

## საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა

### 1. შესავალი

საქართველო მდებარეობს დასავლეთ აზიისა და აღმოსავლეთ ევროპის გასაყარზე. დასავლეთით მას ესაზღვრება შავი ზღვა, ჩრდილოეთით - რუსეთი, სამხრეთით სომხეთი და თურქეთი, ხოლო სამხრეთ-აღმოსავლეთით - აზერბაიჯანი. საქართველოს ტერიტორია 69700 კვადრატული კილომეტრია. 2014 წლის აღწერის მიხედვით, მოსახლეობა შეადგენს 3.7 მილიონ ადამიანს.

2017 წლის მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციის მიხედვით, საქართველო მიეკუთვნება საშუალო დაბალი შემოსავლების ქვეყნების ჯგუფს. მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 2016 წელს შეადგენს 3853 აშშ დოლარს. ქვეყანაში ფარდობითი სიღარიბე მედიანური მოხმარების 60%-ის მიმართ 2016 წელს 20.6%-ს, ხოლო უმუშევრობის მაჩვენებლები 11.8%-ს შეადგენს.

საქართველოს შემადგენლობაშია 2 ავტონომიურ რესპუბლიკა - აჭარა და აფხაზეთი. ქვეყანა დაყოფილია 9 რეგიონად. რეგიონები იყოფა მუნიციპალიტეტებად. მუნიციპალური მთავრობიდან დამოუკიდებლად ფუნქციონირებს რამდენიმე თვითმმართველი ქალაქი, დედაქალაქის ჩათვლით. საქართველოს დედაქალაქია თბილისი.

### 2. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორია

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველომ უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით მრავალფეროვანი და საინტერესო გზა განვლო.

1991-1994 წლებში საბჭოთა კავშირის მემკვიდრეობის შედეგად, საქართველოში ინერციით მუშაობდა ჯანდაცვის საბჭოთა, ე.წ. სემაშკოს მოდელი. ქვეყანაში განვითარებულ ეკონომიკურ კოლაფსს შედეგად მოჰყვა არარეგულირებული სამედიცინო ბაზარი, სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მინიმუმამდე შემცირება, ინფრასტრუქტურის რადიკალური ამორტიზაცია. ამ პერიოდში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარაჯი ერთ სულ მოსახლეზე 130-135 აშშ დოლარის ეკვივალენტიდან (1990 წელი) 45 ცენტამდე (1993-94) შემცირდა.

1995-1997 წლებში სახელმწიფომ შემოიღო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლისა და დაქირავებულის სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის სისტემა. ე. წ. "სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი", რომელიც პრაქტიკულად იყო "სავალდებულო შესატანსა" და "მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს" შორის შუალედური კატეგორია. 2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით (დასაბეგრი თანხის 31%, ამასთან, თითოეულ ფიზიკურ პირზე თვეში არანაკლებ 16 ლარისა). ამავე პერიოდში, დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის შედეგად, განხორციელდა სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების განცალკევება.

1995 წლიდან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს მიენიჭათ სრული ფინანსური ავტონომია და მართვის თავისუფლება. ისინი გახდნენ სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული კერძო მმართველობის მქონე კორპორაციები. 1997 წლისთვის სრულად იქნა პრივატიზებული სტომატოლოგიური სერვისების მიმწოდებელი და ფარმაცევტული დაწესებულებები.

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის N11 დადგენილებით დამტკიცდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომლის მიხედვითაც ქვეყანას უნდა ჰქონოდა კერძო სექტორის მიერ მართული 100 ზოგადი და მრავალპროფილიანი საავადმყოფო 7800 საწოლით, ოპტიმალური ლოკალიზაციითა და 30-წუთიანი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობით. თუმცა, რეგიონებში კერძო ინვესტორების ნაკლები დაინტერესების გამო აღნიშნულის განხორციელება ვერ მოხერხდა.

2007 წლიდანვე, საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით, დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ტალღა, რომლის ძირითადი პრიორიტეტი იყო კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება, ხოლო სახელმწიფო რესურსები მიიძღრათა მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის. მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები. სადაზღვევო კომპანიებისთვის დაინერგა ე.წ „წინასწარი გადახდის“ სქემები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ (პასიური შემსყიდველი) ყოველთვიურად ერიცხებოდათ პრემიები დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად. პრემიების დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებით შედგენილი სახელმწიფო ასიგნებები.

საქართველოს მთავრობის 2009 წ. N218 დადგენილებით 2010 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში კონკურსის წესით შერჩეულ სადაზღვევო კომპანიებს დაევალა საავადმყოფოების მშენებლობა/რეაბილიტაცია. ასევე დაიწყო საინვესტიციო პროექტების განხორციელება ქართველი და უცხოელი ინვესტორების მონაწილეობით. შედეგად, 2013 წლის ბოლოსთვის ქვეყანაში სრულიად განახლდა 135-მდე სამედიცინო ცენტრი და განხორციელდა ჰოსპიტალური სექტორის 90%-ზე მეტის პრივატიზება. როგორც ჰოსპიტალური, ისე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები არიან კერძო მომგებიანი ორგანიზაციები საკუთრებისა და მართვის მხრივ. ბევრი მათგანი ვერტიკალურად არის ინტეგრირებული კერძო სადაზღვევო კომპანიებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებში.

2010 წლიდან სახელმწიფოს მხრიდან მოიხსნა ზედმეტი ბიუროკრატიული მექანიზმები და სალიცენზიო სამედიცინო საქმიანობის 43 კატეგორიის ნაცვლად, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სალიცენზიოდ მიღებულია მხოლოდ ერთი ნებართვა. 2017 წელს, სტაციონარული დაწესებულების ნებართვას ფლობს 287 ჰოსპიტალი.

2007-2011 წლებში დონორი ორგანიზაციების მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სოფლებში განხორციელდა ახალი

ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციისა და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. 2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდა მეწარმე-ფიზიკურ პირებად. 2014 წელს ყველა მუნიციპალიტეტში, მათი მოთხოვნის გათვალისწინებით, აშენდა ახალი ამბულატორია (სულ, 82).

2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოველთაო მოცვით, და თითოეული მოქალაქისათვის შეიქმნა ჯანდაცვის უფლებით უნივერსალური სარგებლობის ფუნდამენტი.

2013 წლის 28 თებერვლიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის მოცვას მინიმალური პაკეტით. პროგრამას მართავს სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, რომელიც პასიური შემსყიდველისგან გახდა აქტიური შემსყიდველი. შინარსითა და მართვის მექანიზმებით იგი არ არის სადაზღვევო შენატანებზე დაფუძნებული და მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებისა“. გაწეული მომსახურების დაფინანსება ხდება უმეტესწილად შემთხვევის ღირებულების მიხედვით.

2013 წლის 1 ივლისიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - გაიზარდა პროგრამული სამედიცინო სერვისების მოცულობა (ბაზისური პაკეტი). 2014 წლიდან პროგრამაში ინტეგრირდა მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამები.

ქვეყანაში C ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობის გამო, 2015 წლის 21 აპრილს ხელი მოეწერა ურთიერთგაგების მემორანდუმს კომპანია „გილედასა“ და საქართველოს მთავრობას შორის, რამაც საფუძველი ჩაუყარა საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის დაწყებას. C ჰეპატიტის სკრინინგი, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ხელმისაწვდომია საქართველოს მოქალაქეებისთვის და ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებისთვის.

2017 წლის მაისი - მომდევნო მნიშვნელოვანი ეტაპი - მოსარგებლების დაყოფა განხორციელდა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით (ცვლილება არ შეეხო მიზნობრივ ჯგუფებს (სოციალურად დაუცველებს, ასაკით პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, სტუდენტებს, პედაგოგებს, ვეტერანებს და სხვა)) განისაზღვრა თანაგადახდის შესაბამისი მექანიზმები.

არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეულმა მაღალმა სიკვდილიანობამ (97%) და ავადობის ტვირთმა (83%), ასევე მედიკამენტებზე ჯიბიდან გადახდების დიდმა ხვედრითმა წილმა განაპირობა 2017 წლის 1 ივლისიდან ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთათვის, სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის ამოქმედება, რომლის ბენეფიციარები არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების“ მონაცემთა ერთიან ბაზაში 100 000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მოსახლეობა. პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებების,

ფილტვის ქრონიკული დაავადებების, დიაბეტის (ტიპი 2) და ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა რიგი სამკურნალო მედიკამენტებით პაციენტთა უზრუნველყოფა.

2014-2017 წლებში დაბა ხარაგაულში, ლენტეხში, დედოფლის წყაროში აშენდა მრავალპროფილიანი საავადმყოფოები, ქ ზუგდიდში სკრინინგ ცენტრი, ხოლო სოფელ დუისში გადაუღებელი სამედიცინო დახმარების ცენტრი.

**ცხრილი 1: ძირითადი რეფორმები ჯანდაცვის სისტემაში**

1994 წლამდე	სემაშკოს მოდელი, სერვისები სრულად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ
1991-1994	სემაშკოს მოდელი, სერვისები ფინანსდებოდა ჯიბიდან არაფორმალური გადახდებით
1995-1996	სავალდებულო სოციალური დაზღვევა (3%+1%)
2007-2012	ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა, ჰოსპიტალური სექტორის სრული პრივატიზება
2007-2014	სახელმწიფო თანხების კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის მართვაში გადაცემა მიზნობრივი ჯგუფებისთვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფები, მასწავლებლები და ა.შ) ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფის მიზნით
2012-2014	პენსიონერების, 0-5 წლამდე ბავშვების, სტუდენტების, შშმ პირების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა
2013	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა (I და II ფაზა)
2015	C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა
2017	ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების პროგრამა
2017	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის III ფაზა - სერვისების სტრატეგიკაცია შემოსავლის ჯგუფების მიხედვით

**3. სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა და მმართველობა**

საქართველოს უმაღლესი წარმომადგენლობითი ორგანოა საქართველოს პარლამენტი, საქართველოს საქართველოს პარლამენტის მიერ ხდება საქართველოს მთავრობის მიერ ინიცირებული კანონპროექტების დამტკიცება. საქართველოს მთავრობა განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით ქვეყნის ძირითად მიმართულებებს, რომლებიც აისახება სამინისტროს მიერ შემუშავებულ პოლიტიკის, სტრატეგიის თუ ნორმატიულ დოკუმენტებში.

საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (სშჯსდს) საქმიანობის ძირითად სფეროა მოსახლეობის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება, განხორციელება და საქმიანობის კოორდინაცია; სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლი და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა; ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება; ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების წესების, პირობებისა და ნორმატივების შემუშავება და მათი შესრულების კონტროლი და ა.შ. სამინისტროს დაქვემდებარებაშია სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული 5 საჯარო სამართლის იურიდიული პირი.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამების (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და 23 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და საავადმედიკალინური ორიენტირებული ვერტიკალური პროგრამა) ადმინისტრირება და მართვა ხორციელდება **სოციალური მომსახურების სააგენტოს** (სმს) მიერ. სააგენტოს ადგილობრივი ფილიალები განთავსებულია 68 მუნიციპალიტეტში და მათში დასაქმებულია 2000-ზე მეტი თანამშრომელი.

**დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი** პასუხისმგებელია გადამდები და არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლზე. ცენტრი შეიმუშავებს ეროვნულ სტანდარტებს, სახელმძღვანელო რეკომენდაციებს, ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, ახორციელებს ეპიდემიოლოგიურ მონიტორინგს, ლაბორატორიულ სამუშაოებს და რეაგირებს საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საგანგებო მდგომარეობებზე.

**სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო** საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე ახორციელებს ფიზიკური და იურიდიული პირების სამედიცინო, საექიმო, სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირებას.

**საგანგებო სიტუაციებისა კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის** საქმიანობის სფეროა ქვეყნის ტერიტორიაზე სხვადასხვა სახის კატასტროფისა და საომარი მდგომარეობის დროს დამდგარი საგანგებო სიტუაციებისა და ყოველდღიურ რეჟიმში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, ხარისხიანი სასწრაფო სამედიცინო და რეფერალური დახმარების უზრუნველყოფა/კოორდინირება.

ახორციელებს სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციის ხელშეწყობას სექსუალური ხასიათის ძალადობის, ქალთა მიმართ ან/და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების, ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთათვის ღირსეული ცხოვრების პირობების შექმნის მიმართულებით.

**მომსახურების მიწოდება:** პრივატიზაციისა და დეცენტრალიზაციის პროცესის შედეგად დაწესებულებების უმრავლესობა დამოუკიდებელია მათი საკუთრების ფორმის, მართვისა და მენეჯმენტის თვალსაზრისით. როგორც ჰოსპიტალური, ისე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მფლობელები, სხვა იურიდიულ პირთა შორის არიან კერძო სადაზღვევო და ფარმაცევტული კომპანიები.

საკუთრების ფორმის მიხედვით, ქვეყანაში არსებული ჰოსპიტალური ქსელის სურათი რადიკალურად განსხვავდება მსოფლიოს განვითარებული თუ განვითარებადი ქვეყნებში არსებულისთან. ევროპის რეგიონის ქვეყნებში სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული და კერძო არა მომგებიანი საავადმყოფოების ხვედრითი წილი საავადმყოფოთა მთლიან რაოდენობაში 60%-დან 75%-მდე მერყეობს, მაშინ როდესაც საქართველოში 15%-ია.

სახელმწიფო საკუთრებაში უმეტესწილად იმყოფება სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები (ფსიქიატრიული, ფთიზიატრიული, ნარკოლოგიური და სხვა სერვისები).

2014-2015 წლებში საქართველოს მთავრობის მხარდაჭერით განხორციელდა საქართველოს რიგ მაღალმთიან რაიონებში (სულ, 9 რაიონი) მოქმედი, სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაში არსებული სამედიცინო ცენტრების სახელმწიფოს მხრიდან გამოსყიდვასთან დაკავშირებული პროცედურები, რათა უზრუნველყოფილი იქნას აუცილებელი სამედიცინო სერვისების მიწოდება მოსახლეობისათვის. აღნიშნული საავადმყოფოები, მუნიციპალურ დონეზე სახელმწიფო საკუთრებაში არსებულ სხვა მულტიპროფილურ/ზოგადპროფილურ სტაციონარულ დაწესებულებებთან ერთად გაერთიანებულია ერთიანი მართვის - რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის ქვეშ (სულ 16 საავადმყოფო).

მაღალმთიან რაიონებსა და საზღვრისპირა სოფლებში არსებული რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება მათი სუბსიდირება.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები ფუნქციების მიხედვით განსხვავდება სოფლის და მუნიციპალიტეტის დონეზე. 2009 წლიდან სოფლის ექიმები წარმოადგენენ ინდემწარმე/ფიზიკურ პირებს, რომლებიც უმეტესად განთავსებული არიან სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ამბულატორებში, მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში არსებულ შენობებსა და ხანდახან საკუთარ სახლებშიც კი. მუნიციპალურ დონეზე პოლიკლინიკები და ამბულატორები ინტეგრირებულია სამედიცინო ცენტრებში/კოსპიტლებში. დიდ ქალაქებში პჯდ დაწესებულებების უმეტესობა პრივატიზებულია.

ცენტრალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების მაკოორდინირებელი ორგანოა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, რომელსაც აქვს 9 რეგიონული სამსახური. მუნიციპალურ მუნიციპალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურები მუნიციპალიტეტების გამგეობების დაქვემდებარებაშია და გააჩნია საკუთარი დელეგირებული ვალდებულებები.

სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარება ქ.თბილისში მერიის დაქვემდებარებაშია როგორც ფინანსურად, ისე ორგანიზაციულად. მუნიციპალიტეტებში საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების უზრუნველყოფა ხორციელდება სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის მეშვეობით ერთიანი სადისპეტჩეროს პრინციპით.

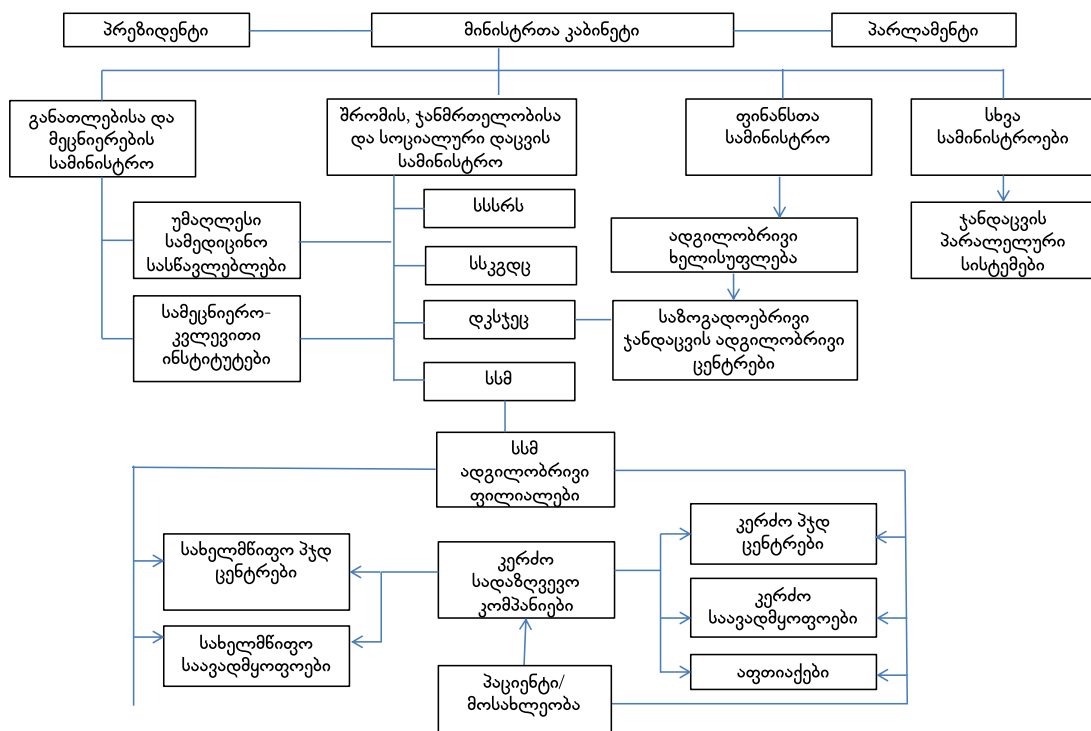
ფარმაცევტული სექტორის რეგულირება და მართვა ხდება საქართველოს კანონით წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ, რომელიც სრულიად განახლდა 2009 წელს და საქართველოს კანონით ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ (2009). 1997 წლიდან განხორციელდა ფარმაცევტული სექტორის სრული პრივატიზება. 2007 წლიდან სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო არის პასუხისმგებელი

ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებულ სამკურნალწამლო საშუალებების ხარისხზე, რაც მოიცავს წამლების იმპორტს, ექსპორტს და წარმოებას და რეგისტრაციას, ასევე, კლინიკური კვლევების ავტორიზაციას.

ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის დაშვება ხდება ორი გზით: ალიარების რეჟიმით (მაგ., ევროპის წამლების სააგენტოს ან აშშ-ის და ევროპის განვითარებული ქვეყნების ეროვნული სააგენტოების მიერ დარეგისტრირებული წამლების ალიარება) და ეროვნული რეგისტრაციის სისტემით. არ ხდება ბაზარზე წამლების ფასები კონტროლი და რეგულირება. 2014 წლიდან სავალდებულო გახდა რეცეპტი მეორე ჯგუფის პრეპარატებისთვის, ხოლო 2017 წლიდან დაიწყო ელექტრონული რეცეპტის სისტემის დანერგვა.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული მოწყობა მოცემულია ნახ. 1-ზე.

**ნახატი 1: ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა, 2018**



სსკვდ: საგანგებო სიტუაციებისა კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი  
 დესტეც: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი  
 სსსრ: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო  
 სსმ: სოციალური მომსახურების სააგენტო  
 უკვ: პირველადი ჯანდაცვა

წყარო: სმჯსდს

**4. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ძირითადი სტრატეგიები და ინდიკატორები**

ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი პრიორიტეტები გაჟღერებულია საქართველოს სოციალური და ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიაში „საქართველო 2020“ (2014),

რომელიც სხვა პრიორიტეტულ მიმართულებებთან ერთად ითვალისწინებს ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფას, და ასევე 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციაში „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“.

ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით საერთაშორისო ვალდებულებების კუთხით მნიშვნელოვანია 2014 წელს ამოქმედებული საქართველოსა და ევროკავშირს შორის ასოცირების დღის წესრიგის დოკუმენტი, რომლის შესაბამისად, მხარეების სათანამშრომლო სფეროებს განეკუთვნება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, ჯანმრთელობის სფეროში იმ საერთაშორისო შეთანხმებების ეფექტური იმპლემენტაცია, რომელიც აღიარებულია მხარეების მიერ, გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენცია და კონტროლი და ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა, ადამიანის ბიოლოგიური მასალის ხარისხი და უსაფრთხოება (მე-VI კარის მე-15 თავი).

2030 წლისთვის გაეროს მდგრადი განვითარების მესამე მიზანის „ჯანსაღი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფა ყველა ასაკის ადამიანისათვის - განმახორციელებელ მთავარ უწყებას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო წარმოადგენს (სულ 15 ამოცანა და 27 ინდიკატორი).

ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციით განსაზღვრულია 10 ძირითადი პრიორიტეტი:

1. ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში - საერთო სახელმწიფოებრივი მულტისექტორული მიდგომა - დამტკიცდა მთელი რიგი მულტისექტორული სტრატეგიები და დაიწყო მათი იმპლემენტაცია სხვადასხვა სამინისტროს ჩართულობით: საქართველოს თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგია (2013); აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგისტარეგია (2016); ტუბერკულოზის კონტროლის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია (2016); საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია (2017); საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია (2017); საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია (2016) და ა.შ.
2. ჯანდაცვის სექტორის მმართველობის განვითარება - დაიწყო და უახლოეს პერიოდში დასრულდება - საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის შემუშავება. ერთ-ერთი უმთავრესი ამოცანაა ფარმაცევტული სფეროს, უსაფრხო სისხლის, ადამიანის ორგანოებისა და ქსოვილების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის რეგულაციების ჰარმონიზაცია ევროკავშირში მოქმედ კანონმდებლობასთან.
3. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის გაუმჯობესება - დაიყო მუშაობა სტრატეგიული შესყიდვის მექანიზიმების, შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურების, ხარჯების შეკავების სხვადასხვა მეთოდების (სელექტიური კონტრაქტირება, DRG) დანერგვის მიმართულებით.



4. ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების განვითარება - მომზადდა სამედიცინო დაწესებულებათა კლასიფიკაციის დოკუმენტი, მიმდინარეობს სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობების დახვეწა. წლის ბოლოსთვის დასრულდება ჰოსპიტალური და პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიების შემუშავება.
5. ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსების განვითარება - 2014 წლიდან დაიწყო

2016 წლიდან

- აშშ-ის საფრთხეების შემცირების სააგენტოს (DTRA)-ს მხარდაჭერით დაიწყო British Medical Journal-ის (BMJ) ონლაინ პლატფორმის დანერგვა საქართველოში. 2017 წლიდან უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობა სავალდებულო გახდა პერინატალურ სერვისში დასაქმებული პირებისათვის.
6. ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემების განვითარება - 2014 წელს დაინერგა სტაციონარული დაწესებულებების ანგარიშგების შემთხვევაზე ორიენტირებული ელექტრონული რეესტრი. 2015 წლიდან ამოქმედდა ამბულატორული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში რეგისტრირებული დაავადებების აღრიცხვის ელექტრონული რეესტრი, ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების აღრიცხვიანობის ახალი სისტემა (კიბოს პოპულაციური რეგისტრი). 2016 წლიდან დაინერგა პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის მობილური და ტაბლეტ-აპლიკაცია და „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული“ (დაბადების რეგისტრი).
  7. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა - 2015 წელს დაიწყო და 2017 წელს დასრულდა პერინატალური რეგიონალიზაციის პროექტი, რაც ითვალისწინებს პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების დონეების და მათი როლისა და პასუხისმგებლობის განსაზღვრას. 2016 წელს დაიწყო სიფილისით დაავადებული ორსულების სპეციფიკური მკურნალობა. 2018 წლიდან სახელმწიფო აფინანსებს ანტენატალური მეთვალყურეობის 8 ვიზიტს.
  8. პრიორიტეტული გადამდები დაავადებების პრევენციისა და მართვის გაუმჯობესება - 2015 წლიდან ამოქმედდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა. 2017 წლიდან სამეგრელო-ზემო სვანეთში დაიწყო აივ-ის, ტუბერკულოზისა და C ჰეპატიტის გამოვლენის ინტეგრაცია პჯდ რგოლში; შემუშავდა აივ-შიდსისა და ტუბერკულოზის დაფინანსების უზრუნველყოფის გარდამავალი გეგმა; ტუბერკულოზის წამლისადმი რეზისტენტული ფორმების პრევენციის მიზნით, განხორციელდა მკურნალობაზე პაციენტის დამყოლობის სამსახურების გაძლიერება.
  9. პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესება - 2018 წლის მაისიდან ამოქმედდა თამბაქოს მოხმარების კონტროლის მრეგულირებელი გარემო; დაიწყო ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების პროგრამა, ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. 2015 წლიდან დაიწყო თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური სერვისების განვითარება.
  10. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება - საქართველო, 2014 წლიდან, აქტიურად უჭერს მხარს ჯანმრთელობის გლობალური უსაფრთხოების ინიციატივის განხორციელებას, რომელიც ეფუძნება ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული რისკების პრევენციას, გამოვლენას და რეაგირების ასპექტებს. ინიციატივის

ფარგლებში არსებული 11 სამოქმედო პაკეტიდან, საქართველო ლიდერობს „რეალურ დროში ეპიდზედამხედველობის“ სამოქმედო პაკეტს და მხარს უჭერს „ზოონოზური დაავადებების“ და „ეროვნული ლაბორატორიული სისტემის“ სამოქმედო პაკეტებს.

ყოველივე ზემოაღნიშნული განაპირობებს ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი ინდიკატორების მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას.

2013 წლიდან ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ პოლიტიკას, ბოლო წლებში უპრეცედენტოდ გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2016 წ. 1017 მლნ. ლარი). 2016 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით - 3.0% და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში - 8.6%-ია. კლების მიუხედავად, კვლავ მნიშვნელოვნად მაღალია ჯიბიდან გადახდების (OOP) წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებში 57%, რაც მძიმე ტვირთად აწევა შინამეურნეობებს.

ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდის თვალსაზრისით, უმნიშვნელოვანესი მიღწევა იყო 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვა, რომელმაც სათავე დაუდო მოსახლეობის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას. 2014 წლიდან სახელმწიფოს მიერ ან წინასწარი გადახდის სქემებით დაფინანსებული სერვისებით მოცულია მოსახლეობის 100%.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებას მოჰყვა ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის ზრდა (ამბულატორიული მიმართვები ერთ სულზე 2012 – 2.3; 2016 – 4.0; ჰოსპიტალიზაცია 100 სულ მოსახლეზე 2012 – 8.0; 2015 – 13.3).

საქართველოში 2016 წელს ფუნქციონირებდა 278 საავადმყოფო. საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 3.7-ს შეადგენს 1000 მოსახლეზე. საწოლის დატვირთვის მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია - 51.8%, საწოლზე დაყოვნება კი 5.0 დღე.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებებისას ბოლო სამი დეკადის მანძილზე ზრდის ტენდენციით ხასიათდება 1990 – 71.4 წელი; წ. 2016 წ. 72.2 წელი).

პროგრესი აღინიშნება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით: ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა - 1990 წელს 24.8 შეადგენდა ათას ცოცხალშობილზე - 2016 წელს კი - 10.7. 2015 წლიდან პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის და მაღალი რისკის ორსულთა და ახალშობილთა რეფერალის (გადაყვანის) სისტემის მკაფიო კრიტერიუმების განსაზღვრის შედეგად, 2016 წელს, მნიშვნელოვანდ შემცირდა დედათა სიკვდილიანობა - 22.9 ასიათას ცოცხალშობილზე (1990 წელს - 40.9).

სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის წამყვანი ადგილი (94%) უჭირავს არაგადამდებ დაავადებებს - 2016 წელს გარდაცვალების შემთხვევების 35%-ს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები და 13%-ს სიმსივნეები შეადგენდა. ასევე, ქვეყანაში ავადობის

ტვირთის მნიშვნელოვანი წილი სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობებზე მოდის და ის მთლიანი ინციდენტობის 38-40%-ია (მათი 73.8% ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ ავადმყოფობებითაა განპირობებული).

ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების რაოდენობა (in situ სიმსივნეების ჩათვლით) 2015-2017 წლებში 8700-11000-ის ფარგლებში მერყეობს შესაბამისად. 2017 წელს სულ რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს 8731 ახალი შემთხვევა, ინციდენტობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 234.8.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 15.5%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 8.6%-ს შეადგენს. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული, იშემიური და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები.

უკანასკნელ წლებში საქართველოში აღინიშნება დიაბეტის ზრდის ტენდენცია, რაც ძირითადად ტიპი 2-ის ზრდით არის გამოწვეული. 2016 წელს შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 1 ახალი შემთხვევების 3.2% რეგისტრირებული იყო ბავშვებში.

„არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევის“ (STEPS, 2016), მიხედვით, 18-დან 65 წლამდე ასაკის მოსახლეობის თითქმის ერთი მესამედი (31%) მოიხმარს თამბაქოს. ამჟამინდელ მწველთა პროპორცია მამაკაცებში შეადგენდა 57%-ს, ქალებში - 7%-ს. მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი კაცებში 17.7 წელს შეადგენს, ქალებში 22.4 წელს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ტუბერკულოზის გავრცელების მაჩვენებლების კლების ტენდენცია, თუმცა მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის და ევროკავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებს. ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევებისა და რეციდივების 2.1% დაფიქსირებულია პენიტენციურ სისტემაში. ყველა ფორმის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 77.2% ფილტვის ტუბერკულოზზე მოდიოდა.

აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების თვალსაზრისით საქართველო დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება, თუმცა უკანასკნელ წლებში საქართველოში აივ-ინფექციის ინციდენტობის მაჩვენებელი მზარდი დინამიკით ხასიათდება. 90-იანი წლებიდან აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების გამოვლენის მატების ფონზე, 2017 წელს პირველად დაფიქსირდა აივ ინფექციის ინციდენტობის (გამოვლენილი ახალი შემთხვევები) შემცირება 12%-ით. 2015 წლიდან კი დაიწყო ტუბერკულოზის როგორც ინციდენტობის, ისე პრევალენტობის კლება.

საერთაშორისო შეფასებებზე დაყრდნობით, საქართველო C ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება (7%). საქართველოში 2016 წელს, დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის მონაცემებით, გამოვლინდა ვირუსული C ჰეპატიტის 6283 შემთხვევა (ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე - 168.9), მათ შორის ბავშვებში - 6 (ინციდენტობა 100000 ბავშვზე - 0.8).

ეროვნული კალენდრის შესაბამისად სახელმწიფო უზრუნველყოფს 13 დაავადების პრევენციას. ანტიგენტა უმრავლესობაში 2016 წელს მიღწეული მოცვის მაჩვენებლები აღემატება 2015 წლის მაჩვენებლებს, თუმცა, დასახული წლიური 95%-იანი მიზანი ყველა შემთხვევაში ვერ იქნა მიღწეული.

## 5. გამოწვევები

უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგად საგრძნობლად გაიზარდა როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები, აგრეთვე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნება, თუმცა კვლავ მაღალია შინამეურნეობათა მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების შედეგად გაღარიბების რისკი.

ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობის გაზრდისათვის დასაწერგია ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემები, მათ შორის Pay-for-performance (ანაზღაურება-შედეგისათვის) მოდელი.

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და მისი “gatekeeping” („მეკარიბჭის“) ფუნქციის გაზრდა. ამავე დროს მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

სამედიცინო დაწესებულებათა მასობრივ პრივატიზაციასა და მარკეტიზაციას შედარებით ჩამორჩება რეგულირების სისტემის ეფექტიანი ქმედება, რომელმაც უნდა დაიცვას როგორც პაციენტის უფლებები უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, ასევე ექიმთა უფლებებს სამედიცინო შეცდომების სისტემური ანალიზისა და მართვის თვალსაზრისით.

კვლავ გამოწვევად რჩება ხარისხის უზრუნველყოფის საყოველთაოდ აღიარებული მეთოდების დანერგვა. ინფრასტრუქტურისა და საკადრო რესურსის თვალსაზრისით ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის არსებული მექანიზმები (ნებართვები, ლიცენზიები და სერტიფიცირების სისტემა) საჭიროებს სრულყოფას, განვრცობასა და მონიტორინგის მექანიზმების დახვეწას. დაწესებულებების დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის დანერგვა არასრულყოფილია.

კვალიფიცირებული ადამიანური რესურსთან დაკავშირებული გამოწვევები და მათი არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება წარმოადგენს ერთ-ერთ სერიოზულ დაბრკოლებას ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფის საქმისათვის. ქვეყანაში არსებული ადამიანური რესურსის განვითარების სისტემა (დიპლომამდელი და

დიპლომისშემდგომი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს გარდაქმნას.

მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ პრაქტიკის მხარდამჭერი სისტემების გაუმჯობესება, რომელიც მოიცავს როგორც განათლების, ისე სამედიცინო სერვისის სტანდარტიზაციის, დაფინანსებისა და მონიტორინგის მექანიზმებს. საჭიროა რუტინული სტატისტიკური და ზედამხედველობის სისტემების გამართული მუშაობა და დახვეწა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგისა და შეფასების ერთიანი სავალდებულო ჩარჩოს შემუშავება და განხორციელება, რათა, გადაწყვეტილების მიღების დროს, ხელმისაწვდომი იყოს სანდო მონაცემები.

## ლიტერატურა

---

1. Gamkrelidze et al. 2002. "Health Care Systems in Transition: Georgia." *European Observatory on Health Care Systems*. Vol. 4, No. 2.
2. Chanturidze, et al. 2009. "Georgia: Health system review." *Health Systems in Transition*.
3. L. Sakvarelidze National Center for Disease Control and Public Health. 2015. "Health Care Statistical Yearbook 2015" ([http://ncdc.ge/AttachedFiles/yearbook%202016\\_53210b52-12da-4279-9f27-f7a361c84c96.pdf](http://ncdc.ge/AttachedFiles/yearbook%202016_53210b52-12da-4279-9f27-f7a361c84c96.pdf))
4. World Bank Group. 2017. Georgia Public Expenditure Review. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/630321497350151165/pdf/114062-PER-P156724-PUBLIC-PERFINAL.pdf>)
5. National Statistics Office of Georgia - GeoStat. [http://geostat.ge/index.php?action=page&p\\_id=164&lang=eng](http://geostat.ge/index.php?action=page&p_id=164&lang=eng) (Retrieved October 23, 2017)
6. L. Sakvarelidze National Center for Disease Control and Public Health. 2015. "Health Care Statistical Yearbook 2015" ([http://ncdc.ge/AttachedFiles/yearbook%202016\\_53210b52-12da-4279-9f27-f7a361c84c96.pdf](http://ncdc.ge/AttachedFiles/yearbook%202016_53210b52-12da-4279-9f27-f7a361c84c96.pdf))
7. L. Sakvarelidze National Center for Disease Control and Public Health. 2017. "Health Care Statistical Yearbook 2016" <http://ncdc.ge/ka-GE/DiseaseStatistics/StatisticalYearbook>
8. Government of Georgia. Decree N724, 26.12.2014. On Approval of Georgian Healthcare System State Concept 2014-2020 "Universal Healthcare and Quality Management for Protection of Patient Rights"
9. Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia. National Health Accounts 2001-2015. <http://moh.gov.ge/en/566/National-Health-Account>