



ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

პოლიტიკის მეცნიერების დეპარტამენტი

სამეცნიერო კონფერენცია თემაზე: „საქართველოს დამოუკიდებლობის 25 წელი:
მიღწევები, პრობლემები და პერსპექტივები“

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა 1991-2016: მიღწევები, პრობლემები
და პერსპექტივები

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი,
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი
აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის
მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის განუყოფელი ნაწილია და შესაბამისად, მნიშვნელოვანია დამოუკიდებლობის 25 წლის პერიოდში დარგში მიმდინარე რეორიენტაციის პრობლემების განხილვა.

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები შეიძლება ოთხ პერიოდად დავყოთ:

- ინერციის პერიოდი - 1991-1995 წლები;
- რეფორმების პირველი პერიოდი – 1995-2003 წლები;
- რეფორმების მეორე პერიოდი – 2004-2012 წლები;
- რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წლიდან დღემდე.

1991 წლამდე, საბჭოთა პერიოდში, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა გლობალური საბჭოთა სისტემის, ე.წ. “სემაშკოს მოდელის” ნაწილს წარმოადგენდა, სადაც მართვა, ადმინისტრირება და დაფინანსება ცენტრალიზებულად ხორციელდებოდა.

ქვეყნის დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, მწვავე ეკონომიკური კრიზისის შედეგად მკვეთრად შემცირდა ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. სახელმწიფო უკვე ვერ ახორციელებდა თავის თავზე აღებულ მოვალეობას მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის საქმეში. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები გაუარესდა: ავადობის მაჩვენებელი გაიზარდა, შობადობა შემცირდა, გავრცელდა სოციალურად საშიში დაავადებები, გაიზარდა დედათა და ბავშვთა მოკვდაობის მაჩვენებლები. დაბალი ხელფასებისა და არასტაბილური ეკონომიკური მდგომარეობის გამო ბევრმა ცნობილმა სპეციალისტმა დატოვა ქვეყანა. ქართული მედიცინა ფაქტობრივად, კოლაფსის წინაშე აღმოჩნდა.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი 1995 წლის 10 აგვისტოდან დაიწყო. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობების გამო, ყოვლისმომცველი, უფასო სამედიცინო დახმარების ნაცვლად, ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებანი დაბალანსდა მის შესაძლებლობებთან. სახელმწიფოს ვალდებულები განისაზღვრება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით.

სახელმწიფომ უარი თქვა ჯანდაცვის საბჭოური ტიპის ცენტრალიზებულ მოდელზე და არჩევანი გააკეთა სამედიცინო სადაზღვევო მოდელზე. განხორციელდა ჯანდაცვის დეცენტრალიზაცია. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან

შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი აფინანსებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს.

სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები გადაიქცნენ კერძო სამართლის სუბიექტებად. შესაბამისად, გაიზარდა მათი მმართველობითი ავტონომიაც. შემუშავდა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა. შეიქმნა კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება.

2006 წელს დაწყებული რეფორმების მიზანს შეადგენდა ჯანდაცვაში საბაზრო რეგულატორების განვითარება. არსებული უნივერსალური პროგრამები ჩანაცვლდა მიზნობრივ ჯგუფებზე (დარიბი ფენები) ორიენტირებული პროგრამებით. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში ჩაერთვნენ სადაზღვევო კომპანიები. გატარებული რეფორმის მიხედვით, დაზღვეულებს შეეძლოთ აერჩიათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია. თუმცა, 2010 წლიდან დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით. ამასთან, კერძო სადაზღვევო კომპანიებს შესაბამის სამედიცინო რაიონებში დაეკისრათ საავადმყოფოების აშენება. შედეგად, გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია.

2013 წლიდან დაიწყო ახალი რეფორმა, რომელიც ითვალისწინებდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებას და მთელი მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას.

ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე 25 წლიანი რეფორმირების ფონზე ისევ რჩება გადასაწყვეტი შემდეგი ამოცანები:

პირველადი ჯანდაცვის განვითარება. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაბალ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპაში 7.5). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა.

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. ქვეყანაში არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ერთიანი სისტემა. კერძოდ, არ არის განვითარებული სამედიცინო ხარისხის კონტროლის ისეთი უმთავრესი მექანიზმი, როგორცაა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია.

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი კატასტროფულად მაღალია (დაახლოებით 40%, ევროპის ქვეყნებში - 10-15%). მედიკამენტებზე ფასების შემცირების ეფექტური გზაა ფარმაცევტული ბაზრის შესახებ ინფორმაციის გამჭვირვალობის ამაღლება. შემოდებულ უნდა იქნას სპეციალური სტატისტიკური ანგარიშგების ფორმა, სადაც დაფიქსირდება მედიკამენტის საზღვარზე შემოტანის, ხოლო შემდეგ საცალო ქსელში რეალიზაციის ფასი.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა. მსოფლიო პრაქტიკით არსებობენ მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო ორგანიზაციები. საქართველოში მხოლოდ ორი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებია: კომერციული და სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები. საქართველოსათვის აქტუალურია ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის განხორციელება.

Healthcare system in Georgia 1991-2016: achievements, problems and perspectives

Tengiz Verulava

MD. PhD. Professor at Ilia State University,
Head of Quality Management Department, G. Chapidze Emergency Cardiology Center

Healthcare system is an integral part of a country's social-economical infrastructure and thus it is important to discuss all reorient problems that took place in this field during the past 25 years.

After gaining independence, Healthcare reforms in Georgia can be divided into four periods:

- Period of inertia – 1991-1995
- First stage of reforms – 1995-2003
- Second stage of reforms – 2004-2012
- Third stage of reforms –from 2013 till now

During the soviet era (until 1991) Georgian healthcare system was the part of a global soviet healthcare system, so called “Semashko” centralized healthcare system.

After gaining independence, financing of healthcare system from the government was sharply diminished due to the economic crisis. The government could no longer provide its population with an adequate healthcare. The major health status indicators had worsened (increased morbidity rate, decreased birth rate, increased infant mortality rate and so on.) Also many healthcare specialists left the country due to low wages and nonstable economic situation. As a result, a medicine in Georgia was on the brink of collapse.

A process of reorienting Georgian healthcare system began on august 10, 1995. Instead of providing comprehensive and free healthcare, government decided to balance its responsibilities and capabilities, because of poor financial strength. State's obligations were determined by state's healthcare programs.

The government had chosen a new health insurance model over the centralized soviet model. Healthcare was decentralized. Social healthcare units were created in local governing bodies. Social healthcare programs were financed by public healthcare departments.

State medical units became private entities, as a result their autonomy had increased. Also the law about 'Healthcare management' was created.

Reorienting the healthcare system made it possible to stop worsening of major health indicators.

The main goal of the reform, started in 2006, was to develop market regulations. Existing universal programs were replaced with target group (poor population) oriented programs. Insurance companies got involved into administration of public health programs. As a result insured people could have chosen preferred insurance companies. But, from 2010 the right of free choice was deprived and was changed to obligatory agreement with specific company. Plus private insurance companies were obliged to build healthcare units in corresponding regions. As a result, a competition between insurance companies was vanished.

In 2013, new major healthcare reform started, which introduced universal healthcare program (UHC) and covered the whole country.

In spite of 25 years of reforms, some problems still remain:

Developing primary healthcare. Primary healthcare in Georgia is still far from well-developed. Number of outpatient visits is 2.3 per person (7.5 in Europe). Firstly, it is important to develop family medicine and family doctors. For that it is necessary to promote family doctor's continuous education, optimal geographical distribution and increase in accessibility, also ensuring normal wages.

Ensuring high-quality healthcare services. There is still no system for quality control. For example accreditation, one of the main mechanisms for healthcare quality control is still not developed.

Increasing access to medications. The portion of expenditures on medications is dramatically high, close to 40% of whole healthcare expenditure, while in Europe this number is 10-15%. One way to effectively lower prices on medications is to make all information about pharmaceuticals open and clear for everyone (prices and etc.)

Public-State Partnership Model. It is well known practice in foreign countries to have a different form of ownership of medical organizations. While in Georgia there are only two: commercial and State healthcare units. Developing partnership between State and private sector will be beneficial for Georgia.