკვეთრი ზრდა განპირობებულია იმითაც, რომ 2014 წლის სექტემბერში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გაერთიანდა ის კონტიგენტი, რომელიც მანამდე სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით სარგებლობდა. მაგრამ ამ კონტიგენტის რაოდენობა არც ისე დიდი იყო, რომ უტილიზაციის ამდენად მკვეთრი ცვლილება გამოეწვია. გარდა ამისა, უტილიზაციის ზრდა (თანაც უფრო ინტენსიური) გრძელდება დღემდე.

საინტერესოა სამედიცინო დაწესებულებების, ექიმების დატვირთვისა და ჯანდაცვის სფეროში გაღებული ხარჯის გადანაწილება რეგიონების მიხედვით. 2013 წლამდე რეგიონულ პრინციპზე მოქმედი სადაზღვევო სისტემის ფარგლებში ბენეფიციარები მეტ-ნაკლებად მიჯაჭვულნი იყვნენ რეგიონულ სამედიცინო ცენტრებთან. თავისუფალი არჩევანის პრინციპმა განაპირობა სამედიცინო შემთხვევათა დიდი ნაწილის აკუმულირება თბილისში. ცხადია, ასეთი ტენდენცია ცუდი არ არის - მოსარგებლეს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების საშუალება ეძლევა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია იზრდება. თუმცა, რეგიონული დონის სამედიცინო დაწესებულებები კონკურენციას ვერ უწევენ თბილისში მოქმედ მაღალტექნოლოგიურ ცენტრებს. შედეგად, თბილისში აკუმულირდა პაციენტთა დიდი რაოდენობა, ხოლო რეგიონული დონის სამედიცინო ცენტრებს პრობლემები შეექმნათ ფინანსური უზრუნველყოფის თვალსაზრისით.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარებიც აღნიშნავენ სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის გამოხატულ ზრდას. ასევე, გამოკითხულთა

უმრავლესობა დადებითად არის განწყობილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. ინტერვიუებისას ისინი მაქსიმალურად ცდილობდნენ, ხაზი გაესვათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პოზიტიურობას.

სამედიცინო სფეროს მუშაკების აზრით, მკვეთრად მზარდი უტილიზაციის ფონზე იზრდება სამედიცინო მომსახურებების მისაღებად მოცდის დრო, რაც ამცირებს სერვისის ეფექტურობას.

## **დასკვნა და რეკომენდაციები**

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შედეგად სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის მკვეთრი ზრდა, ერთი მხრივ, მიგვანიშნებს, რომ მოქალაქეთა გარკვეულ რაოდენობას არ ჰქონდა საშუალება, საკუთარი სახსრებით დაეფინანსებინა სამედიცინო სერვისები, რაც უარყოფით გავლენას ახდენდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ხელს უშლიდა დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლენას. მეორე მხრივ, საყურადღებოა უტილიზაციის ხელოვნური ზრდა (მათ შორის მოსარგებლის ან ექიმის პირადი დაინტერესებით). სამედიცინო სფეროს მუშაკების გამოვითხვა ადასტურებს, რომ ექიმთან ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების დონე გაზრდილია. მცირემასშტაბიანი გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევების დონეც მკვეთრად არის მომატებული. ჰიპერუტილიზაციის პრობლემა ღრმა შესწავლას და შესაბამისი რეგულირებისა და მონიტორინგის მექანიზმების შემუშავებას მოითხოვს.

2015 წელს, ისევე როგორც წინა წლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულ ბიუჯეტზე მეტი თანხები დაიხარჯა. ცხადია, ჩვენნაირ დაბალშემოსავლიან, ღარიბ ქვეყანას არ შეუძლია ჰქონდეს მაღალი სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე. თუმცა, მიუხედავად ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ზრდისა, საქართველო ამ კუთხით ჯერ ისევ ჩამორჩება არამარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ საერთაშორისო სტანდარტებს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც. აღნიშნულის გათვალისწინებით, საქართველოსთვის, სადაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მხრიდან ისედაც მწირი თანხები იხარჯება, მნიშვნელოვანია, ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვის ეფექტური მექანიზმები შემუშავება.

ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაავადებათა მართვას, პრევენციულ ღონისძიებებს. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს. ოჯახის ექიმი, როგორც სისტემის „მეკარიბჭე“, ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას (მიმართვების მენეჯმენტი, ახდენს ამ სერვისების გაწევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან და თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები.

ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვაზე დადებით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა, სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არა ერთი ორგანიზაცია (მაგ., *სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი*, ან სოციალური მომსახურების



სააგენტო საქართველოში), არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტები (სადაზღვევო კომპანიები). კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგისა და მართვის მეთოდებს (უტილიზაციის მენეჯმენტი). მისი ერთ-ერთი ფორმაა მოთხოვნის მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მაგალითად, ექიმის მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის კონსულტაციები მკვეთრად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ ხარჯების შეკავების მიზნით განახორციელონ სერვისებზე კონტროლი, რისთვისაც ახდენენ პაციენტის სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების, ასევე, რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისების დეტალურ შესწავლას. ამავე მიზნით, სადაზღვევო კომპანიები ფართოდ იყენებენ ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინების მექანიზმებს. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი ატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ამასთან, არაიშვიათად, სადაზღვევო კომპანია თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება.

ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა (თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების სტიმული. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება.

ჯანდაცვითი სერვისებისა და ხარჯებისაგან დედაქალაქის განსატვირთავად საჭიროა რეგიონული დონის სამედიცინო ცენტრების განვითარების ხელშეწყობა. ამისათვის, უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო ქსელის ადექვატური დაგეგმვა, ლოგისტიკის სისტემის შემუშავება და რეგიონებში მომსახურების ხარისხის ამაღლებაა საჭირო.

## რეზიუმე

**შესავალი:** 2013 წლიდან საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დაინერგა. ასეთი სახის ფუნდამენტური რეფორმა განაპირობებს სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის ცვლილებებს. კვლევის მიზანია, იმის შესწავლა, თუ რამდენად შეიცვალა ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია საქართველოში

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის დეტერმინანტების განსაზღვრა სხვა ქვეყნებში ჩატარებული მსგავსი კვლევების მიხედვით. შერჩეული მაჩვენებლების შესახებ განხორციელდა მეორადი მონაცემების (ოფიციალური წყაროებიდან და კლინიკებიდან) ანალიზი. ჩატარდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ექიმების, მენეჯერებისა და ბენეფიციარების გამოკითხვა და ამ გზით პირველადი მონაცემების ანალიზი. **შედეგები, ინტერპრეტაცია:** ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით მკვეთრად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებებზე მოთხოვნა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ექიმებისა და პაციენტების გამოკითხვის შედეგებიც ადასტურებს სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის ზრდას. ამასთან ერთად ვლინდება ექიმთან ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების სიხშირის მატება, რაც მიანიშნებს ხელოვნურად ინდუცირებული ჰიპერუტილიზაციას. აღნიშნული განაპირობებს არაეფექტური დანახარჯების ზრდას. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის უფრო ეფექტური მუშაობისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების გამოყენება, კერძოდ, ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემის მექანიზმების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად პაციენტის თანამონაწილეობის (თანაგადახდის) შემოღება.

**ძირითადი საძიებო სიტყვები:** საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, უტილიზაცია, უნივერსალური მოცვა.

## **Effects of Universal Healthcare Programm on Utilization of Healthcare services in Georgia**

**Ketevan Kankava - Invited tutor at Tbilisi State Medical University, Master of business administration in healthcare management**

**Tengiz Verulava - Professor at Ilia State University, Doctor of Medicine**

### **Abstract**

**Introduction:** Starting from year 2013 Universal Healthcare Program was introduced in Georgia. This kind of fundamental reform causes changes in utilization of healthcare services. The aim of the study is to find out the extent of changes in healthcare service utilization rate after implementing Universal Healthcare Program in Georgia. **Method:** Within the framework of qualitative investigation the determinants of healthcare service utilization were selected according to the similar studies from other countries. The secondary data about selected indicators (obtained from official sources and hospitals) were analyzed. Along with this, we analyzed primary data collected (using specific questionnaires) from doctors, managers and beneficiaries participating in Universal Healthcare Program. **Results, interpretation:** According to official statistical data increase in demand rate of healthcare services is obvious. Surveying doctors and patients involved in Universal Healthcare Program confirms the rise in medical service utilization. In addition, the rate of so called “unnecessary” visits is also increased, that is indicative of artificially induced hyperutilization. This condition causes increase in ineffective expenditures.

**Conclusions, recommendations:** For more effective functioning of Universal Healthcare program utilization control methods should be applied. In particular this means supporting the development of well-organized primary healthcare system in country, introducing the mechanisms of competitive system for healthcare funding, implementation of patient participation (co-payment) to cover certain part of healthcare expenditures.

**Keywords:** Universal Healthcare Program, utilization, universal coverage.

### ბიბლიოგრაფია

1. გურული ირინა. სადაზღვევო სექტორის სტატისტიკა. რადიო თავისუფლება. 03 აპრილი 2015.
2. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2010. საქართველო. თბილისი 2011.
3. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2011. საქართველო. თბილისი 2012.
4. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2012. საქართველო. თბილისი 2013.
5. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.
6. ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი 13.05.2014.
7. კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულთა რაოდენობა იზრდება. commersant.ge 04 აპრილი 2015.
8. კუკავა მიხეილ. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო 11 მარტი 2013.
9. საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. 2012. ანგარიში - ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში.
10. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ.
11. საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის).
12. საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2013 წლის 2 სექტემბრიდან 2014 წლის 2 სექტემბრის ჩათვლით).
13. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. 2007 წელი. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში.

14. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. სტატისტიკური მონაცემები - ჯანდაცვა. ([http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=196&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=196&lang=geo))
15. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2006 წელი. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა.
16. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.
17. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.
18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი თავისუფლების განვითარების ცენტრის დირექტორს ბატონ გიორგი კლდიაშვილს N01/21640. 27 მარტი, 2015წ. (<http://www.opendata.ge/ka/request/43416>).
19. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში (სამუშაო ვერსია). თბილისი, 2013 წლის იანვარი.
20. სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური სტატისტიკა (სტატისტიკური კრებული) თბილისი, 2014.
21. სოციალური მომსახურების სააგენტო. სტატისტიკური ინფორმაცია. ([http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=610](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=610))
22. ჭიაბერაშვილი ზურაბ. დავით სერგეენკო: ღარიბს ვართმევ, მდიდარს ვაძლევ, Forbes Georgia, თებ 9, 2015.
23. ხიშტოვანი გიორგი. 2006-2013 წლის ჯანდაცვის რეფორმის ფინანსური გავლენის პროგნოზი კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე - „აღდაგი-ბისიაი“-ს შემთხვევა. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი, 25 თებერვალი 2014.
24. Akande, Tanimola et al.. 2011. The effects of national health insurance scheme on utilization of health services at Unilorin Teaching Hospital staff clinic, Ilorin, Nigeria. Health Science Journal.
25. Beck, Laurel. 2012. The Effects of Medicare Eligibility on Health Care Utilization and Outcomes. University of Wisconsin-Madison.
26. Blanchet, N.J. et al. 2012. The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilization. Ghana Medical Journal.
27. Card, David et al. 2008. The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare. American Economic Review.
28. Chen, Likwang et al. 2005. The Effects of Taiwan's National Health Insurance on Access and Health Status of the Elderly. Health econ.
29. Currie, Janet, Gruber, Jonathan. 1996. Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health. The Quarterly Journal of Economics.
30. Decker, Sandra L.. 2005. Medicare and the Health of Women with Breast Cancer. Journal of Human Resources.
31. Dong, Yingying. 2011. How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection. Economic Inquiry.
32. Finkelstein, Amy. 2007. The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare. The Quarterly Journal of Economics.

33. Finkelstein, Amy et al.. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. *The Quarterly Journal of Economics*.
34. Gissele, Gajate-Garrido. 2013. The Effect of Parents' Insurance Enrollment on Health Care Utilization: Evidence from Ghana. *Social Science Research Network*.
35. Hanrattii, Maria. 2001. Canadian National Health Insurance and Infant Health. *The American Economic Review*.
36. Jütting, Johannes. 2001. The Impact of Health Insurance on the Access to Health Care and Financial Protection in Rural Areas of Developing Countries: The Example of Senegal. *Comission on Macroeconomics and Health. The World Bank*.
37. Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. *Journal of Public Economics*.
38. Kondo, Ayako, Shigeoka, Hitoshi. 2013. Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, Supply-Side Responses and Mortality Rates: Evidence from Japan. *Journal of Public Economics*.
39. Lee, Yue-Chune et al. 2010. The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. *BMC Health Services Research*.
40. Leu, Robert E.. 2009. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and regulated Competitive insurance Markets. *The Commonwealth Fund*.
41. Limwattananon S. et al. 2013. Universal Coverage on a Budget: Impacts on Health Care Utilization and Out-Of-Pocket Expenditures in Thailand. *Tinbergen Institute Discussion Paper TI 2013-067/V*.
42. Long, Stephen H., Marquis, M. Susan. 1994. Universal Health Insurance and Uninsured People: Effects on Use and Cost. *Office of Technology Assesnent, Congressional Research Service, Library of Congress*.
43. McWilliams, J. Michael et al.. 2007. Health of Previously Uninsured Adults after Acquiring Medicare Coverage. *Journal of American Medical Association*.
44. Partnership for Social Initiatives. Policy, Advocacy and Civil Society Development in Georgia. 2013. Utilization and Affordability of Health Services in Different Health Service Provision Models. *Position paper N2*.
45. Polsky, Daniel et al.. 2009. The Health Effects of Medicare for the Near-Elderly Uninsured. *Health Services Research*.
46. Sekyi, Samuel. 2012. The Effects of Health Insurance on Outpatient Utilization and Healthcareexpenditure in Ghana. *International Journal of Humanities and Social Science*.
47. Spaan, Ernst. 2012. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bull World Health Organization*.
48. US Department of Health and Human Services. 2004. *Health Care in America: Trends in Utilization*.
49. Zhongliang, Zhou et al. 2014. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilization: evidence from Shaanxi Province. *International Journal for Equity in Health*.

*გამოქვეყნდა რეცენზირებად სამეცნიერო ჟურნალში "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა" N 2. 2016.*

**ციტირება:** ქეთევან კანკავა, თენგიზ ვერულავა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტები ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციაზე საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*, №2. თბილისი 2016.