

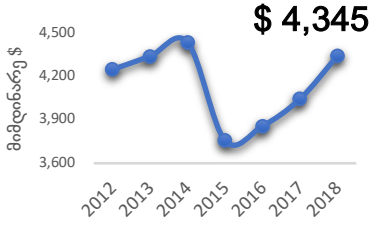
პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში:
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის
ამოქმედებიდან 6 წლის შემდეგ



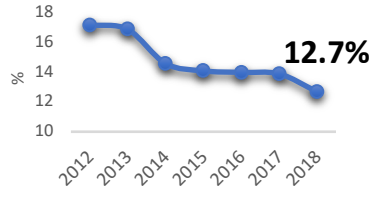


მოსახლეობა 3.72 მლნ. (საქსტატი, 2018)

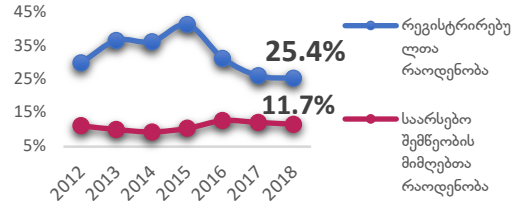
მშპ ერთ სულ მოსახლეზე
(მიმდინარე \$)¹



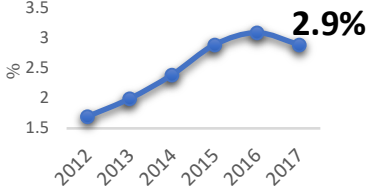
უმუშევრობის დონე (%)²



საარსებო შემწეობის მიმღები მოსახლეობა (%)³



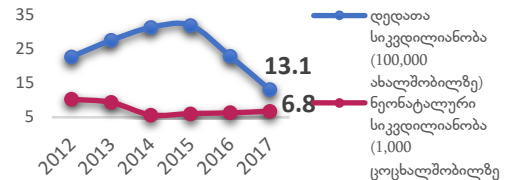
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან⁴



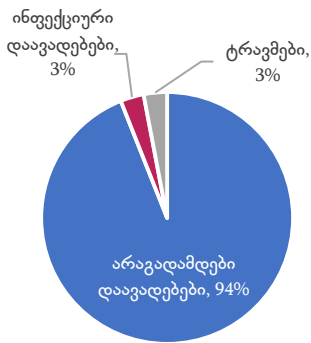
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლიობა დაბადებისას⁵



ნეონატალური და დედათა სიკვდილიანობა⁵



სიკვდილიანობის გამომწვევი მიზეზები⁵



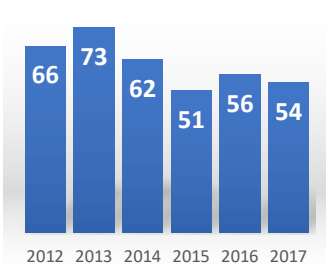
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა – ზოგადი მიმოხილვა

- სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების მთავარი შემსყიდველია, თუმცა არა როგორც აქტიური სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმის ფარგლებში, არამედ როგორც ფინანსური რესურსების განმკარგავი.
- ჯანდაცვის სამინისტრო მართავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას ამბულატორიული და სტაციონარული კომპონენტით, კონკრეტულ დაავადებებზე ორიენტირებულ პროგრამებს, იგივე „ვერტიკალურ პროგრამებს“, მ.შ. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამას, რათა უზრუნველყოს მოსახლეობაში სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.
- ქვეყანაში სერვისების მიმწოდებელთა დაახლოებით 95% არის კერძო.
- არსებული კანონმდებლობის ფარგლებში მიმწოდებლისთვის ბაზარზე შესვლა მარტივია, რაც გულისხმობს სამედიცინო საქმიანობის შესაბამისი ლიცენზიის მოპოვებას, ლიცენზირებული სამედიცინო პერსონალის დაქირავებას და ინსფრასტრუქტურის/ აღჭურვილობის სტანდარტთან შესაბამისობას.

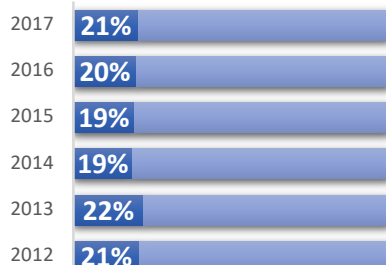


პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება

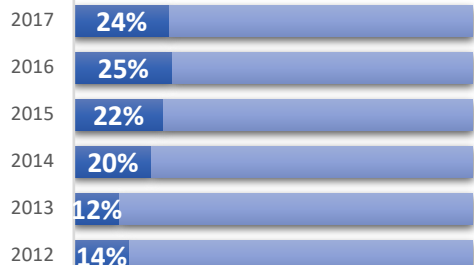
უკლ-ზე განეული ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (მიმდინარე \$)⁴



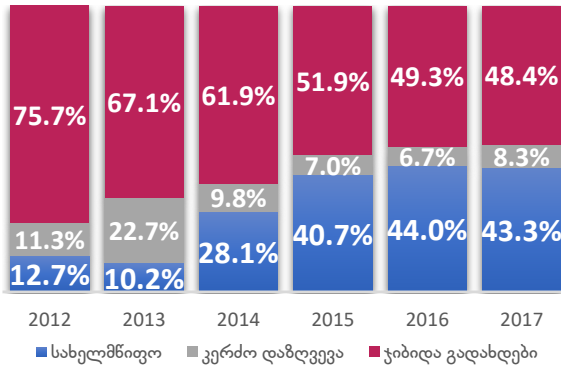
უკლ დანახარჯი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%)⁴



ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში უკლ-ზე განეული ხარჯების წილი (%)⁴



პჯდ-ზე დანახარჯი წყაროების მიხედვით⁴



- 2013 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებიდან საქართველოს მთავრობის პოლიტიკურ დღის წესრიგში, პირველადი ჯანდაცვა მიჩნეულია, როგორც პრიორიტეტული მიმართულება,
- თუმცა, პირველადი ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯები საპირისპიროს ამტკიცებს:
 - სახელმწიფო დანახარჯების მხოლოდ 1/4 იხარჯება პირველადი ჯანდაცვაზე
 - ჯიბიდან გადახდის წილი პირველადი ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯების 1/2 -ს შეადგენს
- შესაბამისად, პჯდ-ზე დანახარჯი კვლავ მძიმე ფინანსურ ტვირთად რჩება მოსახლეობისთვის.

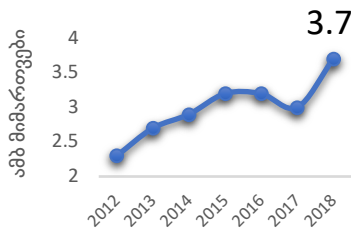
პირველადი ჯანდაცვის შესაძლებლობები

<p>პჯდ სერვისების მიმწოდებელთა სიმჭიდროვე 10,000 მოსახლეზე 4.4⁶</p>	<p>პჯდ სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის სიმჭიდროვე 100,000 მოსახლეზე 608.5⁶</p>	<p>პჯდ სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული ექთნებისა და ბები-ქალების სიმჭიდროვე 100,000 მოსახლეზე 189.1⁶</p>	<p>პჯდ სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებულ ექიმსა და ექთანს შორის თანაფარდობა: 0.3 ექთანი 1 ექიმზე⁶</p>
--	---	---	---

- **პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა** კარგია. პჯდ დაწესებულებას სოფლის მაცხოვრებელთა 81.2% 30 წუთის განმავლობაში უპრობლემოდ სტუმრობს.⁷
- საქართველო ხასიათდება ექიმთა ჭარბი ხოლო ექთანთა მწირი რაოდენობით, რასაც მივყავართ ექიმი-ექთანის არათანაბარ თანაფარდობამდე (0.3 ექთანი 1 ექიმზე პჯდ დონეზე) აღნიშნულს შესაძლოა თან ახლდეს უარყოფითი შედეგები ერთი მხრივ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და მეორე მხრივ, ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდაზე, რომ ჭარბწარმოებული **ადამიანური რესურსი** შეინარჩუნოს. ამასთანავე, ამჟამად ქვეყანაში არ არსებობს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა.^{8,9}
- **ამბულატორიულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა დაბალია.** 2017 წლიდან მთავრობა პენსიონერთა და უმწიფოთათვის, 6 ქრონიკული დაავადების სამკურნალოდ შეზღუდული რაოდენობით აფინანსებს მედიკამენტებს (რაც მოიცავს ჰიპერტენზიას, ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ, II ტიპის დიაბეტს, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებს, პარკინსონს და ეპილეფსიას). იმის მუხედავად, რომ საქართველოში მედიკამენტებზე განეული ჯიბიდან გადახდები ასოცირებულია მზარდ კატასტროფულ დანახარჯებთან,^{10,11} მედიკამენტების დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2017-2018 წლებში არ იყო სრულად გამოყენებული.¹² აღნიშნულმა ფაქტმა გააჩინა ვარაუდი სისტემაში გარკვეული ბარიერების არსებობაზე, რაც აბრკოლებს საზოგადოების ხელმისაწვდომობას სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან მედიკამენტებზე. მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარი (47%) **მედიკამენტებზე განეულ ხარჯებს ჯანდაცვის სიტემის უმნიშვნელოვანეს გამონწვევად** მიიჩნევს.¹³
- **ადმინისტრაციული სიმძლავრე,** როგორც სამედიცინო სერვისების ერთადერთი შემსყიდველის (სოც. მომსახურების სააგენტო), რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფო ჯანმთელობის პროგრამების განხორციელების ეფექტურ მონიტორინგსა და ზედამხეველობაზე, ლიმიტირებულია ტექნიკური და/ან ადამიანური რესურსების სიმწირის გამო.^{7,8}
- **სამედიცინო საინფორმაციო სისტემა** ფრაგმენტულია და მორგებულია ინდივიდუალურ პროგრამებზე, საერთო ჯამში კი მონაცემები ჯანდაცვის სისტემის და განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის მუშაობის შესახებ მკვეთრად ლიმიტირებულია სისტემაში.

პირველადი ჯანდაცვის შესრულება

ამბულატორიულ დანესებულებებში მიმართვები ერთ სულ მოსახლეზე⁶



- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ გააუმჯობესა მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე, თუმცა მოსახლეობის 54% კვლავ აღნიშნავს უსახსრობის გამო სამედიცინო მომსახურების დაგვიანებით მიღებას.¹³

• საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ 61%-ით გაიზარდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დანესებულებებში **პაციენტთა ვიზიტები ერთ სულ მოსახლეზე**. თუმცა აღნიშნული მაჩვენებელი ორჯერ დაბალია ჯანმოს ევროპის რეგიონის მაჩვენებელთან შედარებით (7.53). მეორე მხრივ, ამ პერიოდში სტაციონარულ პაციენტთა მიერ სერვისების მოხმარების მაჩვენებელი მკვეთრად გაიზარდა (გადაუდებელი ქირურგიული მომსახურების 300%-იანი ზრდა), რამაც ხელი შეუწყო საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტის გადახარჯვას წლის დასაწყისში დაგეგმილ ბიუჯეტთან შედარებით.

- ზემო აღნიშნული მიუთითებს
 - (1) **პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე შესრულოს მეკარიბჭის როლი** და დაიცვას პაციენტები ძვირადღირებული სერვისების გამოყენებისგან
 - (2) ჯანდაცვის სისტემაში ისეთი მექანიზმების სიმწირეზე, რომლებიც სერვისების მიწოდებით გამომწვეულ მოთხოვნას მართავს და ჯანდაცვის დანახარჯებს შეაკავებს.

- **პულ სერვისის მიწოდება ფარგმენტულია** მრავალი განსხვავებული სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის გამო, რომელთა ფარგლებშიც მიმწოდებელთა ანაზღაურების მეთოდები ქმნის არასასურველ მოტივაციებს ფინანსური ანგარიშსწორებით: ზოგადი ამბულატორიული სერვისის ანაზღაურება ხდება კაპიტაციური მეთოდით, მაშინ როდესაც სტაციონარული სერვისი - შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურდება, რასაც მივყავართ პაციენტთა მეორეულ და მესამეულ დონეზე ხშირ გადამისამართებამდე და ძვირადღირებული სერვისების გამოყენებამდე პროვაიდერთა მხრიდან მაქსიმალური სარგებლის მიღების მიზნით. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით ქვეყანა კვლავ განიცდის პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის ნაკლებობას.

ოჯახის ექიმისგან სპეციალისტებთან გადამისამართების წილი მაღალია - 40%, საერთაშორისო მახასიათებლისგან განსხვავებით 10-15%.⁷

- ამჟამად სისტემაში არ არის დანერგილი ისეთი **მექანიზმები**, როგორცაა მაგალითად **ამბულატორიულ დონეზე მართვადი მდგომარეობების მონიტორინგი**, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემაში ცუდ და საუკეთესო პრაქტიკას გამოავლენს და სახელმწიფო ფინანსური რესურსების ეფექტურ გამოყენებას შეუწყობს ხელს.
- საზოგადოების მიერ **სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აღქმა ძირითადად დამაკმაყოფილებელია** (70% კმაყოფილია სამედიცინო მომსახურების ხარისხით), თუმცა მოსახლეობის მეოთხედი ჯანდაცვის ხარისხით კვლავ უკმაყოფილოა.



როგორ გავაუმჯობესოთ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა?

რა ნაბიჯები უნდა გადადგას სახელმწიფომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გასაუმჯობესებლად, რომელიც შესაძლებელს გახდის დაავადებების დროულად გამოვლენას, პრევენციასა და მკურნალობას მანამ, სანამ მდგომარეობა გახდება უმართავი, და მოსახლეობას (განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფებს) თავიდან აარიდებს ჯანდაცვის სერვისის გამოყენებასთან დაკავშირებულ სირთულეებს?

- პირველად ჯანდაცვაში მეტი ფინანსური რესურსის ინვესტირება.
- ადმინისტრაციული და ტექნიკური რესურსების გაუმჯობესება პროგრამების შესრულების უწყვეტი მონიტორინგის მიზნით.
- მონაცემთა შეგროვება და გამოყენება ინფორმირებული და დროული გადაწყვეტილებების მისაღებად.
- ახალი მექანიზმების გამოყენება პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის ხელშეწყობისა და ძვირადღირებული სერვისების მიწოდებით გამონვეული მოთხოვნის მართვის მიზნით.
- პაციენტზე ორიენტირებული სერვისის მიწოდების ხელშეწყობა პროვაიდერთა მოტივაციის ამაღლებით რომ მიანაღონ ყოვლისმომცველი მომსახურების პაკეტი.
- სტრატეგიის შემუშავება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან მედიკამენტებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების და შესაბამისად მედიკამენტების მოხმარებასთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯების თავიდან აცილების მიზნით.
- ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების მომზადების სისტემის გაუმჯობესება და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის შემუშავება, რომელიც გადამწყვეტ როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაში.



გამოყენებული წყაროები:

1. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, მთლიანი შიდა პროდუქტი (2012-2018)
2. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, დასაქმების სტატისტიკა (2012-2018)
3. სოციალური მომსახურების სააგენტო, სტატისტიკური ინფორმაცია (2012-2018)
4. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017)
5. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სტატისტიკური ცნობარი (2012-2017)
6. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სტატისტიკური ცნობარი, წინასწარი მონაცემები, 2018
7. მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის და დანახარჯების კვლევა, 2015
8. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სისტემების კვლევის ალიანსი & საერთაშორისო ფონდი კურაცო, საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის მიმოხილვა, 2017
9. საერთაშორისო ფონდი კურაცო, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, 2018.
10. მსოფლიო ბანკი, სახელმწიფო დანახარჯების მიმოხილვა, 2017
11. გაეროს ბავშვთა ფონდი, მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა, 2017
12. საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო, სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულება (2017-2018)
13. ეროვნულ-დემოკრატიული ინსტიტუტი, საზოგადოების განწყობა საქართველოში, 2019