

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის
სახელმწიფო უნივერსიტეტი

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

V საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია

The 5th International Scientific Conference

„სივრცე, საზოგადოება, პოლიტიკა – მდგრადი
განვითარების რეგიონული ასპექტები“

“Space, Society, Politics - The Regional Aspects of
Sustainable Development”

შრომათა კრებული

PROCEEDINGS

22-24 ივნისი, 2017

22-24 June, 2017



უნივერსიტეტის
გამომცემლობა

თენგიზ ვერულავა

პროფესორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

უნივერსალური ჯანდაცვა საქართველოში: მიღწევები და გამოწვევები

უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება მრავალ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. სხვადასხვა ქვეყანა განსხვავებულ მიდგომას იყენებს არსებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად.

განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს:

- დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის საყოველთაო მოცვის პროცესი თითქმის მთელი XX საუკუნე გაგრძელდა;
- მოცვის გაფართოების მცდელობები ევროპაში რისკების გაერთიანების (სოლიდარობის) მექანიზმებს;
- ისტორიულად ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებს ეკისრებოდა ღირებულების მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების დაფინანსების, ხოლო დამსაქმებლებს უბედური შემთხვევების დაავადებების დაზღვევის უზრუნველყოფის ვალდებულება. აღნიშნულმა გარემოებებმა ხელი შეუწყო რისკების გაერთიანების ეფექტური ორგანიზაციების ჩამოყალიბებას;
- საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ხარჯები. ერთდერტ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა, წარმოადგენდა აშშ;
- უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარებაში დიდი როლი ითამაშეს პოლიტიკურმა ფაქტორებმა. გერმანიაში სოციალური დაზღვევა შემოღებულ იქნა სოციალისტური მოძრაობების ოპოზიციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. იტალიაში ომებს შორის სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება დაკავშირებული იყო კლასებს შორის ერთობის განმტკიცებასთან. ბრიტანეთში ბევრიჯის რეფორმა დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან.

განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ძალიან დაბალია. ამ ქვეყნებში უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობის გზაზე მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენს არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა, საწარმოების დაბალი გადახდისუნარიანობა, გადამხდელთა მონაცემების ერთიანი ბაზის არარსებობა. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო ფართოდაა გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები.

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოფილი საბჭოთა კავშირისა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა უნივერსალური ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემა (სოციალური დაზღვევა, საყოველთაო ჯანდაცვა). გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებობდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი, რომელიც თეორიულად თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში გამოყოფენ ოთხ პერიოდს: ინერციის პერიოდი - 1991-1995 წლები, რეფორმების პირველი პერიოდი - 1995-2003, რეფორმების მეორე პერიოდი - 2004-2012 წლები და რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წლიდან დღემდე.

თავდაპირველად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის მოდელით (ბისმარკის მოდელი). თუმცა, 2007 წლიდან იგი გადავიდა გადასახადებზე დაფუძნებული მოდელზე (ბევერიჯის მოდელი). ახალ მოდელზე გადასვლა დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ განვითარებადი ქვეყნებისათვის გადასახადებზე დაფუძნებულ სისტემას გააჩნია მეტი უპირატესობა ვიდრე სოციალური დაზღვევის მოდელს. კერძოდ, განვითარებად ქვეყნებში, სადაც უფრო მეტადაა

განვითარებული არაფორმალური სექტორი, გადასახადებზე დაფუნდებულ მოდელს აქვს შესაძლებლობა უფრო სწრაფი ტემპით მოიცვას იგი. თუმცა, გადასახადებზე დაფუნდებული სისტემა ტვირთად აწევბა სახელმწიფო ბიუჯეტს. გარდა ამისა, შეინიშნება არათანასწორი დაფინანსება, რადგან შესაძლოა განაპირობოს ისეთი პირების სუბსიდირება, რომლებიც თვითდასაქმებულია, მაგრამ არ არის ღარიბი ფენა.

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

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2017 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 800 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

ცხადია, დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვა სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედებს საჭირო სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე და შესაბამისად, კმაყოფილებაზე.

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.

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.

Universal Health Care in Georgia: Achievements and Challenges

Tengiz Verulava

Doctor of Medicine, Professor of Ilia State University,
Head of Public Health and Insurance Institute at Ilia State University.

After gaining independence, the crises in healthcare systems of Georgia required fundamental reformation of the sector. The lack of financial means practically ruled out comprehensive medical care, characteristic to the Soviet System. As a result, it became necessary to balance government obligations with its capacity in the health field (Verulava, 2001).

The process of health care system reorientation began in 1995 in Georgia. The main objective of reforms was establish qualitatively new relationships in the system, which would correspond to the requirements of the country's political and economic development (Verulava, 2001).

Health insurance mandatory contributions or the targeted healthcare tax imposed on wages ("3+1") and being a part of social tax, were the major sources of state healthcare financing in Georgia until 2005. It was replaced by mandatory government taxes (general taxes).

Health insurance mandatory contributions or the targeted healthcare tax imposed on wages (“3+1”) and being a part of social tax, were the major sources of state healthcare financing in Georgia until 2005. It was replaced by mandatory government taxes (general taxes). Tax Department of the Ministry of Finance of Georgia is responsible for collection of taxes, which ultimately are consolidated on single state treasury account. While determining the annual budget, the Ministry of Finance allocates a certain part of state budget to the Ministry of Labor, Health and Social Affairs, which in turn, distributes the amounts per categories (The Government of Georgia, 2015)

In 2006 The Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia has launched implementation of “Health Insurance Programme for Socially Vulnerable Families”. Its aim was to ensure medical service for the population below the poverty line. In 2012 the Health insurance programme was extended to children aged 0-5, pensioner women above 60 years and men above 65 years, students and people with severe disabilities. In 2007 Health Insurance programme covered only 4.1% of the population, in 2012 it increased up to 37.9%, together with persons covered under private and corporate Health insurance (12.9%), overall amounting was up to 50.8% insured persons (Verulava, 2016. 56).

Despite the extension of the state health care programme coverage, more than a half of the population of the country, about 2 millions of persons had no insurance and in most cases, were unable to cover the medical expenses from own pocket. It shall be mentioned that the number of visits to primary healthcare per person is 2.1 and with this indicator Georgia ends up second in comparison to European countries (Health system performance assessment report, 2013. 24).

Since 2013, the Universal State Healthcare Program has been enacted. according to the data of April of 2014, all citizens of Georgia are provided with basic medical services through univiersal healthcare or state and private insurance programs. Among them, 3.4 million people are covered by universal state healthcare program, 560 thousand are beneficiaries of the state healthcare program, and 546 people have private or corporate insurance

The programme aims at providing financial support for accessibility to healthcare to Georgian citizens who are not insured. First time in the history of the country the state programme extends to citizens of the country, as well as holders of neutral identification cards/neutral travel documents and individuals without citizenship status. The state money allocated for healthcare almost doubled from 2012 to 2013 and increased from 365 million to 634 million Gel (Verulava, 2016. 46).

Universal State Healthcare Program includes regular and emergency medical services, urgent inpatient treatment, regular surgical operations (including, day care) and examinations related to them within the appropriate limit.

Universal Healthcare programme provides the beneficiary with the opportunity of free choice of a medical institution. The programme beneficiary has a right to select a healthcare provider throughout Georgia and register with any family physician. Further, in case of dissatisfaction with the service provided, a person can change the provider once in two months. There is no any limit for selection of a provider when obtaining emergency in-patient or out-patient service. As for the planned in-patient service the beneficiary has to address the Agency of Social protection and obtain a voucher or a letter of guarantee. Any medical institution, which meets the requirements established by the law, is eligible to participate in Universal healthcare programme.

After introduction of Universal Health programme, the visits of population for medical services have significantly increased. In February-April, 2014 Experts of WHO, USAID, WHO carried out assessment of one year results of Universal Health state programme. Simultaneously, with the technical assistance of USAID/HSSP was carried out the phone survey of the population on the satisfaction of obtained services and qualitative study of service providers and beneficiaries (Focus groups) for assessment of Universal Health Programme. (The Government of Georgia, 2015. 24). The survey showed that majority (96.4%) of the beneficiaries of Universal Health programme are satisfied or highly satisfied with hospital and/or urgent outpatient service, 80.3% of beneficiaries are satisfied or highly satisfied with planned outpatient service; 84.1% of respondents on the planned outpatient component and 78.2% of planned hospitalization and urgent outpatient component indicated that the financial support of population is the most positive part of the Universal Health; also, most of the beneficiaries mentioned the rights to free choice as one of the core positive factors of Universal Health. 7.6% of respondent's dissatisfaction was mainly about the length of the waiting period for containing needed service (The Government of Georgia, 2015. 25).

Despite increased government spending on healthcare, its share in overall health expenses is significantly lower not only compared to the margin recommended by WHO, but compared to the indicators of many low-income, poor countries (Verulava, 2015). Therefore, the population has to bear substantial costs of medical services itself.

The Universal Health Programme together with many positive factors, has many flaws that need corrections. Despite the serious advancements, there are still problems associated with the primary health care (Verulava et al, 2017). It is necessary to increase the financial accessibility of services linked with high expenses. In this regard, the volume of these services shall be increased. It is reasonable to engage private insurance companies in implementation of state health care programmes for effective use of available scarce resources. This will increase competitiveness and the quality on the healthcare market together with decreasing of healthcare expenses.

REFERENCES:

1. The Government of Georgia, (2015). Universal Health Programme: Annual assessment report.
2. Health system performance assessment report (2013), Tbilisi, MoLHSA.
3. Verulava, T., Kalandadze, T., (2001) Health Care System in Georgia. Academy Sciences of Georgia. Scientific Publishing Company “Metsniereba”, Tbilisi
4. Verulava, T (2015). Healthcare costs according to the recommendations of World Health Organization and healthcare financing in Georgia. Institute for Development of F 262 (1). C. 116-120. ISSN 1512-0112. Freedom of Information (IDFI). Georgia, 2020.
5. Verulava, T (2016). Health Policy. Ilia State University. Tbilisi.
6. Verulava T., Jorbenadze R. (2017). Introduction of universal health program in Georgia on health care utilization: Problems and Perspectives. Georgian Medical News. 262 (1). C. 116-120.

- 7 Verulava T., Jincharadze N., Jorbenadze R (2017). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical Mews 264 (3) C. 135-139 [HTTP://WWW.GEOMEDNEWS.ORG/SHARED/ISSUES/MED264.PDF](http://WWW.GEOMEDNEWS.ORG/SHARED/ISSUES/MED264.PDF)
- 8 WHO (2010). World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization