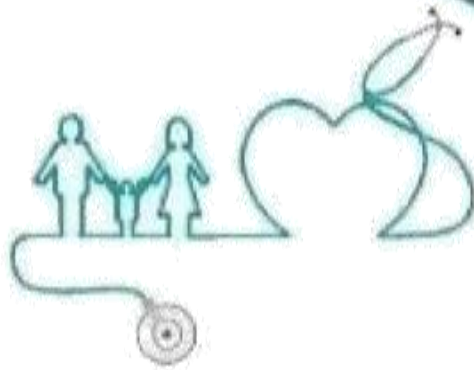


3

ჯანდაცვის პოლიტიკა,
ეკონომიკა და სოციოლოგია



№ 3. 2017

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed Scientific Journal

**Health Policy, Economics and
Sociology**

№ 3

თბილისი

2017

უნივერსალური ჯანდაცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები

ნიკოლოზ სურმავა, ცოტნე ციციხაია, მარიამ კვანჭიანი, სალომე ჭონიჭილი, მაიკო ჭანტურიძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი

შესავალი

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა [1].

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა [2]. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა [2].

პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში. ცხადია, დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვა სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედებს საჭირო სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე, და შესაბამისად კმაყოფილებაზე.

უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება მრავალ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. სხვადასხვა ქვეყნები განსხვავებულ მიდგომებს იყენებენ არსებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად. კვლევის მიზანია, სამხრეთ კორეის გამოცდილების საფუძველზე საყოველთაო ჯანდაცვის საკვანძო საკითხების განხილვა, საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარებაში არსებული გამოწვევების შესწავლა. სამხრეთ კორეის გამოცდილება განსაკუთრებით აქტუალურია საშუალო და დაბალ შემოსავლიანი ქვეყნებისათვის, რომელნიც ცდილობენ ქვეყანაში უნივერსალური ჯანდაცვის მიღწევას.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. წყაროებს წარმოადგენდნენ როგორც საკანონმდებლო, ისე საინფორმაციო-სტატისტიკური მასალები, სხვადასხვა ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიები და პუბლიკაციები, სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში

ჯანდაცვის ექსპერტთან ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარების გამოყენებით.

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება კორეაში

სამხრეთ კორეაში კანონი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ მიღებულ იქნა 1963 წელს სამხედრო მთავრობის მიერ. ქვეყანაში არსებული მძიმე ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის გამო სოციალური დაზღვევის სისტემის მშენებლობა შეფერხდა 1970-იან წლების შუა პერიოდამდე. 1976 წელს გადასინჯულ იქნა კანონი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის ძალით მთელი მოსახლეობა იქნა მოცული სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევით. [3]

1977 წლიდან კორპორაციებზე, რომელთა თანამშრომლები 500-ს აღემატებოდნენ, გავრცელდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. 1979 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევა გაფართოვდა იმ საწარმოებზე, რომელთა თანამშრომლები შეადგენდნენ 300-ზე მეტს, 1981 წელს იგი კიდევ უფრო გაფართოვდა მათზე, რომელთაც ჰყავდათ 100-ზე მეტი თანამშრომელი, ხოლო 1983 წლიდან მათზე, ვისაც ჰყავდა 16-ზე მეტი თანამშრომელი.

1977 წელს ამოქმედდა უმწეოთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა (Medicaid). 1979 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას შეუერთდნენ სახელმწიფო მოხელეები და მასწავლებლები. ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში თვითდასაქმებულებს ჩართვის მიზნით 1981 წელს სახელმწიფომ შექმნა საპილოტე პროგრამა რამდენიმე სოფელში და ქალაქში. 1988 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამამ მიაღწია უნივერსალურ მოცვას სოფლის თვითდასაქმებული მოსახლეობის ჩართვით, ხოლო 1989 წლიდან ქალაქის თვითდასაქმებული მოსახლეობის ჩართვით.

თავიდანვე, ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ჩართვა ხდებოდა ოჯახის წევრების საფუძველზე. დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაზღვევა ეფუძნებოდა სამუშაო ადგილებს, ხოლო თვითდასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაზღვევა - მათ რეგიონში საბინადრო ადგილს. დიდ კორპორაციებს თანამშრომელთა ჯანმრთელობის დასაზღვევად გააჩნდათ ინდივიდუალური საწარმოს დონეზე არსებული სადაზღვევო საზოგადოებები. მცირე და საშუალო ზომის ფირმები გაერთიანდნენ მათ გეოგრაფიულ არეალში მყოფ სადაზღვევო საზოგადოებში.

1977 წელს დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 8.8% (5000 პირი), 1980 წლიდან 1995 წლამდე მოცვა გაიზარდა 24%-დან 98%-მდე, 2006 წლის მონაცემებით საყოველთაო დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 98.2%. [3]

სამხრეთ კორეაში ავტორიტარულმა პოლიტიკურმა რეჟიმმა და პოლიტიკური ლეგიტიმაციის სურვილმა დიდი როლი ითამაშა საყოველთაო ჯანდაცვის განვითარებაში. ამისგან განსხვავებით, დასავლეთის ქვეყნებში უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი ითამაშეს მუშათა მოძრაობებმა და კლასობრივმა დაპირისპირებებმა. იმ პერიოდში ქვეყანაში არ არსებობდნენ არც მუშათა და არც სოციალ-დემოკრატიული პარტიები. სამხრეთ კორეის პრეზიდენტის პაკ ჩონ ჰის მიერ 1960-იან წლებში დაწყებულმა 5 წლიანმა ეკონომიკური განვითარების გეგმამ არსებითად გააუმჯობესა ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. მთავრობამ გააცნობიერა სოციალური კეთილდღეობის სისტემის უპირატესობა და 1977-1981 წლებში შემუშავებულ იქნა ეკონომიკური განვითარების მეოთხე გეგმა, სადაც დიდი ყურადღება ექცეოდა სოციალურ განვითარებას.

საყოველთაო ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ჯანმრთელობის დაზღვევის გაფართოება თვითდასაქმებულებზე და არაფორმალურ სექტორში მომუშავეთათვის. ამ პროცესში დიდი როლი ითამაშეს ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა. კერძოდ, 1980-იან წლების ბოლოს სამხრეთ კორეის ეკონომიკური აღმავლობის (წლიური 12%-იანი ზრდა)

შედეგად გაიზარდა თვითდასაქმებულთა სოციალური დაზღვევის სისტემაში გადამხდელ უნარიანობა. გარდა ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღებით სამხედრო მთავრობა ცდილობდა მოსახლეობის ფართო ფენებში მოეპოვებინა პოლიტიკური მხარდაჭერა და ლეგიტიმაცია. 1987 წელს საპრეზიდენტო არჩევნებში მმართველი პარტიის პროგრამა ძირითადად სოციალური კეთილდღეობის პროგრამების გაფართოებაზე იყო ფოკუსირებული. 1986 წელს მთავრობამ წარმოადგინა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევაში თვითდასაქმებულების ჩართვის, სახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის სისტემის და მინიმალური სახელფასო სისტემის გეგმები.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია ეკონომიკის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები 1977 წელს (როდესაც პირველად შემოღებულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევა), 1989 წელს (როდესაც მიღწეულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევის უნივერსალური მოცვა) და 2005 წელს. დროის ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ქვეყნის მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შემცირდა ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, გაშენდა ახალი სამედიცინო დაწესებულებები, გაიზარდა სამედიცინო სერვისების უტილიზაცია.

ცხრილი: ეკონომიკის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები

	1977	1989	2005
მშპ ერთ სულ მოსახლეზე აშშ დოლარებში	1042	5430	16 301
სიცოცხლის ხანგრძლივობა	64,8	71	77,4
სიკვდილიანობა (ყოველ 100 000 ადამიანზე)	690	542,3	504,3
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა (ყოველ 1000 დაბადებულზე)	38	12	3,8
ექიმების რაოდენობა ყოველ 10 000 ადამიანზე	5	8	16
საწოლების რაოდენობა ყოველ 10 000 ადამიანზე	17	30	73
ექიმების ვიზიტების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	3,7	6,2	10,6
ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	-	0,06	0,12
საავადმყოფოში გატარებულ დღეთა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	12	14	13,5

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევა კორეაში

ორგანიზაციული სტრუქტურა. 2000 წლამდე ქვეყანაში არსებობდა სამი სახის სოციალური დაზღვევა სქემა: (1) საჯარო მოხელეები და მასწავლებლები და მათ კმაყოფაზე მყოფი ოჯახის წევრები დაზღვეულნი იყვნენ ერთიან სადაზღვევო საზოგადოებაში; (2) სამრეწველო მუშაკები და მათ კმაყოფაზე მყოფი ოჯახის წევრები დაზღვეულნი იყვნენ დაახლოებით 140 სადაზღვევო საზოგადოებაში; და (3) თვითდასაქმებულები და იმ საწარმოების მუშაკები, სადაც დასაქმებული იყო ხუთზე ნაკლები თანამშრომელი, დაზღვეული იყო 230 სადაზღვევო საზოგადოებაში. ცალკე

არსებობდა ღარიბების დაზღვევის პროგრამა (Medicaid), რომელიც მოიცავდა მოსახლეობის 3-5%-ს (სიღარიბის სტატუსის ყოველწლიური შეფასებით). Medicaid-ის პროგრამა ფინანსდებოდა ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების ზოგადი შემოსავლებით, რომლის ადმინისტრირებას ახდენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა.

სოციალური დაზღვევის საზოგადოებების სარგებლების პაკეტებს შორის არანაირი სხვაობა არ არსებობდა. კვაზი საჯარო სადაზღვევო საზოგადოებები ფუნქციონირებდნენ ჯანმრთელობისა და სოციალური სამინისტროს მკაცრი რეგულირების ქვეშ. ბენეფიციარების სადაზღვევო საზოგადოებზე მიკუთვნება ხორციელდებოდა დასაქმების და საცხოვრებელი ადგილის (თვითდასაქმებული). მიხედვით, დაზღვეულების მოზიდვის მიზნით ჯანმრთელობის დაზღვევის საზოგადოებს შორის არ არსებობდა კონკურენცია. ასევე, არ ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის საზოგადოებების მიერ ჯანდაცვის პროვაიდერების შერჩევა.

შენატანები და სარგებლები

მრეწველობაში დასაქმებულთათვის, საჯარო მოხელეებისთვის და სკოლის თანამშრომლებისთვის სადაზღვევო შენატანი მათი შემოსავლების პროპორციულია და თანაბრად ნაწილდება დასაქმებულებსა და დამსაქმებელს შორის. სადაზღვევო საზოგადოებების შერწყმამდე შენატანების საშუალო განაკვეთი შეადგენდა 5.6%-ს (სახელფასო შემოსავალი) საჯარო და სკოლის თანამშრომლებისათვის, და 3.75% ინდუსტრიულ მუშაკთათვის. სადაზღვევო შენატანების შეფასებისათვის არსებობს ხელფასის ჭერი, თუმცა იგი ძალიან მაღალია (თვიური ხელფასი 50 000 აშშ დოლარი) და მხოლოდ მცირე რაოდენობის ხალხს აქვს. იმის გამო, რომ თვითდასაქმებულების შემოსავლების შესახებ სანდო ინფორმაციის მოპოვება მხოლოდ ნაწილობრივ არის შესაძლებელი, მათი სადაზღვევო შენატანის გაანგარიშების ფორმულა ეფუძნება როგორც შემოსავლებს ასევე ქონებას.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სარგებლების პაკეტი მოიცავს სამკურნალო სერვისებს, წელიწადში ორჯერ ჯანმრთელობის შემოწმებას. ვაქცინაცია უფასოა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებში. თანაგადახდის წილი სტაციონარულ მომსახურებაზე შეადგენს 20%-ს. ხოლო ამბულატორიულ მომსახურებაზე 35-50%-ს, რაც დამოკიდებულია საავადმყოფოს ტიპზე. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ საოჯახო მედიცინის ცენტრებში ამბულატორიული თანაგადახდის წილი გაცილებით დაბალია საავადმყოფოების ამბულატორიულ დეპარტამენტებთან შედარებით. იგი გამოწვეულია პაციენტების საოჯახო ცენტრებში ვიზიტების ხელშესაწყობად. Medicaid-ის პროგრამის ბენეფიციარები, 65 წლის და მეტი ასაკის პირები, ქრონიკული ავადმყოფები ან მძიმე დაავადებებით (მაგალითად, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, ჰემოფილია, ლეიკემია, კიბო) ამბულატორიულ სერვისებზე იხდიან თანა გადახდის შემცირებულ წილს. ჯანმრთელობის დაზღვევის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯიბიდან გადახდები. 1983 წელს იგი შეადგენდა 63%-ს, ხოლო 2004 წელს 38%-ს. თუმცა, მისი წილი ჯერ კიდევ მაღალია OECD ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდება და პროვაიდერების ანაზღაურების მექანიზმები

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლები უმთავრესად არიან კერძო სამედიცინო დაწესებულებები (როგორც მომგებიანი, ასევე არამომგებიანი). საავადმყოფოების მხოლოდ 10%-ია საჯარო. პირველადი ჯანდაცვის რგოლს არ აქვს მკაცრი მეკარიბჭეობის როლი. როგორც საოჯახო მედიცინის კლინიკები და ასევე საავადმყოფოები ასრულებენ მსგავს ფუნქციებს. შედეგად პირველადი ჯანდაცვის როლი შეზღუდულია.

ჯანდაცვის პროვაიდერების ანაზღაურება ხდება რეგულირებადი სერვისების მიხედვით დაფინანსების მეთოდით. აღნიშნულმა მეთოდმა გაზარდა სერვისების მოცულობა, უტილიზაცია. შედეგად, სერვისების მიხედვით დაფინანსების სისტემა შეიცვალა პერსპექტიული გადახდის

სისტემით, კერძოდ, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების (DRG) მეთოდით. მთავრობამ 1997 წლიდან დაიწყო DRG საპილოტე პროგრამის განხორციელება. საპილოტე პროგრამამ დადებითი გავლენა იქონია ჯანდაცვის პროვაიდერები ქვევაზე, შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, სამედიცინო ხარჯები, პროცედურების რაოდენობა (Kwon 2003a). თუმცა, პროვაიდერების მხრიდან ძლიერმა ოპოზიციამ ხელი შეუშალა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების (DRG) მეთოდით დაფინანსების გავრცელებას ყველა პროვაიდერზე.

მიმწოდებელი ქვევის რეგულირება ასევე გავლენას ახდენს პაციენტების ფინანსურ ტვირთზე. რადგანაც მოცული სერვისების ფასები რეგულირდება, პროვაიდერების აქვთ ფინანსური მოტივაცია ჩაატარონ მეტი მოუცველი სერვისები. ძირითადად, ახალი ტექნოლოგიები, რომელზე მათ შეუძლიათ დააწესონ საბაზრო ფასები. ერთ-ერთი კვლევის (Chung და კიმ 2005) მიხედვით, მთლიან სტაციონარულ ხარჯებში ჯიბიდან დანახარჯები შეადგენს 41%-ს (მოცულ სერვისების თანა გადახდაზე 18% და მოუცველ სერვისებზე 23%). ამბულატორიულ მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდები შეადგინა 50% საავადმყოფოებში (მოცული სერვისების თანა გადახდაზე 27% და 23% მოუცველ სერვისებზე), ხოლო საექიმო კლინიკებში - 34% (26% და 8%, შესაბამისად). აქედან გამომდინარე, ჯიბიდან გადახდების ფინანსური ტვირთის შესამცირებლად მთავრობა ცდილობს დაარეგულიროს მიმწოდებელთა ქვევა და ჯანდაცვის ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა და გამოყენება.

დაფინანსების ორი მეთოდი: ზოგადი გადასახადები და ჯანმრთელობის დაზღვევა

გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ მან შესაძლოა უფრო მეტად და სწრაფი ტემპით მოიცვას არაფორმალური სექტორი. თუკი გადასახადებზე დაფუძნებული დაფინანსება საშემოსავლო გადასახადს ეფუძნება, იგი უფრო პროგრესული იქნება ვიდრე ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, სადაც შენატანი შემოსავლის პროპორციული ან ფიქსირებული განაკვეთია. თუმცა, გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემა ტვირთად აწევს სახელმწიფო ბიუჯეტს. გარდა ამისა, შეინიშნება არათანასწორი დაფინანსება, რადგან შესაძლოა განაპირობოს ისეთი პირების სუბსიდირება, რომლებიც თვითდასაქმებულნი არ არიან ღარიბი ფენა.

ბევრ ქვეყანაში, სადაც რესურსების სიმწირის გამო სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები ვერ ხორციელდება ეფექტურად, ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანები შესაძლოა წარმოადგენდეს ჯანდაცვის სისტემისათვის რესურსების მობილიზების საუკეთესო გზად. ნეგატიური შერჩევის პრობლემის შესაკავებლად სავალდებულო გაწევრიანება უფრო ეფექტურია ვიდრე ნებაყოფლობითი დაზღვევა. ქვეყნის ავტორიტარულმა პოლიტიკურმა რეჟიმმა და მზარდმა ეკონომიკამ დიდი წვლილი შეიტანა სავალდებულო დაზღვევის განვითარებაში. დამქირავებლები ვალდებულნი იყვნენ სადაზღვევო შენატანის ნახევარი გადაეხადათ თავიანთი დაქირავებულებისათვის. თუმცა, ზოგი დამქირავებლები ცდილობდნენ დაემაღლათ თანამშრომელთა რეალური სახელფასო შემოსავლები, ან თავი აერიდებინათ რეგისტრაციისათვის. ოჯახზე დაფუძნებულმა გაწევრიანებამ დადებითი როლი ითამაშა მოსახლეობის მოცვის გაფართოებაში.

მცირე ბიზნესისთვის ეკონომიკური ტვირთის შესამსუბუქებლად, დამქირავებლებს რომელთაც ხუთ დაქირავებულზე ნაკლები ჰყავდათ, განთავისუფლდნენ სადაზღვევო შენატანის გადახდისგან. ღარიბთა სრული სუბსიდირება და თვითდასაქმებულთა ნაწილობრივმა სუბსიდირებამ ხელი შეუწყო მოცვის გაფართოებას.

ქვეყანაში ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა თავიდან ითვალისწინებდა მცირე სარგებლებს, თუმცა პაკეტის მოცულობა წლიდან წლამდე თანდათანობით იზრდებოდა. სახელმწიფომ პრიორიტეტად დაისახა მთელი მოსახლეობის მოცვა ჯანმრთელობის დაზღვევით, ვიდრე მაღალი ბენეფიტების მქონე პაკეტების შეთავაზება, ვინაიდან, ეს უკანასკნელი შესაძლოა

ბარიერი გამხდარიყო ჯანდაცვით მთლიანი მოსახლეობის მოცვისთვის. თუმცა ასეთ მიდგომას დადებითთან ერთად უარყოფითი შედეგებიც მოყვა. მაგალითად, ჯანდაცვის ხარჯები 32%-დან (1989 წლიდან) გაიზარდა 53%-მდე (2004 წლამდე).

ამრიგად, სწრაფმა ეკონომიკურმა განვითარებამ, ძლიერმა პოლიტიკურმა მხარდაჭერამ შესაძლებელი გახადა სამხრეთ კორეაში უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება.

საყოველთაო ჯანდაცვის განვითარება საქართველოში

2013 წელს, თებერვლის თვიდან სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევის არმქონე ყველა მოქალაქე გახდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (მომსახურების მინიმალური პაკეტი) მოსარგებლე. იმავე წლის ივლისში გაფართოვდა პროგრამა და დღეისათვის ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონალურ, გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობასა და მშობიარობას (საბაზისო პაკეტი). 2014 წლის ნოემბრის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის, 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო, ან კორპორატიული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით [4].

მოცემული კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველოს უფროსის მოვალეობის შემსრულებელ ქეთევან გოგინაშვილთან სიღრმისეული ინტერვიუ. მოცემული ინტერვიუს მიზანი გახლდათ გაგვეგო რესპონდენტისგან მაქსიმალურად დეტალური მოსაზრებები საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის შესახებ; მოცემული ინტერვიუს ანალიზის დროს იქნა გამოყოფილი ის ძირითადი საკითხები, რაზეც მოხდა ექსპერტის მხრიდან ყურადღების გამახვილება.

ექსპერტის მოსაზრებით, სახელმწიფო სახსრების დანახარჯი საქართველოში საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია. მისი აზრით, სხვა ექსპერტთა მოსაზრება, რომ სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე საკმაოდ დიდს შეადგენს, არ არის სწორი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა წლიდან წლამდე იზრდებოდა, თუმცა, იგი მკვეთრად გაიზარდა ქვეყანაში უნივერსალური ჯანდაცვის შემოღების შემდეგ. ცხადია, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების ზრდა დადებითი მოვლენაა, მაგრამ მეორე მხივ, გასათვალისწინებელია თუ რამდენად ხარჯეფექტურად იხარჯება გამოყოფილი რესურსები [5].

უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა დამოკიდებულია გარკვეულ სირთულეებთან, მითუმეტეს ისეთი მწირი ეკონომიკის მქონე ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. ერთი მხრივ, სახელმწიფოს მიერ უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა, რომლითაც ყველა ადამიანს აქვს საშუალება ისარგებლოს, საკმაოდ კარგი ნაბიჯია, თუმცა საჭიროა სახელმწიფოს თანმიმდევრული პოლიტიკის განხორციელება დაფინანსების ხარჯთეფექტური მეთოდების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით.

2013 წლამდე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებდნენ კერძო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები. ექსპერტის მოსაზრებით, სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე კერძო სადაზღვევო კომპანიების რეგულირება სახელმწიფოს მხრიდან წარმოადგენდა სირთულეს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შესაძლოა კერძო დაზღვევის კომპანიების შემოსავლები შემცირდა, მაგრამ მათ საშუალება ეძლევათ ახალ პირობებში კიდევ

უფრო განავითარონ სერვისები. არცერთ ქვეყანაში სახელმწიფო სრულად არ აფინანსებს ყველა სერვისებს. კერძო დაზღვევი კომპანიებს შეუძლიათ მომხმარებლებს შესთავაზონ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველი სერვისები. აღნიშნული კიდევ უფრო გაზრდის მათ შორის კონკურენციას და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

სამხრეთ კორეის მსგავსად, საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის შემოღება წარმოადგენდა პოლიტიკურ ნებას. იგი მთავრობის საარჩევნო კამპანიაში იყო ჩადებული, რომლის მიზანს შეადგენდა ხალხის კეთილგანწყობის მოპოვება. თუმცა, სამხრეთ კორეაში სადაც ქვეყანას მართავდა დიქტატორული მთავრობა, რომლისთვისაც შედარებით მარტივი იყო რეფორმების სწრაფად განხორციელება. საქართველოში სამედიცინო ბაზრის მრავალფეროვნებამ, შედარებით კონკურენტულმა ბაზარმა ხელი შეუწყო სფეროში მიმდინარე რეფორმების გაცილებით გამჭირვალედ წარმართვას.

საყოველთაო ჯანდაცვის ოპონენტთა აზრით, უნივერსალური ჯანდაცვა ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა, არასამართლიანია. მათი აზრით, იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ სახელმწიფო არ აფინანსებს ამბულატორიული მედიკამენტებს. შესაბამისად, მოსახლეობის ღარიბი ფენებისათვის ძვირადღირებული მედიკამენტები ფინანსურად ხელმიუწვდომელია. ექსპერტ ქ. გოგინაშვილის აზრით, ოპონენტების მსგავსი მოსაზრებები რეალობას მოკლებულია. ხშირად, ასეთ ოპონენტთა განცხადებები პოლიტიკურ ხასიათს ატარებენ. საერთაშორისო ორგანიზაციების (USAID, PH International) მიერ ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოსახლეობის კმაყოფილება საკმაოდ მაღალია (90-95%) [6].

დასკვნა

შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წარმატებით ხორციელდება. რა თქმა უნდა, არის ხარჯების ეფექტურობასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან, პირველადი ჯანდაცვის არასაკმარისად განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, თუმცა, რეფორმა დინამიური პროცესია.

საქართველოში, სადაც ჯანდაცვაში ისედაც მწირი სახელმწიფო რესურსებია გამოყოფილი, საჭიროა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდების გამოყენება. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.

აბსტრაქტი

შესავალი: ყველა ქვეყანას ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საკუთარი მიდგომა აქვს. საქართველომ 2013 წლიდან დაიწყო უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვა. ნაშრომის მიზანია, გაანალიზოს უნივერსალური მოცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმა. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჯანდაცვის ექსპერტთან ჩაღრმავებული ინტერვიუ. **შედეგები, დისკუსია:** საქართველოში, სადაც ჯანდაცვაში ისედაც მწირი სახელმწიფო რესურსებია გამოყოფილი, საჭიროა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდების გამოყენება. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი

უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა. **დასკვნა:** ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.

საკვანძო სიტყვები: უნივერსალური მოცვა; საყოველთაო ჯანდაცვა

Abstract

Universal health care in the world and the experience of reforms In Georgia

Nikoloz Surmava, Cotne Cicxvaia, Mariam Kvanchiani, Salome Chonishvili, Maiko Chanturidze - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences

Tengiz Verulava - Academic Doctor of Medicine. Professor at Ilia State University. Invited Professor at Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Introduction: Every country has its own approach to health care reform. Since 2013, Georgia has launched a universal health care system. The research aims to analyze the universal coverage of the South Korean experience and Georgia's health care reform. **Methodology:** For Studies have been used Qualitative and quantitative methods, As well as their processing and use methods. Qualitative research included in-depth interviews with health experts. **Results and discussion:** In Georgia, where state resources are allocated to health care is very poor, Needed efficient and expenditures growth containment appropriate methods. From Cost-containment methods, one of the most important in the country's are primary health care system. **Conclusion:** It can be said, that The containment health care costs, the best method is which can be achieved by improving the general health indicators Through effective use resources.

Keywords: Universal coverage; Universal Health Care

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. თბილისი. 2013 წლის 21 თებერვალი.
2. პრესრელიზი საყოველთაო ჯანდაცვის ერთი წლის შედეგების შეფასება. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2014.
3. Soonman Kwon. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. Health Policy and Planning. 2009
4. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.
5. ვერულავა, თენგიზ (2016). *ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მექანიზმები და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა*. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI); <http://georgia2020blog.org/2016/01/25/ჯანდაცვის-ხარჯების-შეკავ/>
6. ვერულავა, თენგიზ., დემურია, მირანდა (2015). *საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით კმაყოფილების შეფასება*. აკადემიკოს პაატა გუგუშვილის დაბადებიდან 110-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. ეროვნული ეკონომიკების მდგრადი განვითარების აქტუალური პრობლემები. გვ. 383-385.