

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი

ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება



2016



ეპიდემიის
და პუბლიკის
ჯანმრთელობის
ცენტრი



საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი

კვლევის ანგარიში

რეზიუმე

„ველფარ ფაუნდეიშენის“ მიერ, 2015 წლის სექტემბერ-დეკემბრის პერიოდში ჩატარდა კვლევა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შესაფასებლად. კვლევა განხორციელდა ევროპის ფონდის პროექტის „თანამშრომლობა ბიუჯეტის გამჭვირვალობისთვის: სახელმწიფო ხარჯების სამოქალაქო მონიტორინგი საქართველოში“ ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია ევროკავშირის მიერ.

კვლევის ფარგლებში მოხდა, როგორც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის (შჯსდ) სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის, ასევე სხვადასხვა ვებ-გვერდებზე არსებული მასალის ანალიზი. გარდა ამისა, გამოიკითხა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები.

კვლევამ აჩვენა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დაბალი ხარჯთ-ეფექტურობით გამოირჩევა და გასული 3 წლის მანძილზე, ფაქტიურად, არცერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი არ გადადგმულა პროგრამის განმახორციელებლების მხრიდან სახელმწიფო სახსრების ხარჯვის ეფექტურობის ასამაღლებლად. მართალია, მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში პროგრამული დანახარჯები 2015 წელს 1,8%-ს შეადგენდა, მაგრამ არსებული, ყოველწლიური 0,8%-იანი ზრდის შემთხვევაში, უახლოეს მომავალში ეს ციფრი საგანგაშოდ გაიზრდება. პროგრამის დაბალი ხარჯთ-ეფექტურობის უპირველესი მიზეზი არის ის, რომ შჯსდ სამინისტროში არ არსებობს კვალიფიციური ანალიტიკური სამსახური, რომელიც მოახდენს პროგრამის დეტალურ ანალიზსა და ეფექტურ დაგეგმარებას. ანალოგიური პრობლემები არსებობს პროგრამის მონიტორინგის მხრივაც - ამ მიზნით პროგრამაში დასაქმებულ პირთა რაოდენობა, აშკარად არასაკმარისია თავიანთი ფუნქციის ეფექტურად შესასრულებლად. ცხადია, რომ მონიტორინგის მექანიზმები საჭიროებენ შემდგომ გაუმჯობესებასა და დახვეწას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ნაკლებ აქცენტს აკეთებს პირველად ჯანდაცვასა და დაბალხარჯიან ამბულატორიულ მომსახურებაზე, რაც თვით პროგრამის ძირითად მიზნებს ეწინააღმდეგება. ინვესტიცია, ძირითადად ყველაზე ხარჯიან სერვისებში ხორციელდება მაშინ, როდესაც პრევენციული ღონისძიებები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის/ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხები პრაქტიკულად იგნორირებულია. ყველაფერი ეს, მომავალში, გამოიწვევს გადაუდებელ სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯების ზრდას (უკვე არსებული მდგომარეობა ამ აზრს თვალნათლივ ადასტურებს), რაც სერიოზულ პრობლემებს შეუქმნის თავად პროგრამის განხორციელებას.

საჭიროა მოიძებნოს ანაზღაურების სხვა დამატებითი მექანიზმი, რათა ხელი შეეწყოს პირველადი ჯანდაცვის (პრევენციული მედიცინის) შემდგომ განვითარებას. ამგვარი მიდგომა გაზრდის პჯდ-ში დასაქმებულთა რაოდენობას და მოტივაციას, რაც პოზიტიურად იმოქმედებს პაციენტთა ლოდინის

დროის შემცირებაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ბაზარზე დარჩება მხოლოდ მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებები და პირველად ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა მნიშვნელოვნად გამწვავდება.

აუცილებელია პროგრამის ხარჯვით ნაწილში სოციალურად შეჭირვებული პირების მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის საკითხის გადახედვა, ვინაიდან ამ კატეგორიის მოსახლეობის საკმაოდ დიდი ნაწილი ვერ ყიდულობს მედიკამენტებს. ასეთ შემთხვევებში, ექიმთან კონსულტაციასა და დიაგნოსტიკაში ჩადებული თანხები ფაქტიურად არახარჯთ-ეფექტურია, ვინაიდან დაავადების განკურნება არ ხდება. ასევე საჭიროა პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებადი მედიკამენტების სიის რევიზია ისეთი ფორმით, რომელიც საშუალებას მისცემს ბენეფიციარებს დროულად შეიძინონ საჭირო მედიკამენტი (განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობის გადავადება დაავადების მნიშვნელოვან დამძიმებას და ქრონიკულ ფაზაში გადასვლას იწვევს).

სახელმწიფო თანხების უფრო ეფექტური ხარჯვის თვალსაზრისით აუცილებელია, როგორც ბენეფიციართა, ასევე გეგმიურ მომსახურებაზე 70%-იანი თანაგადახდის დიფერენცირების საკითხის შემდგომი შესწავლა და სათანადო გადაწყვეტილების მიღება. ასევე საჭიროა ზუსტად გაირკვეს და ინდივიდუალურად განისაზღვროს კერძო დაზვევიდან პროგრამის “მინიმალურ პაკეტში” მოხვედრილი იმ ბენეფიციარების საჭიროებები, რომლებსაც კერძო დაზღვევა შეუწყდათ სამსახურის დაკარგვის, ან სხვა, მათგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო.

მიზანშეწონილია სახელმწიფომ შეიმუშავოს დაავადებების განფასების ეფექტური მექანიზმები, რომლებიც მინიმუმამდე შეზღუდავს პროვაიდერი დაწესებულებების მიერ ნოზოლოგიური კოდებით მანიპულირების საშუალებას. ასევე საჭიროა ზუსტად და უფრო დაწვრილებით განისაზღვროს პროვაიდერების ანაზღაურების ვადები და სხვა მექანიზმები.

პროვაიდერების მხრიდან მორალური რისკის პრობლემის შესამცირებლად მიზანშეწონილია იმ მეთოდების გამოყენება, რომლებიც საერთაშორისო პრაქტიკაში ფართოდ არის დანერგილი. ამის მაგალითია მაღალი ჯარიმების შემოღება მსგავს გამოვლენილ შემთხვევებზე, რაც მაქსიმალურად ზღუდავს პროვაიდერს წავიდეს რისკიან ქმედებაზე და ამის შედეგად არაკანონიერი ქმედებების რიცხვი მნიშვნელოვნად მცირდება.

როგორც კვლევამ აჩვენა მამაკაცები უფრო იშვიათად, თუმცა ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობით, ხშირად დაგვიანებით აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს. შესაბამისად, მათი მკურნალობა, ქალებთან შედარებით უფრო მეტ დანახარჯებს უკავშირდება. ეს ფაქტი გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯანდაცვის ხელისუფლების მიერ დაავადებათა პრევენციასა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის კამპანიების დაგეგმვის დროს - მამაკაცების მიმართ ასეთი კამპანიები გარკვეული სპეციფიკურობით და განსხვავებული სტრატეგიით უნდა ხასიათდებოდეს.

კვლევის დეტალური აღწერა

კვლევის მიზანი:

2013 წელს, სახელმწიფომ, წინა წლებთან შედარებით მნიშვნელოვნად გაზარდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ბიუჯეტი და დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელზეც სახელმწიფოს მიერ ამ მიზნით გაღებული დანახარჯების ძირითადი წილი მოდის. პროგრამის დაწყებიდან მისი ბიუჯეტი სწრაფი ტემპით იზრდება და 2015 წელს ამ დანიშნულებით მთლიანობაში 570 მილიონი ლარი დაიხარჯა (წინასწარ დაგეგმილი 469 მილიონის ნაცვლად), რაც მთლიანად ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების დაახლოებით 75%-ს შეადგენს. აქედან გამომდინარე, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად აღნიშნული პროგრამის ზეგავლენა მნიშვნელოვანია. ხოლო, ამ მხრივ, პოზიტიური შედეგების მისაღწევად აუცილებელია გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრები მაქსიმალურად ეფექტურად დაიხარჯოს და პროგრამის მომავალი დაგეგმვა ეფუძნებოდეს მონიტორინგისა და ანალიზის შედეგად მიღებულ მტკიცებულებებს. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამის ამოქმედებიდან 3 წელი შესრულდა, მსგავსი ანალიზი არ ჩატარებულა და პროგრამის ამა თუ იმ კომპონენტის ეფექტურობის შესახებ ვარაუდი, ძირითადად, სუბიექტურ მოსაზრებებს ემყარება. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული კვლევის მიზანი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის ხარჯვის შეფასება ხარჯთ-ეფექტურობის თვალსაზრისით და მომავალში, პროგრამის მსგავსი ანალიზის განსახორციელებლად სახელმწიფოსათვის ეფექტური მექანიზმების შეთავაზება.

მეთოდოლოგია:

ჯანდაცვის პროგრამების ხარჯთ-ეფექტურობის შეფასების მხრივ, მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს მეთოდოლოგიური საკითხები. რადგან არ არსებობს ერთიანი მეთოდოლოგია, ამ მიზნით ეკონომიკური შეფასების სხვადასხვა მეთოდები გამოიყენება, რაც ართულებს სხვადასხვა ინტერვენციის ერთმანეთთან შედარებას. მეორე მხრივ, ცნობილია, რომ ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხები ყოველთვის მწირია. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, თუ რამდენად შედეგის მომტანი იქნება ესა თუ ის სახელმწიფო პროგრამა. ასევე, გადაწყვეტილების მიმღებებთათვის საინტერესო უნდა იყოს იმის გაგება, თუ როგორ მიიღონ მაქსიმალური შედეგი მცირე დანახარჯებით. თუმცა, როდესაც ჯანდაცვის სისტემაზე, თუ ცალკეულ პროგრამაზეა საუბარი, მიწოდებულ მომსახურებასთან შედარებით, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს არსებული რესურსების ხარჯვით მიღებული საბოლოო შედეგი (ანუ, თუ რამდენად შეცვალა აღნიშნულმა პროგრამამ მოსახლეობის ქცევა და შედეგად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა), რაც სქემატურად შეიძლება ასე გამოისახოს:

რესურსები

საყოველთაო ჯანდაცვის
სახელმწიფო პროგრამა

პროდუქტი

მოსახლეობისათვის გაწეული
ამბულატორიული თუ
სტაციონარული მომსახურება

შედეგი

ცვლილებები მოსახლეობის ქცევასა
და ჯანმრთელობის სტატუსში

საკმაოდ ხშირად, პროგრამაზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო მოხელეები აქცენტს აკეთებენ სწორედ პროდუქტზე და ასახელებენ მოსახლეობისათვის მიწოდებული სერვისების რაოდენობას, რაც ხარჯთ-ეფექტურობის თვალსაზრისით ნაკლებად წარმოადგენს ვალიდურ ანალიზს. უფრო მნიშვნელოვანია იმის განსჯა, თუ რამდენად ეფექტური იყო ეს პროგრამა საბოლოო შედეგის მიღწევაში.

ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი წარმოადგენს ჯანდაცვის პროგრამების, ინტერვენციების შეფასების ერთ-ერთ მეთოდს, რაც სქემატურად გამოისახება შემდეგი ფორმულით:

$$CEA_{ratio} = \frac{C_1 - C_0}{E_1 - E_0}$$

- **C** - ხარჯები გამოითვლება მონეტარულ ერთეულებში
- **E** - ჯანმრთელობის გამოსავალი, ცვლილებები ჯანმრთელობის სტატუსში

დასავლეთის მრავალ ქვეყანაში არსებობს გაწეული ხარჯების შეფასების გრადაციები, რაც საშუალებას იძლევა მსგავსი ფორმულის გამოყენებით მოხდეს იმის ანალიზი თუ რამდენად ხარჯთ-ეფექტურია ესა თუ ის პროგრამა. რადგანაც საქართველოში მსგავსი გრადაციები არ არსებობს, შესაბამისად მსგავსი კვლევებიც არასოდეს ჩატარებულა. ამგვარად, შეუძლებელია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სხვა პროგრამას შევადაროთ და ამის საშუალებით ვიმსჯელოთ მის ეფექტურობაზე. ასევე, ჯერ-ჯერობით არ არსებობს მონაცემები იმის შესახებ, თუ რამდენად გააუმჯობესა პროგრამამ სამიზნე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამგვარად, ჩვენი კვლევის ფარგლებში, ხარჯთ-ეფექტურობის შეფასება მოხდა ჯანდაცვის ეკონომიკის იმ ზოგადი პრინციპებისა და რეკომენდაციების მიხედვით, რომლებიც მოწოდებულია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების, თუ ავტორების მიერ (მაგ. დრუმონდი). ასევე გამოყენებულ იქნა ორგანიზაცია „გადავარჩინოთ ბავშვები“-ს (Save the Children) მიერ მომზადებული ჯანდაცვის სექტორის ბიუჯეტის ადვოკატირების სახელმძღვანელო სამოქალაქო საზოგადოებრივი ორგანიზაციებისათვის.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯთ-ეფექტურობის შეფასების მიზნით გამოთხოვილი და შესწავლილი იქნა ინფორმაცია შჯსდ სამინისტროდან, ასევე ჩატარდა ინტერვიუები სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან და პროგრამის ბენეფიციარებთან. ამგვარად, კვლევა მოიცავდა როგორც თვისობრივ, ასევე რაოდენობრივ კომპონენტებს.

თვისობრივი კვლევისათვის შეირჩა ჩაღრმავებული ინტერვიუს კვლევის მეთოდი რამოდენიმე ქალაქსა და მუნიციპალიტეტში (თბილისი, რუსთავი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, გორი, მარტვილი). რესპონდენტებად შეირჩა დაინტერესებულ მხარეთა წარმომადგენლობითი პროფესიული კონტინგენტი: 1. სამედიცინო პერსონალი (პირველადი ჯანდაცვის სექტორის/სოფლის საექიმო ამბულატორია, პოლიკლინიკა) 2. პროვაიდერი კლინიკების მენეჯერები/ექიმები.

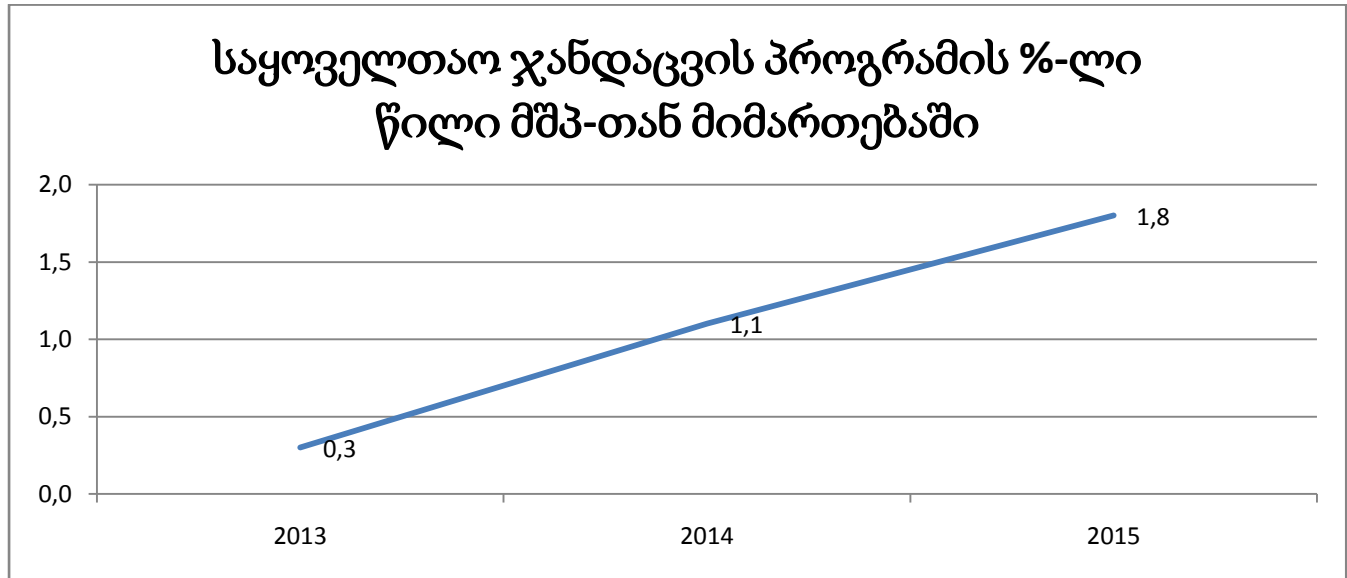
კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, სულ, ჩატარდა **31 ასეთი ინტერვიუ**. კვლევები წარიმართა მოდერატორის მიერ, წინასწარ შემუშავებული სახელმძღვანელოს („Guide“) მიხედვით. კვლევის აუდიო/ვიდეო ჩანაწერებზე (მასალებზე) მომზადდა ტრანსკრიპტი (აუდიო ან ვიდეო ჩანაწერის წერილობითი გაშიფვრა). ტრანსკრიპტების დამუშავება და მონაცემთა ანალიზი განხორციელდა „Content-Analysis“ მეთოდოლოგიით – დედუქციური. შემუშავდა ოთხ ძირითად თემად ორგანიზებული მატრიცა: (1) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობა; (2) პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული სერვისების შესახებ შეხედულებები და გამოცდილება; (3) ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ინფორმირება და მიმართვიანობა; და (4) შემოთავაზებები და რეკომენდაციები პროგრამის ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის გაუმჯობესების მიზნით. ტრანსკრიპტებიდან მიღებული მონაცემები შეჯამდა მატრიცის ცხრილში.

რაოდენობრივი კვლევისათვის, რომელიც ჩატარდა ქალაქ ბათუმსა და გორის რაიონში, გამოყენებული იყო პერსონალური ინტერვიუს მეთოდი (Personal Approach / Face-to-Face Interview). შემუშავდა სპეციალური კითხვარი, რომელშიც შევიდა ის საინტერესო საკითხები, რომლებიც გამოიკვეთა შჯსდ სამინისტროდან გამოთხოვილი დოკუმენტაციის შესწავლის და თვისობრივი კვლევის დროს. კვლევის შედეგების მაღალი რეპრეზენტატულობის უზრუნველყოფის მიზნით, საკვლევი კონტინგენტის შერჩევისათვის გამოყენებული იყო შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი. ორივე რეგიონში, სულ გამოიკითხა 408 ბენეფიციარი. შეიქმნა მონაცემთა ბაზა და მონაცემები დამუშავდა SPSS პროგრამის გამოყენებით. რაოდენობრივ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 5-მა ინტერვიუერმა თითოეულ რეგიონში, რომელთაც კვლევის მეთოდოლოგიასა და სპეციფიკებთან დაკავშირებით წინასწარ ჩაუტარდათ ტრენინგი, რაოდენობრივი კვლევები მიმდინარეობდა 15 დღის განმავლობაში (დაიწყო 20/11/2015 და დასრულდა 05/12/2015). კვლევის ჩატარებისას გამოყენებულ იქნა **კარდაკარ (Door-to-Door) ინტერვიუს მეთოდი** (უშუალოდ საცხოვრებელ ადგილებში ვიზიტები). კვლევა ჩატარდა სტრუქტურირებული (**Fill-in-the Blank**, და **Multi-Option**) ფორმატის კითხვარით.

კვლევის ეთიკური საკითხები. კვლევაში ჩართვამდე, შერჩეულ პირებს გადაეცათ ინფორმირებული თანხმობის ფორმები და კვლევაში მონაწილეობაზე სიტყვიერი თანხმობისას ერთვებოდნენ კვლევაში. კვლევის მონაწილეებს განემარტათ კვლევაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული რისკები და სარგებელი. ასევე - მათი უფლებები, სურვილისამებრ, გადაიფიქრონ და დატოვონ კვლევა ნებისმიერ დროს და რომ მონაწილეთა კონფიდენციალობის დაცვის მიზნით. ანგარიშის მომზადების შემდგომ, ჩაწერილი აუდიო/ვიდეო მასალა განადგურდება. აგრეთვე, მონაწილეთა რაიმე ტიპის საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია არ იქნება გამოყენებული ანგარიშსა და პუბლიკაციებში.

შჯსდ სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის ანალიზი

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან პროგრამის ბიუჯეტი ყოველწლიურად მაღალი ტემპით იზრდება. შჯსდ სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციით, 2013 წელს პროგრამაზე გაწეულმა ხარჯებმა შეადგინა 69 მლნ. ლარი, 2014 წელს აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 335 მლნ. ლარს მიაღწია, ხოლო 2105 წელს, პროგრამაზე დაიხარჯა 575 მილიონი ლარი (რაც წინასწარ დაგეგმილ თანხაზე 105 მლნ. მეტია). თუ ამ ციფრებს მთლიან შიდა პროდუქტთან (მშპ) მიმართებაში განვიხილავთ, ასეთ სურათს მივიღებთ:



გრაფიკი 1: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის %-ლი წილი მშპ-თან მიმართებაში

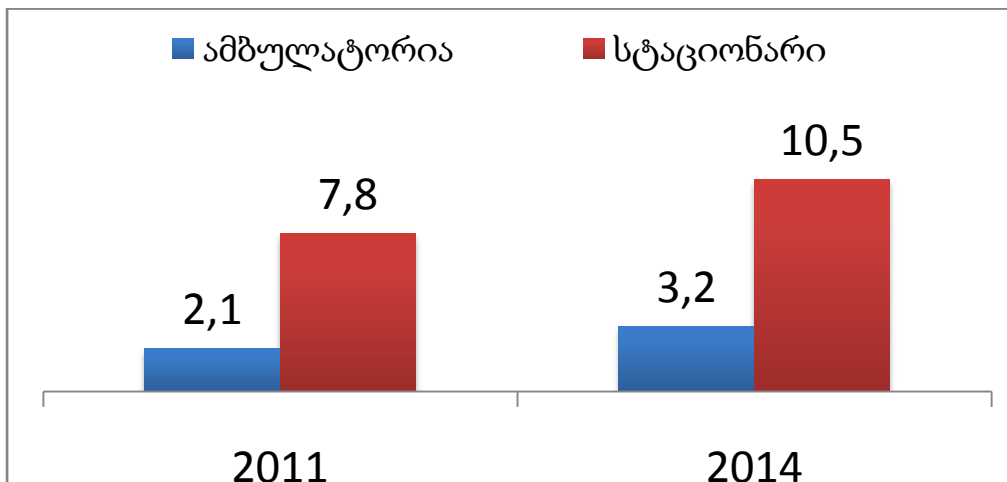
აღნიშნული გრაფიკი ნათლად აჩვენებს, რომ 2015 წელს პროგრამაზე დახარჯული თანხები მშპ-ის 1,8%-ს შეადგენდა, რაც ჯერ-ჯერობით შედარებადია დასავლეთის ქვეყნების მსგავს პროგრამებთან. მაგალითად, აშშ-ის Medicare და Medicaid ცენტრების მონაცემებით, ამ პროგრამებზე გაწეულმა ხარჯებმა 2014 წელს, შესაბამისად, შეადგინა მშპ-ის 3,5% და 2,8%. თუმცა, თუ გავითვალისწინებთ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის ზრდის ტემპებს, ახლო მომავალში მისმა დანახარჯებმა, შესაძლოა საგანგაშო ნიშნულს მიაღწიოს (გრაფიკიდან კარგად ჩანს, რომ ყოველწლიურად პროგრამა მშპ-ან მიმართებაში დაახლოებით 1%-მდე იზრდება). ამ ტემპით ზრდის შემთხვევაში ადვილი დასათვლელია, თუ რამდენი იქნება საჭირო უახლოეს წლებში პროგრამის დასაფინანსებლად. მაგალითად, 2016 წლის პირველი 3,5 თვის მონაცემებით პროგრამის ფარგლებში უკვე დახარჯულია 197 მლნ. ლარი. ამ ტემპით ხარჯვის გაგრძელების შემთხვევაში, 2016 წლის ბოლომდე საჭირო იქნება 675 მლნ. ლარი, ანუ დაგეგმილზე 105 მლნ-ით მეტი.

პროექტის საწყის ფაზაში, პროგრამის მიმდინარეობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა დეტალის შესახებ, შჯსდ სამინისტროსგან გამოთხოვილი იქნა ინფორმაცია. რამოდენიმე მცდელობის შემდეგ ნაწილობრივ მოხერხდა ინფორმაციის მიღება. ასევე გაანალიზდა შჯსდ სამინისტროს და სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდებზე არსებული ინფორმაცია. აღსანიშნავია, რომ შჯსდ სამინისტროსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდებზე არ არსებობს სრულყოფილი/დეტალური სტატისტიკური მონაცემები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის

მიმდინარეობის, პროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურებისა თუ გაწეული ხარჯების შესახებ. ამგვარი ინფორმაცია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდზე არსებობდა პროგრამის საწყის ეტაპზე, თუმცა ის საერთოდ გაქრა 2014 წლის შემდეგ. ამ აზრის მატარებელი იყო შჯსდ მინისტრის მოადგილის წერილიც, რომელიც გარკვეულ დროს ითხოვდა ინფორმაციის დასამუშავებლად და მოსაწოდებლად. თუმცა მიუხედავად ამისა, საბოლოოდ პასუხები მაინც ვერ მივიღეთ შემდეგ კითხვებზე:

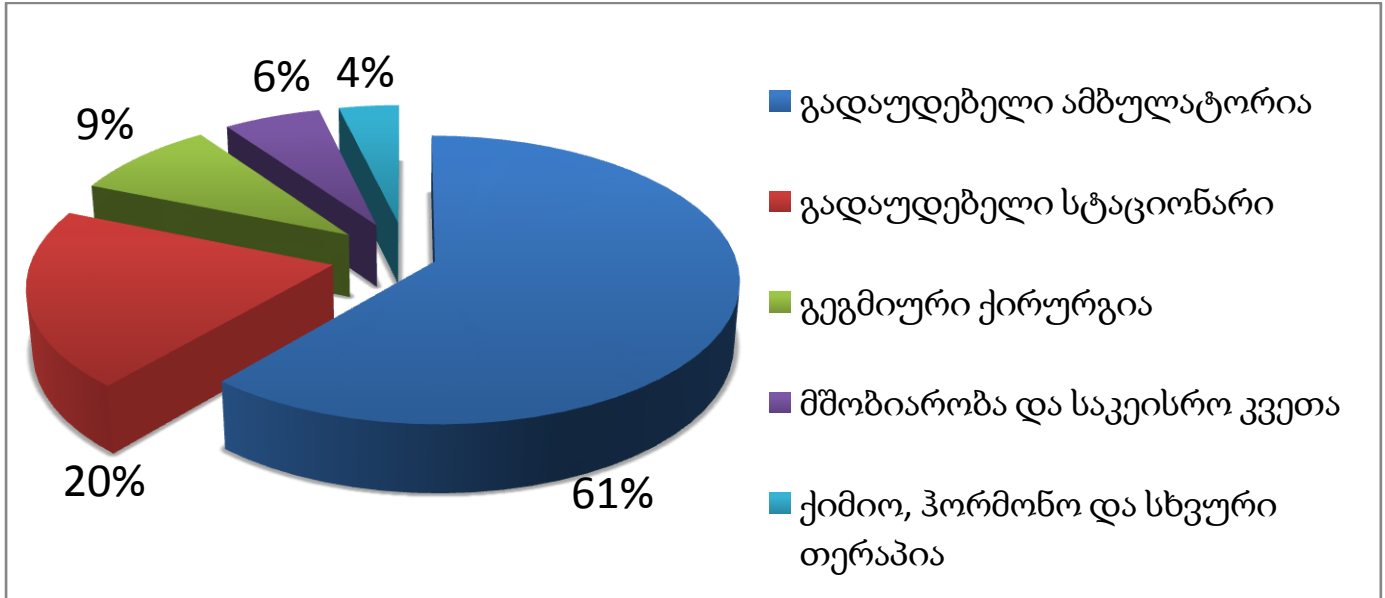
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაწყებიდან დაფინანსებული სამედიცინო შემთხვევათა ჩამონათვალი წლების მიხედვით;
- პროგრამის დაწყებიდან ბენეფიციართა სამედიცინო მომსახურებაზე დახარჯული სახელმწიფო ფინანსები ნოზოლოგიური კოდებისა და წლების მიხედვით;
- პროგრამის ადმინისტრაციული დანახარჯები და მისი პროცენტული შეფარდება პროგრამის საერთო დანახარჯებთან (წლების მიხედვით);
- ინფორმაცია სახელმწიფოს მხრიდან პროგრამის მონიტორინგის არსებულ მექანიზმებზე;
- პროგრამაში დასაქმებულ ქალებსა და მამაკაცებზე გაცემული შრომითი ანაზღაურების პროცენტული თანაფარდობა;
- პროგრამის იმ ბენეფიციართა რაოდენობა რომელთაც დაჭირდათ ტრაქეის ინტუბაცია და მართვითი სუნთქვა (ამ პროცედურაზე დახარჯული პროგრამის ფინანსების მითითებით წლების მიხედვით);
- პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები წლების მიხედვით.

აღსანიშნავია, რომ, მიუხედავად სიძნელეებისა, კვლევის ფარგლებში არაფორმალური წყაროებით მოხერხდა გარკვეული სახის ინფორმაციის მოპოვება. მაგალითად, შჯსდ სამინისტროს ინფორმაციით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაწყების შემდეგ, წინა წლებთან შედარებით გაიზარდა, როგორც ამბულატორიული ვიზიტების, ასევე ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები. განსაკუთრებული ზრდა სწორედ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების მატებას უკავშირდება, რაც დადებით ტენდენციად არ უნდა ჩაითვალოს. აღნიშნული ტენდენცია კარგად ჩანს ქვემოთ მოცემულ გრაფიკზე:



გრაფიკი 2: ამბულატორიული ვიზიტები ერთ სულზე და ჰოსპიტალიზაცია 100 მოსახლეზე

რაც შეეხება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სერვისების უტილიზაციას, 2013-2015 წლების განმავლობაში სულ, დაფიქსირებულ იქნა 2 023 215 შემთხვევა. 2015 წლის მონაცემებით, სერვისების მოხმარების 81% გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე მოდის:



გრაფიკი 3: სერვისების უტილიზაცია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, 2015

შჯღდ სამინისტროდან მიღებული მონაცემებით, პროგრამის ფარგლებში, 2013 წელს თანხა ჩაერიცხა 422 სამედიცინო დაწესებულებას. აქედან, თბილისის მასშტაბით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მონაწილეობდა 270 კლინიკა, რომელთაც მთლიანობაში ჩაერიცხათ 44,098,219.34 ლარი (საერთო თანხის 61%). ამავე წელს რეგიონებში ფუნქციონირებდა 152 სამედიცინო დაწესებულებას ჩაერიცხა 27,696,950.92 ლარი (39%). ამგვარად, ბალანსი აშკარად თბილისის სასარგებლოდ არის გადახრილი, რაც შენარჩუნებული იქნა მომდევნო წლებში. კერძოდ, 2014 წლის მონაცემებით თბილისის 243 კლინიკა იყო ჩართული პროგრამაში და მათ ჩაერიცხათ 230,782,240.68 ლარი (66%), ხოლო რეგიონის 143 კლინიკას - 118,602,916.80 ლარი (34%). 2015 წლის 9 თვის მონაცემებით თბილისის 256 კლინიკას ჩაერიცხა 251,187,650.03 ლარი (61%), ხოლო რეგიონის 144 კლინიკას - 159,135,589.52 ლარი (39%). ამგვარი სტატისტიკა სრულ კონტრასტშია თბილისსა და რეგიონებში მცხოვრები მოსახლეობის ბალანსთან. საქსტატის 2014 წლის საყოველთაო აღწერის შემდეგ დაზუსტებული მონაცემებით თბილისში საქართველოს მოსახლეობის მხოლოდ 30% ცხოვრობს. ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ უპირატესად სწორედ თბილისის მოსახლეობა სარგებლობს კერძო ინდივიდუალური, თუ კორპორაციული სამედიცინო დაზღვევით, რის გამოც მათი წილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში კიდევ უფრო მცირეა. მიუხედავად ამისა, სწორედ თბილისის სამედიცინო დაწესებულებები ხარჯავენ პროგრამაში გამოყოფილი თანხების ძირითად ნაწილს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ

1. სწორედ თბილისშია კონცენტრირებული სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობა, ანუ არსებობს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

2. შესაბამისად რეგიონში მცხოვრები ბენეფიციარები ხშირ შემთხვევებში სწორედ თბილისის კლინიკებით სარგებლობენ, რაც დამატებით უზრდის მათ ტრანსპორტირებასა და თბილისში აკომოდაციასთან დაკავშირებულ ხარჯებს.

3. ამგვარი მოწყობა ხელს უწყობს ძვირადღირებული სერვისების უტილიზაციას და ნაკლებ აქცენტს აკეთებს პირველად ჯანდაცვაზე. ამას ადასტურებს შჯსდ სამინისტროს სტატისტიკა, რომლის მიხედვითაც გეგმიური ამბულატორიული სერვისების უტილიზაცია ფაქტიურად ნულთან არის ახლოს, ხოლო მოსახლეობა სამედიცინო დაწესებულებებს აკითხავს ძირითადად გადაუდებელ შემთხვევებში (უმეტესად სწორედ თბილისში არსებულ კლინიკებს).

შჯსდ სამინისტროდან გამოთხოვილი ინფორმაციის ანალიზისას ყურადღება გამახვილდა გენდერულ ასპექტებზე. შჯსდ სამინისტროს ინფორმაციით, პროგრამაში 2013 წელს სულ დასაქმებული იყო 240 თანამშრომელი, აქედან 191 ქალი და 49 მამაკაცი. ქალები შეადგენდნენ ასევე უმრავლესობას 2014 (278-დან 224 ქალი) და 2015 (281-დან 229 ქალი) წლებში, მათ შორის ხელმძღვანელ თანამდებობებზე: პროგრამის დეპარტამენტის უფროსი და 4 სამმართველოდან სამის უფროსი ქალი იყო.

რაც შეეხება პროგრამის ბენეფიციარებს, გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე, სულ დარეგისტრირებულია 3,127,354 ბენეფიციარი, აქედან 1,699,002 (54,3%) ქალი და 1,428,532 (45,7%) მამაკაცი. თუ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში რეგისტრირებულ სამედიცინო შემთხვევებზე ანაზღაურებულ თანხებს განვიხილავთ სქესობრივ ჭრილში, აღმოჩნდება რომ მამაკაცებზე და ქალებზე თანხა დაახლოებით თანაბრად გადანაწილდა: კერძოდ 349,518, 926 ლარი (50,14%) დაიხარჯა ქალებზე, ხოლო 347,537, 927 (49,86%) კი მამაკაცებზე.

შჯსდ სამინისტროს ინფორმაციით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ლეტალური შედეგით რეგისტრირებული სამედიცინო შემთხვევების რაოდენობა ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. მაგალითად, 2013 წელს სულ 1397 ლეტალური შემთხვევა დაფიქსირდა, 2014 წელს 8415, ხოლო 2015 წლის 9 თვის მონაცემებით უკვე 7572.

კვლევის ფარგლებში, ასევე, შესწავლილ იქნა შჯსდ სამინისტროსა და „გლობალური ალიანსის“ ერთობლივი ინიციატივა “რა გაწუხებთ“. აღნიშნული სოციალური ინიციატივის ფარგლებში, სამინისტრო მოქალაქეებს სთავაზობს პასუხი გასცენ კითხვებს ონლაინ კითხვარის მეშვეობით (www.1505.ge). კითხვარი არ არის დიდი და მასში კითხვების მნიშვნელოვანი ნაწილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას ეხება. შჯსდ სამინისტროს განმარტებით, კითხვარის მიზანია „საზოგადოების უშუალო და აქტიური მონაწილეობა იმ პროცესში, რომელიც ეხება გადაწყვეტილებებს ჯანდაცვის სფეროში“. ასევე სამინისტრო აპირებს გამოკითხვის შედეგების ანალიზს და მის გამოყენებას ჯანდაცვის სფეროს მომავალი რეფორმების მიმართულებების განსაზღვრაში. ზოგადად, სახელმწიფო უწყების მხრიდან საზოგადოების ჩართულობის გაზრდა რეფორმების დაგეგმვის პროცესში მისასაღებელია. თუმცა, აღნიშნული გამოკითხვის შედეგების განზოგადება არასწორი იქნება. მით უმეტეს, რიგი მიზეზების გამო, შეუძლებელია ამგვარი ანალიზის საფუძველზე ჯანდაცვის რეფორმების მიმართულებების განსაზღვრა:

1. პირველ რიგში, ადგილი აქვს გამოსაკითხი პირების შერჩევით ცდომილებას (selection bias). ინტერნეტზე ხელმისაწვდომობა ჯერ კიდევ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება საქართველოს მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით რეგიონებში და სოციალურად შეჭირვებულთა

კატეგორიაში. ასევე, გასათვალისწინებელია ის ფაქტორი, რომ მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში კომპიუტერული განათლების დონე მნიშვნელოვნად ვარიირებს. აქედან გამომდინარე, ონლაინ გამოკითხვაში მონაწილეთა თანაბარი მოცვის (ასაკის, სოციალური სტატუსის, საცხოვრებელი ადგილის და ა.შ.) პრინციპები დარღვეული იქნება, რაც არ იძლევა შედეგების განზოგადებისა და მათ საფუძველზე დასკვნების გაკეთების საშუალებას.

2. შერჩევითი ცდომილების გამო, შესაძლებელია, იმ ადამიანებს, რომელთაც ნამდვილად აწუხებთ ჯანდაცვის პრობლემები, ზემოთ ჩამოთვლილი სხვადასხვა მიზეზის გამო ხელი არ მიუწვდებოდეთ ონლაინ კითხვარზე, რაც შეამცირებს კვლევის შედეგების სანდოობას.
3. კითხვარში აუცილებელია ყველა კითხვაზე პასუხის გაცემა (სხვანაირად პასუხები არ გაიგზავნება), მაშინ როდესაც ზოგ შემთხვევაში კითხვები ერთმანეთის ლოგიკურ გაგრძელებას არ წარმოადგენენ და ადგილი აქვს ინფორმაციულ ცდომას (information bias). მაგალითად, კითხვის „ხართ თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე“ ერთ-ერთი ვარიანტის „მაქვს კერძო დაზღვევა“ არჩევის შემთხვევაშიც კი გეკითხებათ თუ „რამდენად ხშირად მიგიღიათ სამედიცინო მომსახურება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით“ ან „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში რის გაუმჯობესებას ისურვებდით“. ბუნებრივია ასეთ შემთხვევებში კითხვებზე პასუხი რეალობის ამსახველი არ იქნება, რაც შესაბამის უარყოფით ზეგავლენას მოახდენს საბოლოო შედეგზე.
4. ასევე აღსანიშნავია, რომ კითხვარის ფორმატი შესაძლებლობას იძლევა ის ერთი და იმავე კომპიუტერიდან უსასრულოდ შეივსოს და გაიგზავნოს, რაც შესაბამისად ზრდის სავარაუდო არასწორი პასუხების რაოდენობას (დაინტერესებულ პირს შეუძლია ამგავრი რამ უსასრულოდ აკეთოს).

ამგვარად, შეუძლებელია ამ გამოკითხვის შედეგების განზოგადება და მისგან გამომდინარე სერიოზული დასკვნების გაკეთება. ასეთი რამ განსაკუთრებით უცნაურია იმ ფაქტიდან გამომდინარე, რომ, როგორც შჯსდ სამინისტრო აცხადებს კითხვარი შემუშავდა „გლობალურ ალიანსთან“ ერთად, რომელიც სამინისტროს მთავარ მოკავშირედ და საერთაშორისო დონის კონსულტანტ ორგანიზაციად მიიჩნევა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საკითხებში.

რაოდენობრივი კვლევის შედეგები

ბათუმი

(სულ გამოიკითხა 200 რესპონდენტი)

კვლევით გამოვლენილი ძირითადი პრობლემები:

- გამოკითხულთა 42.4%-ის ოჯახში საერთოდ არცერთი წევრი არაა დასაქმებული (13.1%) ან მხოლოდ 1 წევრია (29.3%) დასაქმებული, მაშინ როცა 2 და მეტ წევრიან ოჯახთა რაოდენობა გამოკითხულთა 94% -ს შეადგენს.
- გამოკითხული მოსახლეობის 37% - აქვს თვეში 500 ლარზე ნაკლები შემოსავალი.
- რესპონდენტთა 98% აღნიშნავს, რომ ფული ეხარჯება სამედიცინო მომსახურებაში. დაახლოებით 63% აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურებაზე, საშუალოდ, თვეში 50 და მეტი ლარი ეხარჯება.
- მოსახლეობის დაახლოებით 30.3%-ს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის და დაფინანსების შესახებ ჯერ კიდევ არ აქვს ინფორმაცია.
- რესპონდენტთა 45.5% აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად რიგში დგომა უწყვეტ ნახევარი საათი და მეტი დროით (30-60წთ-28.8%; >60წთ-16.7%), შედეგად 27.8% ამბობს, რომ უარი უთქვამს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, დიდი ხნით რიგში დგომის გამო.
- გამოკითხულთა დაახლოებით 74,2% ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტს ან საერთოდ ვერ ყიდულობს (15,2%), ან მხოლოდ ნაწილის ყიდვას ახერხებს (59%) . ეს თავისთავად ნიშნავს იმას, რომ 100 დან 74 პაციენტის შემთხვევაში მკურნალობას სასურველი შედეგი ვერ მოყვება (მიუხედავად სწორი დიაგნოზისა).
- რესპონდენტთა დაახლოებით 57% აღნიშნავს, რომ ერთხელ მაინც, ყოფილა შემთხვევა, როცა უფულობის გამო საერთოდ ვერ ჩაიტარა მკურნალობა.
- გამოკითხულთა 86.5% აღნიშნავს , რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული სერვისები მათი ჯანმრთელობის აღდგენის თვალსაზრისით სრულიად უშედეგოა, ან მხოლოდ ნაწილობრივ აქვს შედეგობრივი ეფექტი.
- გამოკითხულთა მხოლოდ 6.6%-ს აქვს იმის ფინანსური შესაძლებლობა და სურვილი, რომ გადავიდეს კერძო დაზღვევაზე, ხოლო 93.4% იძულებულია დარჩეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში (თავისი შემოსავლების გათვალისწინებით).
- რესპონდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ (38.6.8%), ან სრულ (1.5%) უკმაყოფილებას პირადი ექიმის მიმართ.
- რესპონდენტთა 38.4% აღნიშნავს, რომ მათი მკურნალი ექიმი ინფორმაციას დაავადების, დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ აწვდის ნაწილობრივ ან ძალიან გაუგებრად.
- რესპონდენტთა 4% აღნიშნავს, რომ გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დროს, ჰქონდათ შემოთავაზება ექიმის მხრიდან, მათი დიაგნოზი დარეგისტრირებული ყოფილიყო, როგორც გადაუდებელი შემთხვევა.

- რესპონდენტთა 1.5% აღნიშნავს, რომ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც გაცილებით მეტი მოუთხოვიათ თანხა თანაგადახდისათვის, ვიდრე ეს პროგრამითაა გათვალისწინებული. ხოლო 9.1% აღნიშნავს, რომ უბრალოდ არ იცის რამდენის გადახდა ეკუთვნოდა.
- რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (75%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში რაც დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით, მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.
- რესპონდენტთა 43% აღნიშნავს, რომ ყოფილა ავად და ვერ მიუღია სამედიცინო დახმარება,მათ შორის 48.8% მიზეზად ასახელებს საკმარისი თანხის უქონლობას, რაც ძალზე უარყოფითად ახასიათებს პროგრამული მომსახურებით მოსახლეობის მოცვის მხარეს.
- რესპონდენტთა დაახლოებით 65% აღნიშნავს, რომ უარს ამბობს, ან ძალიან უჭირს, თანაგადახდით განსაზღვრული მოცულობის თანხის გადახდა.
- გამოკითხულთა დაახლოებით 14% აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულება იმდენად შორსაა, რომ ძალიან უჭირს მისვლა.
- გამოკითხულ რესპონდენტთა დაახლოებით 34% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ოჯახის წევრთა მხოლოდ ნაწილია დარეგისტრირებული. 13% აღნიშნავს რომ არ იცის, ხოლო 0.5% აღნიშნავს, რომ ოჯახის არცერთი წევრი არაა დარეგისტრირებული.
- გამოკითხულთა დაახლოებით 14% მიიჩნევს, რომ ჯობდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გახარჯული თანხები გადანაწილებულიყო საარსებო შემწეობის მიმღებ ოჯახებზე, ხოლო 63% აღნიშნავს, რომ აუცილებელი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება ისეთი სახით, როგორც დღესაა. 23%-ს კი უჭირს პასუხის გაცემა.
- რესპონდენტთა დაახლოებით 49% აღნიშნავს, რომ პირადი ექიმი საერთოდ არ აწვდის ინფორმაციას დაავადებათა თავიდან აცილების და/ან სწორად მართვის შესახებ, რაც პრევენციული მედიცინის კომპონენტის სისუსტეზე მიუთითებს.
- რესპონდენტთა 67.5% აღნიშნავს, რომ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, სამედიცინო მომსახურება გაუარესდა (2.6%), ან არაფერი შეცვლილა (64.9%). 32.5% კი ამბობს რომ გაუმჯობესდა.
- გამოკითხულთა 83% მიიჩნევს, რომ საჭიროა მომსახურების პაკეტში შევიდეს საჭირო მედიკამენტებიც. 82% თვლის, რომ აუცილებელია პროგრამას დაემატოს მაღალტექნოლოგიური კვლევებიც. 53%-ს მიაჩნია, რომ უნდა შემცირდეს ან საერთოდ გაუქმდეს თანაგადახდის (პაციენტის) წილი. დაახლოებით 60% თვლის, რომ აუცილებელია პროგრამას დაემატოს სტომატოლოგიური მომსახურებაც. რესპონდენტთა დაახლოებით 31%-ს მიაჩნია, რომ უნდა გაიზარდოს ექიმთა ცოდნის დონე.

დეტალურად კვლევის შესახებ:

რესპონდენტები ასაკის და სქესის მიხედვით ასე გადანაწილდნენ:

ასაკი	%
19-30	16.1
31-40	19.1
41-50	13.5
51-60	19.6
61-70	20.1
71-80	8.1
80-84	3.5

სქესი	%
მამრობითი	71.5
მდედრობითი	28.5

შეკითხვაზე, - რამდენი წევრისგან შედგება თქვენი ოჯახი, პასუხები ასე განაწილდა:

რაოდენობა	%
1	6
2	14.5
3	14.5
4	21.5
5	18.5
>5	25

შეკითხვაზე, რამდენი წევრია თქვენს ოჯახში დასაქმებული, პასუხები ასე განაწილდა:

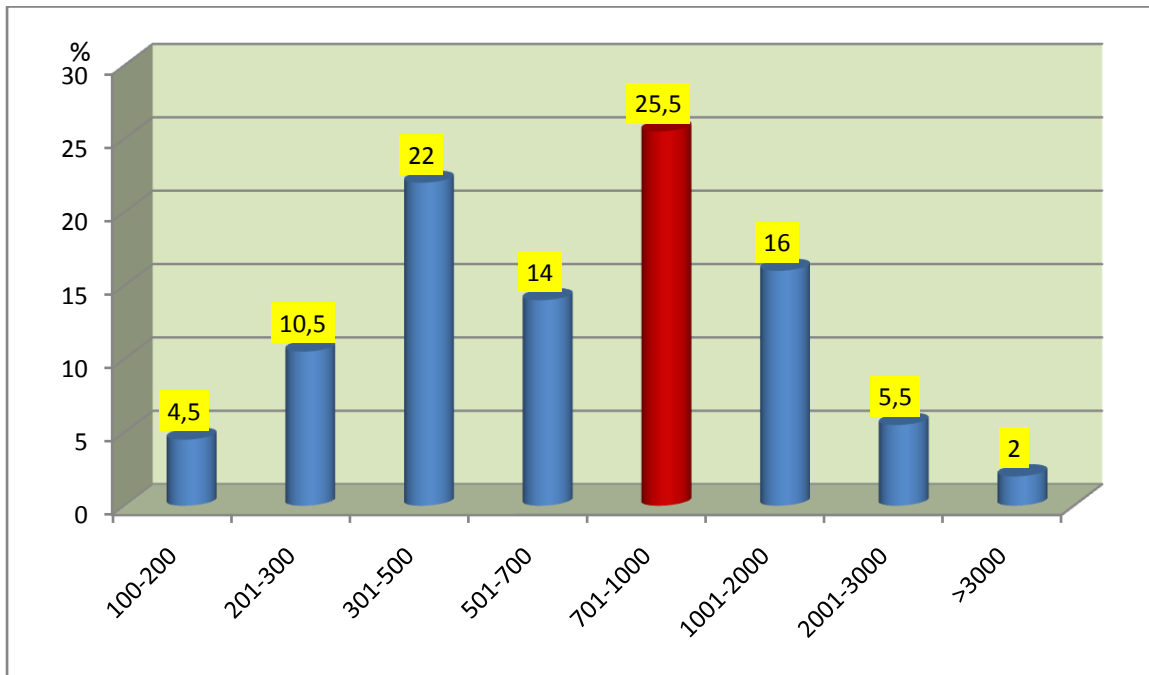
დასაქმებული	%
1. არცერთი	13.1
2. მხოლოდ ერთი წევრი	29.3
3. ორი წევრი	37.9
4. სამი წევრი	15.7
5. სამ წევრზე მეტი	4

გამოკითხული ოჯახების საშუალო (ჯამური) თვიური შემოსავალი (მთლიანად ოჯახის ყველა შესაძლო წყაროდან) შეადგენს:

შემოსავალი	%
100-200 ლ	4.5
201-300 ლ	10.5

301-500 ლ	22
501-700 ლ	14
701-1000 ლ	25.5
1001 - 2000 ლ	16
2001 -3000 ლ	5.5
>3000 ლ	2

საშუალო თვიური შემოსავალი

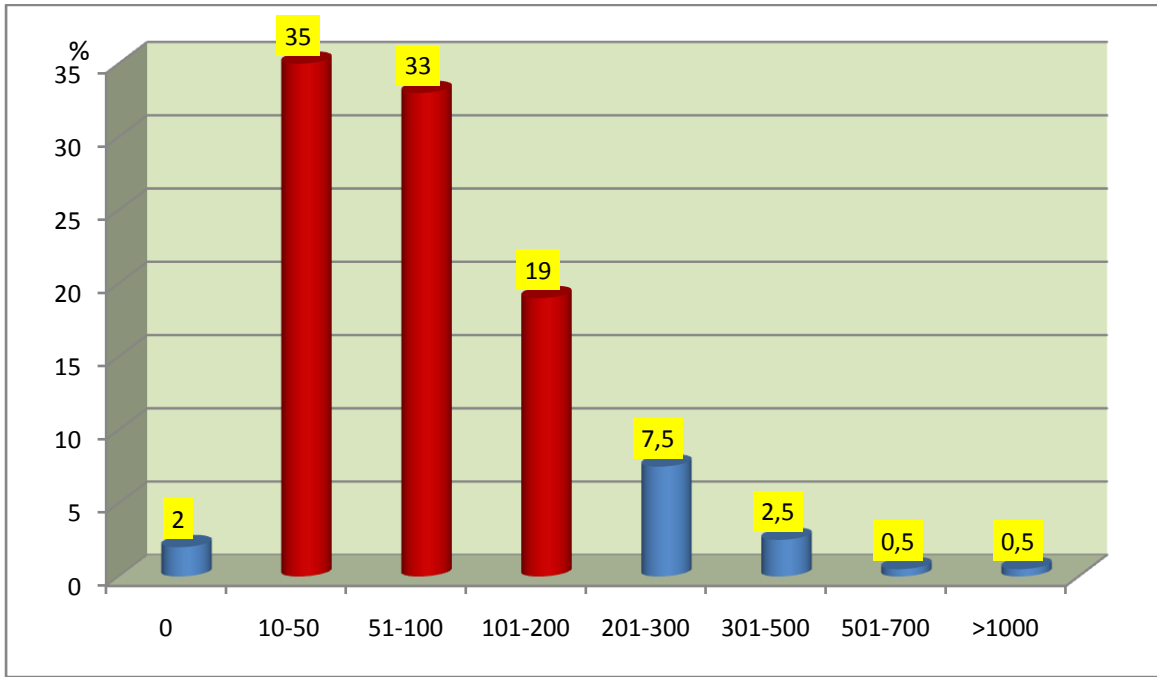


სამედიცინო მომსახურების საჭიროებისათვის, საშუალო თვიური დანახარჯი ოჯახების მიხედვით შეადგენს:

თვიური დანახარჯი	%
არაფერი მეხარჯება. საყოველთაო მიფარავს ყველა ხარჯს	2
10-50 ლ	35
51-100 ლ	33
101-200 ლ	19
201-300 ლ	7.5
301-500 ლ	2.5

501-700 ლ	0.5
>1000 ლ	0.5

სამედიცინო მომსახურებაზე საშუალო თვიური დანახარჯი



შეკითხვაზე, გაქვთ თუ არა სამედიცინო დაზღვევა ან მონაწილეობთ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, პასუხები ასე განაწილდა:

დაზღვევა	%
მაქვს კერძო დაზღვევა	1.5
ვმონაწილეობ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში	98.5
არ ვარ არც სახელმწიფო და არც კერძო დაზღვევაში რეგისტრირებული	0

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები მომსახურების პაკეტის მიხედვით, ასე გადანაწილდნენ:

პაკეტი	%
36 –ე დადგენილება (საბაზისო პაკეტი)	41.4
165 –ე დადგენილების (პენსიონერები, სტუდენტები, შშმ პირები)	29.3
218 –ე დადგენილების (სოციალურად დაუცველები, დევნილები, სახ. არტისტები, მხატვრები, რუსთაველის პრ. ლაურიატები,	16.2

პედაგოგები, რესურსცენტრის თანამშრომლები)	
ვეტერანთა მომსახურების პაკეტით	0.5
მინიმალური პაკეტით / კერძო დაზღვევიდან გადმოსულები	2.5
არ ვიცი	10.1

შეკითხვაზე, მოგაწოდათ თუ არა ვინმემ ინფორმაცია, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურების მიღება შეგიძლიათ უფასოდ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	69.7
არა	30.3

მათ ვინც მიიღო ინფორმაცია, ინფორმაციის წყაროდ დაასახელეს:

წყარო	%
გავიგე ექიმისგან/ექთნისგან	65
გავიგე საინფორმაციო საშუალებით (ტელევიზია, რადიო, და სხვ.)	19.6
მითხრა ნაცნობმა	11.9
მითხრა სოც. მუშაკმა	3.5

შეკითხვაზე, გიწევინ, თუ არა იმ მოცულობის და ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც თქვენ გესაჭიროებთ, პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	48
არა	35.2
არ ვიცი	16.8

კითხვაზე, გიწევთ თუ არა რიგში დგომა სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების მისაღებად, პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	77.8
არა	22.2

მათგან ვინც აღნიშნა რომ უწევთ რიგში დგომა:

დრო	%
10 – 30 წუთი	54.5
30 – 60 წუთი	28.8
> 60 წუთი	16.7

შეკითხვაზე, თუ ყოფილა შემთხვევა, რომ დიდი რიგის გამო უარი გითქვამთ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	27.8
არა	72.2

შეკითხვაზე, დიაგნოზის დასმის შემდეგ, რამდენად გაქვთ ფინანსური შესაძლებლობა, რომ იყიდოთ მედიკამენტები მკურნალობის სრული კურსის ჩასატარებლად, პასუხები ასე განაწილდა:

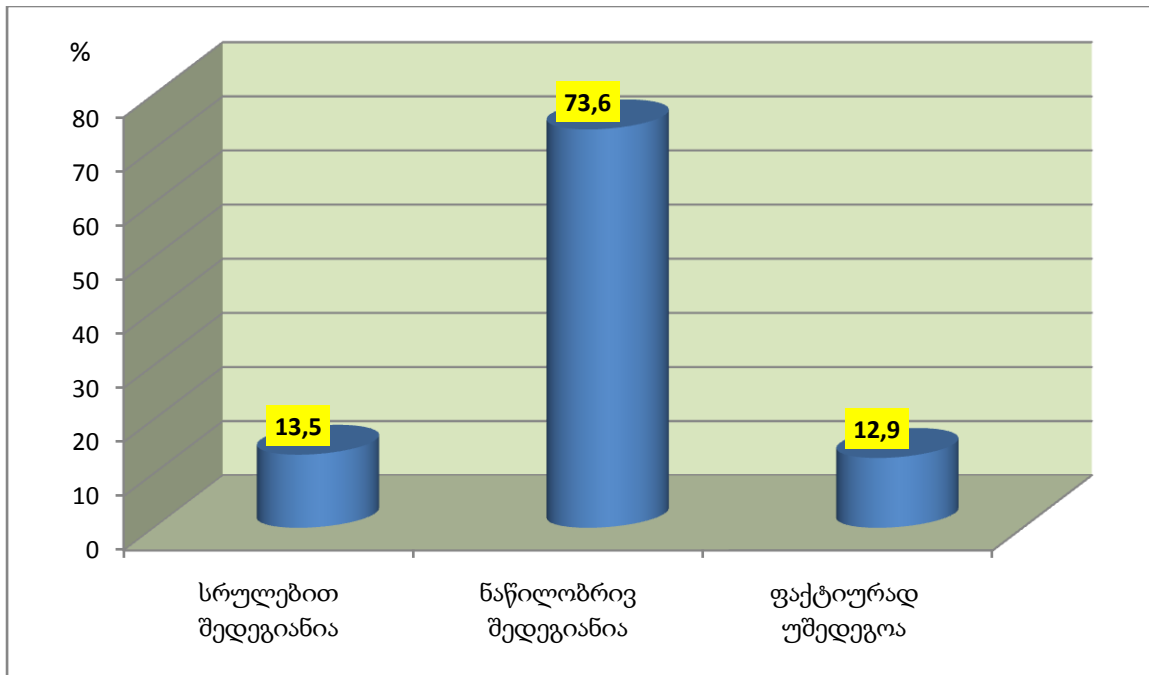
პასუხი	%
მაქვს შესაძლებლობა და ვყიდულობ	25.8
მედიკამენტების ნაწილის ხარჯს თავად პროგრამა ანაზღაურებს, დანარჩენს ვყიდულობ	5.0
ჩემთვის პროგრამა არ ანაზღაურებს მედიკამენტების ხარჯებს და დანიშნული წამლებიდან მხოლოდ ნაწილს ვყიდულობ	54
არ მაქვს შესაძლებლობა და ვერ ვყიდულობ	15.2

შეკითხვაზე, თუ ყოფილა შემთხვევა რომ ვერ ჩაიტარეთ მკურნალობა უფულობის გამო, ასეთი პასუხები იქნა მიღებული:

პასუხი	%
დიახ	50.5
არა	42.4
საერთოდ ვერ მკურნალობ უფულობის გამო	7.1

შეკითხვაზე, როგორ ფიქრობთ არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული სერვისები (მომსახურება) რამდენად შედეგიანია თქვენი ჯანმრთელობის აღდგენის თვალსაზრისით, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
სრულებით შედეგიანია	13.5
ნაწილობრივ შედეგიანია	73.6



შეკითხვაზე, როგორ ფიქრობთ, რომ გქონდეთ კერძო დაზღვევა და ამასთან სადაზღვევო პაკეტი მოიცავდეს ყველა საჭირო მომსახურებას, გადახვიდოდით თუ არა კერძო დაზღვევაზე და რამდენად გაქვთ გადახდის შესაძლებლობა, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
სასურველი იქნებოდა, მაგრამ ფინანსურად ვერ შევძლებდი	63.6
სასურველია და ალბათ შევძლებდი კიდევ გადახდას	6.6
თუ სახელმწიფო დაფარავდა მომსახურების საფასურს, შესაძლებლობის შემთხვევაშიც კი უარს ვიტყვოდი კერძო დაზღვევაზე	29.8

შეკითხვაზე, აკითხავთ ავადმყოფობის გამწვავების შემთხვევაში, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
პირად (ოჯახის) ექიმს	53
პირდაპირ ვიწრო სპეციალისტს (მაგ. კარდიოლოგი, ნევროლოგი და ა.შ.)	18.7
საერთოდ არ ვაკითხავ ექიმს და ვიძახებ სასწრაფო დახმარებას	5.1

სამედიცინო დახმარებისათვის ექიმს ვაკითხავ
 მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჩემი ჯანმრთელობის
 მდგომარეობა საკმაოდ მძიმეა 23.2

შეკითხვაზე, ხართ თუ არა კმაყოფილი თქვენი მკურნალი ექიმით (პროფესიონალიზმი, თავაზიანობა),
 პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
სრულად კმაყოფილი ვარ	59.9
ნაწილობრივ კმაყოფილი ვარ	38.6
უკმაყოფილო ვარ	1.5

რამდენად სრულად და გასაგებად გაწვდით თქვენი მკურნალი ექიმი ინფორმაციას თქვენი
 დაავადების, დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ?

პასუხი	%
სრულიად გასაგებად	61.6
ნაწილობრივ გასაგებად	36.9
ძალიან გაუგებრად	1.5

შეკითხვაზე, გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დროს, ხომ არ გქონიათ შემოთავაზება ექიმის
 მხრიდან, რომ თქვენი დიაგნოზი დარეგისტრირებული ყოფილიყო როგორც გადაუდებელი
 შემთხვევა, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	4
არა	94.4
არ მახსოვს	1.5

შეკითხვაზე, ბოლო 1 წლის განმავლობაში რამდენჯერ ყოფილხართ თქვენს ექიმთან (თქვენს
 სამედიცინო დაწესებულებაში), პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
არ ვყოფილვარ	12.6
1	19.7
2	22.2
3	22.7
>3	22.7

შეკითხვაზე, გქონიათ თუ არა შემთხვევა, როდესაც გაცილებით მეტი მოუთხოვიათ თანხა თანაგადახდისათვის, ვიდრე ეს პროგრამითაა გათვალისწინებული, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ, ხშირად	0
დიახ, იშვიათად	1.5
არასდროს	89.4
არ ვიცი	9.1

შეკითხვაზე, გიბარებთ თუ არა თქვენი ექიმი პერიოდულად სამედიცინო გასინჯვებზე, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	25
არა	75

შეკითხვაზე, ენდობით თუ არა თქვენს ექიმს, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	92.4
არა	7.6

მათ შორის ვინც არ ენდობა პირად ექიმს, უნდობლობის მიზეზად ასახელებს შემდეგს:

პასუხი	%
არ აქვს სათანადო ცოდნა და გამოცდილება	46.7
ყოველთვის არასწორად სვამს დიაგნოზს და მიწერს არასწორ დანიშნულებას	46.7
ნაკლებ დროს მითმობს დატვირთული გრაფიკის გამო	6.7

შეკითხვაზე, თუ ყოფილხართ ავად და ვერ მიგიღიათ სამედიცინო დახმარება, რესპოდენტთა პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	43
არა	57

მათგან, ვინც უპასუხა „დიახ“ მიზეზებად ასახელებს შემდეგს:

პასუხი	%
ტრანსპორტის არ ქონა	3.8
არ მქონდა დრო ექიმთან ვიზიტისთვის	13.8
დაავადება არ იყო ისეთი სიმძიმის რომ ექიმთან მივსულიყავი	30
არ მქონდა საკმარისი თანხა და ვერ მივედი ექიმთან	41.3
ექიმმა მითხრა უარი დახმარებაზე	0
არ ვიცოდი სად წავსულიყავი	1.3
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ ითვალისწინებდა ჩემი დაავადების მკურნალობას	7.5
გამაგზავნეს სხვა ექიმთან, რომელიც ძალიან შორსაა და ვერ წავედი	2.5
არ ვიყავი ექიმთან წინასწარ ჩაწერილი და არ მიმიღო	0

შეკითხვაზე, თუ სამედიცინო გამოკვლევის (დიაგნოსტიკის) და ქირურგიული ოპერაციის შემთხვევაში, რამდენად გაქვთ თანაგადახდით განსაზღვრული თანხის დაფარვის შესაძლებლობა და, თუ არ შეგიძლიათ, რამდენად ზარალდება თქვენი ჯანმრთელობა ასეთ შემთხვევაში, რესპონდენტთა პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
ძალიან მიჭირს თანაგადახდა	49.7
ფაქტიურად არ შემიძლია გადახდა და უარს ვამბობ ხოლმე ასეთ მომსახურებაზე, რაც ძალიან ამძიმებს ჩემს ჯანმრთელობის მდგომარეობას	15.2
არ არის იმდენად დიდი თანხა რომ ვერ გადავიხადო	35

შეკითხვაზე, რამდენად ხელმისაწვდომია სამედიცინო დაწესებულებით სარგებლობა თქვენთვის (იგულისხმება დაწესებულების სიშორე), თქვენი საცხოვრებელი ადგილიდან, რესპონდენტთა პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
ძალიან შორსაა და მიჭირს მისვლა, ამიტომ ხშირად ვერ დავდივარ	13.7
საკმაოდ ახლოსაა და მისვლა პრობლემას არ წარმოადგენს	86.3

შეკითხვაზე, თუ უმეტესად რომელი სახის სამედიცინო მომსახურების მიღება გიწევთ. მაგალითისათვის, ბოლო ერთი წლის განმავლობაში რომელი მომსახურება მიიღეთ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება	65.5
გადაუდებელი ამბულატორიული დახმარება	17.7
გეგმიური სტაციონარული დახმარება	7.2
გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება	9.6

შეკითხვაზე, მოხდა თუ არა თქვენი და თქვენი ოჯახის ყველა წევრის დარეგისტრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
არც ერთი არ ვართ დარეგისტრირებული	0.5
მხოლოდ მე ვარ დარეგისტრირებული	4
სრულად ვართ დარეგისტრირებული	52.8
ოჯახის წევრთა მხოლოდ ნაწილია დარეგისტრირებული	29.5
არ ვიცი	13.2

შეკითხვაზე, როგორ ფიქრობთ, რამდენად აუცილებელი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება, , ხომ არ ჯობდა ამ პროგრამის ფარგლებში გახარჯული თანხები გადანაწილებულიყო საარსებო შემწეობის მიმღებ ოჯახებზე, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
აუცილებელი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება ისეთი სახით როგორც დღესაა	63.1
უმჯობესი იქნებოდა მხოლოდ დაბალი შემოსავლების მქონე მოსახლეობა მოცულიყო ამ პროგრამით	13.8
მიჭირს პასუხის გაცემა	23.1

შეკითხვაზე, გაწვდით, თუ არა ინფორმაციას პირადი ექიმი დაავადებათა თავიდან აცილების და/ან სწორად მართვის შესახებ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	50.8

არა

49.2

შეკითხვაზე, თუ რამდენად გაუმჯობესდა თქვენი სამედიცინო მომსახურება ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
გაუარესდა	2.6
არაფერი შეცვლილა	64.9
გაუმჯობესდა	32.5

შეკითხვაზე, თუ რას თვლით, პირველ რიგში, საჭიროდ რომ გაკეთდეს სამედიცინო მომსახურების ჯანმრთელობითი ეფექტის გასაუმჯობესებლად, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
შევიდეს საჭირო მედიკამენტები მომსახურების პაკეტში	83.1
გაიზარდოს ექიმთა ცოდნის დონე	31.4
დაემატოს სტომატოლოგიური მომსახურება	60.5
შემცირდეს ან საერთოდ გაუქმდეს თანაგადახდის პაციენტის (ბენეფიციარის) წილი	53
პროგრამას დაემატოს მაღალტექნოლოგიური კვლევები	82.7

გორი

(სულ გამოკითხა 208 რესპონდენტი)

კვლევით გამოვლენილი ძირითადი პრობლემები:

- გამოკითხულ რესპონდენტთა 74.5%-ის ოჯახში. ან საერთოდ არცერთი წევრი არაა დასაქმებული (38%), ან ოჯახიდან მხოლოდ 1 წევრი (36.5%) მუშაობს, მაშინ როდესაც 2 და მეტ წევრიან ოჯახთა რაოდენობა გამოკითხულთა 89% -ს შეადგენს.
- გამოკითხული მოსახლეობის 70%-ს აქვს 500 ლარზე ნაკლები შემოსავალი თვეში, მაშინ როცა რესპონდენტთა დაახლოებით 70% აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურებაზე, საშუალოდ, თვეში 50 და მეტი ლარი ეხარჯება.
- მოსახლეობის დაახლოებით 40%-ს ჯერ კიდევ არა აქვს ინფორმაცია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის და დაფინანსების შესახებ.
- რესპონდენტთა დაახლოებით 22% აღნიშნავს, რომ არ უწყვენ იმ მოცულობის და ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც მათ ესაჭიროება.
- რესპონდენტთა 57.6 % აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად რიგში დგომა უწევთ ნახევარი საათი და მეტი დროით (30-60წთ-36.1%; >60წთ-21.5%), ხოლო, დარჩენილი 37.3% ამბობს, რომ დიდი ხნით რიგში დგომის გამო, უარი უთქვამს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე.
- გამოკითხულთა დაახლოებით 82%, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტებს, ან საერთოდ ვერ ყიდულობს (51%), ან მხოლოდ ნაწილის ყიდვას ახერხებს (31%) . ეს კი თავისთავად ნიშნავს იმას, რომ 100 დან 82 პაციენტის შემთხვევაში, მკურნალობას სასურველი შედეგი ვერ მოყვება (მიუხედავად სწორი დიაგნოზისა).
- რესპონდენტთა დაახლოებით 82% აღნიშნავს, რომ ყოფილა შემთხვევა, როცა ვერ ჩაიტარა მკურნალობა უფულობის გამო.
- გამოკითხულთა 73.6% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული სერვისები მათი ჯანმრთელობის აღდგენის თვალსაზრისით, ან სრულიად უშედეგოა, ან მხოლოდ ნაწილობრივ აქვს შედეგობრივი ეფექტი.
- გამოკითხულთა მხოლოდ 3.1%-ს აქვს იმის ფინანსური შესაძლებლობა და სურვილი, რომ გადავიდეს კერძო დაზღვევაზე, ხოლო 96.9% იძულებულია დარჩეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში (თავისი შემოსავლების გათვალისწინებით).
- რესპონდენტთა 35.4% გამოხატავს ნაწილობრივ (31.8%), ან სრულ (3.6%) უკმაყოფილებას პირადი ექიმის მიმართ.
- რესპონდენტთა 33% აღნიშნავს, რომ მათი მკურნალი ექიმი ინფორმაციას დაავადების, დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ აწვდის ნაწილობრივ ან ძალიან გაუგებრად.
- რესპონდენტთა 2.7% აღნიშნავს, რომ გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დროს ჰქონდათ შემოთავაზება ექიმის მხრიდან, მათი დიაგნოზი დარეგისტრირებული ყოფილიყო, როგორც გადაუდებელი შემთხვევა.
- რესპონდენტთა 3.2% აღნიშნავს, რომ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც გაცილებით მეტი თანხა მოუთხოვიათ თანაგადახდისათვის, ვიდრე ეს პროგრამითაა გათვალისწინებული. ხოლო 7.3% აღნიშნავს, რომ უბრალოდ არ იცის რამდენის გადახდა ეკუთვნოდა.

- რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (55.4%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც იმაზე მიუთითებს რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით.
- რესპონდენტთა 68% აღნიშნავს, რომ ყოფილა ავად და ვერ მიუღია სამედიცინო დახმარება, მათ შორის 72.1% მიზეზად ასახელებს საკმარისი თანხის უქონლობას, რაც ძალზე უარყოფითად ახასიათებს პროგრამული მომსახურებით მოსახლეობის მოცვის მხარეს.
- რესპონდენტთა 78.5% უარს ამბობს, ან აღნიშნავს, რომ ძალიან უჭირს თანაგადახდით განსაზღვრული მოცულობის თანხის გადახდა.
- გამოკითხულთა დაახლოებით 22% აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულება იმდენად შორსაა, რომ ძალიან უჭირს მისვლა.
- გამოკითხულ რესპონდენტთა 16.5% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ოჯახის წევრთა მხოლოდ ნაწილია დარეგისტრირებული. 3.1% აღნიშნავს, რომ არ იცის, ხოლო 0.5% აღნიშნავს რომ ოჯახის არცერთი წევრი არაა დარეგისტრირებული.
- გამოკითხულთა 14.6 % მიიჩნევს, რომ ჯობდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გახარჯული თანხები გადანაწილებულიყო საარსებო შემწეობის მიმღებ ოჯახებზე, ხოლო 78.1% აღნიშნავს, რომ აუცილებელი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება ისეთი სახით, როგორც დღესაა.
- რესპონდენტთა 36% აღნიშნავს, რომ პირადი ექიმი საერთოდ არ ესაუბრება დაავადებათა თავიდან აცილების და/ან სწორად მართვის შესახებ, რაც, ასევე, პრევენციული მედიცინის კომპონენტის სისუსტეზე მიუთითებს.
- რესპონდენტთა 77.6% აღნიშნავს, რომ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურება გაუარესდა (9.9%), ან არაფერი შეცვლილა (67.7%). გამოკითხულთა მხოლოდ 22.4% საუბრობს სერვისის გაუმჯობესებაზე.
- რესპონდენტთა 92% მიიჩნევს, რომ საჭიროა მომსახურების პაკეტი ითვალისწინებდეს ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების ანაზღაურებას. 50% თვლის, რომ აუცილებელია პროგრამას დაემატოს მაღალტექნოლოგიური კვლევებიც. 52%-ს მიაჩნია, რომ უნდა შემცირდეს ან საერთოდ გაუქმდეს თანაგადახდის (პაციენტის) წილი. დაახლოებით 45% თვლის, რომ აუცილებელია პროგრამას დაემატოს სტომატოლოგიური მომსახურებაც.

დეტალურად კვლევის შესახებ:

რესპონდენტები ასაკის და სქესის მიხედვით ასე გადანაწილდნენ:

ასაკი	%
20-30	19.2
31-40	14
41-50	20.6
51-60	16.4
61-70	21.6
71-80	7.3
80-86	0.9

სქესი	%
მამრობითი	21.6
მდედრობითი	78.4

შეკითხვაზე, რამდენი წევრისგან შედგება თქვენი ოჯახი, პასუხები ასე განაწილდა:

რაოდენობა	%
1	11.1
2	18.3
3	15.4
4	22.1
5	18.8
>5	14.4

შეკითხვაზე, რამდენი წევრია თქვენს ოჯახში დასაქმებული, პასუხები ასე განაწილდა:

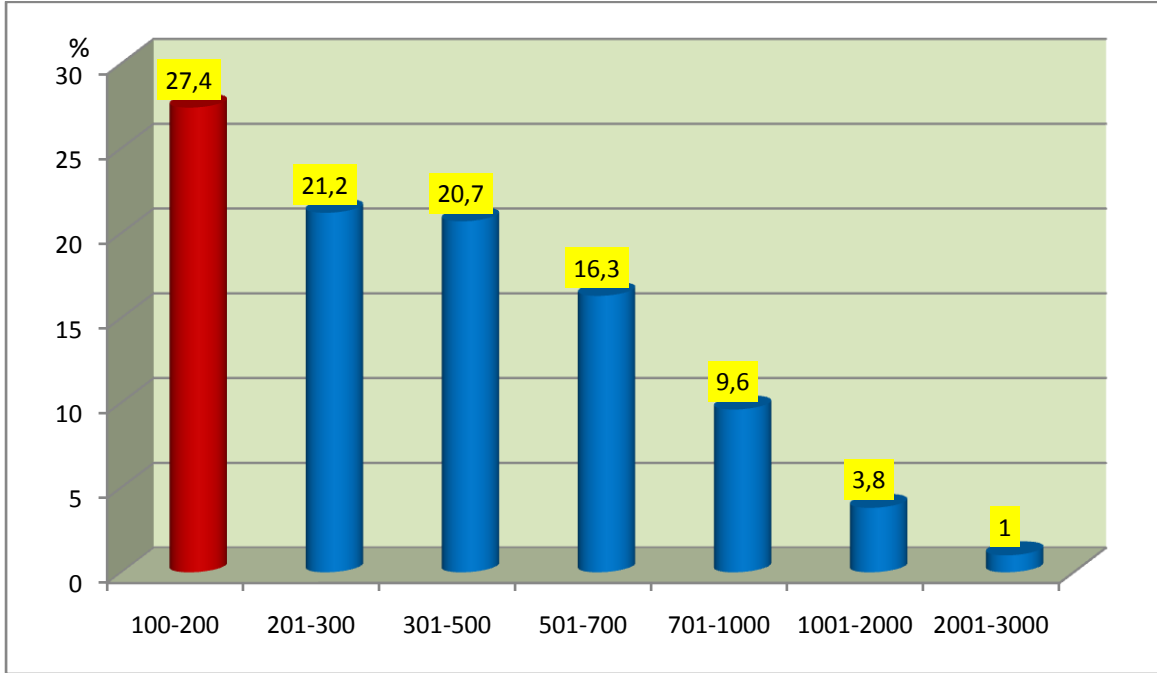
დასაქმებული	%
1. არცერთი	38
2. მხოლოდ ერთი წევრი	36.5
3. ორი წევრი	16.3
4. სამი წევრი	6.3
5. სამ წევრზე მეტი	2.9

გამოკითხული ოჯახების საშუალო (ჯამური) თვიური შემოსავალი (მთლიანად ოჯახის ყველა შესაძლო წყაროდან) შეადგენს:

შემოსავალი	%
100-200 ლ	27.4
201-300 ლ	21.2

301-500 ლ	20.7
501-700 ლ	16.3
701-1000 ლ	9.6
1001 - 2000 ლ	3.8
2001 -3000 ლ	1.0

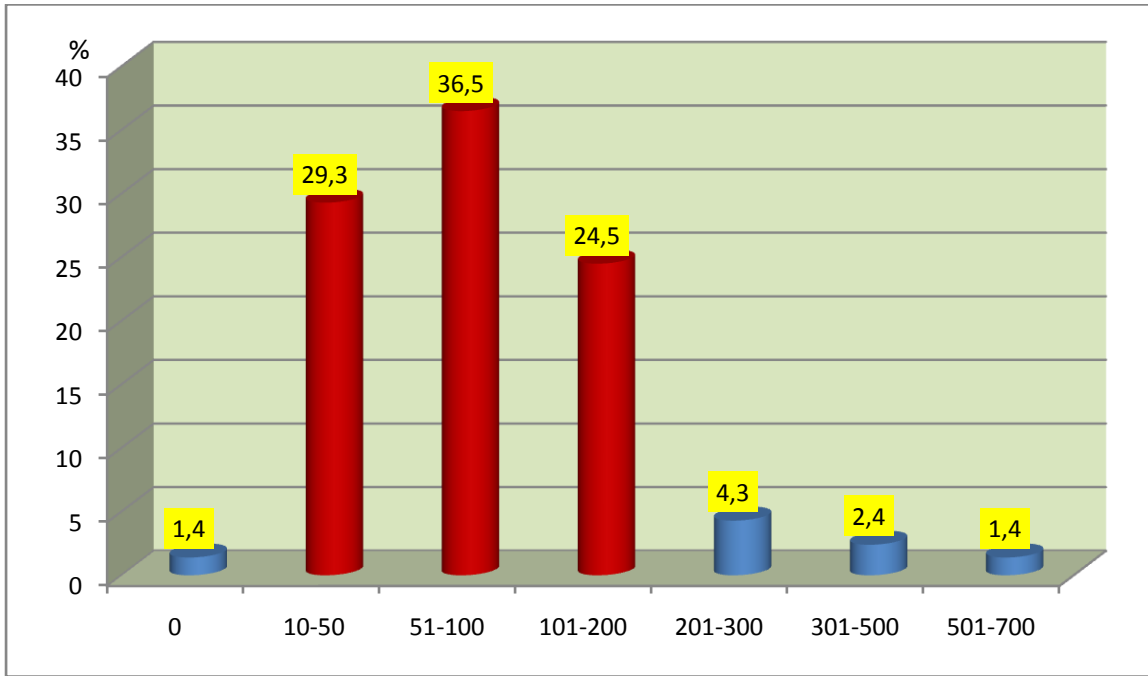
საშუალო თვიური შემოსავალი



სამედიცინო მომსახურების საჭიროებისათვის საშუალო თვიური დანახარჯი ოჯახების მიხედვით შეადგენს:

	%
თვიური დანახარჯი	
არაფერი მეხარჯება. საყოველთაო მიფარავს ყველა ხარჯს	1.4
10-50 ლ	29.3
51-100 ლ	36.5
101-200 ლ	24.5
201-300 ლ	4.3
301-500 ლ	2.4
501-700 ლ	1.4

სამედიცინო მომსახურებაზე საშუალო თვიური დანახარჯი



შეკითხვაზე, გაქვთ თუ არა სამედიცინო დაზღვევა, ან მონაწილეობთ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, პასუხები ასე გადანაწილდა:

დაზღვევა	%
მაქვს კერძო დაზღვევა	7.3
ვმონაწილეობ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში	91.3
არ ვარ არც სახელმწიფო და არც კერძო დაზღვევაში რეგისტრირებული	1.5

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები მომსახურების პაკეტის მიხედვით ასე გადანაწილდნენ:

პაკეტი	%
36 – ე დადგენილება (საბაზისო პაკეტი)	26.6
165 – ე დადგენილების (პენსიონერები, სტუდენტები, შშმ პირები)	34.9
218 – ე დადგენილების (სოციალურად დაუცველები, დევნილები, სახ. არტისტები, მხატვრები, რუსთაველის პრ. ლაურიატები, პედაგოგები, რესურსცენტრის თანამშრომლები)	34.9

ვეტერანთა მომსახურების პაკეტით	0.0
მინიმალური პაკეტით / კერძო დაზღვევიდან გადმოსულები	0.5
არ ვიცი	3.1

შეკითხვაზე, მოგაწოდათ თუ არა ვინმემ ინფორმაცია, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურების მიღება შეგიძლიათ უფასოდ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	61.1
არა	38.9

მათ ვინც მიიღო ინფორმაცია, ინფორმაციის წყაროდ დაასახელეს:

წყარო	%
გავიგე ექიმისგან/ექთნისგან	40
გავიგე საინფორმაციო საშუალებით (ტელევიზია, რადიო, და სხვ.)	37
მითხრა ნაცნობმა	11
მითხრა სოც. მუშაკმა	12

შეკითხვაზე, გიწვევენ თუ არა იმ მოცულობის და ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც თქვენ გესაჭიროებათ, პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	79.3
არა	13.0
არ ვიცი	7.8

კითხვაზე, გიწვევთ თუ არა რიგში დგომა სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების მისაღებად, პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	81.4
არა	18.6

მათგან ვინც აღნიშნა რომ უწევთ რიგში დგომა:

წყარო	%
-------	---

10 – 30 წუთი	42.4
30 – 60 წუთი	36.1
> 60 წუთი	21.5

შეკითხვაზე, ყოფილა შემთხვევა, როდესაც დიდი რიგის გამო უარი გითქვამთ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	37.3
არა	62.7

შეკითხვაზე, დიაგნოზის დასმის შემდეგ, რამდენად გაქვთ ფინანსური შესაძლებლობა რომ იყიდოთ მედიკამენტები მკურნალობის სრული კურსის ჩასატარებლად, პასუხები ასე განაწილდა:

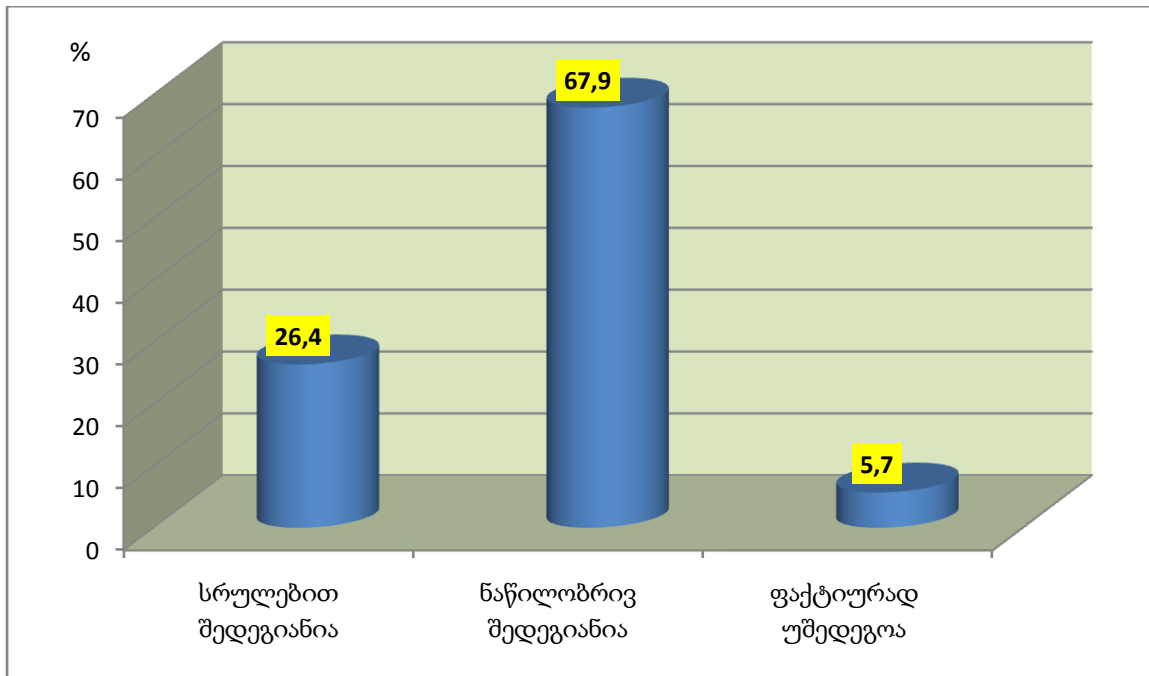
პასუხი	%
მაქვს შესაძლებლობა და ვყიდულობ	15
მედიკამენტების ნაწილის ხარჯს თავად პროგრამა ანაზღაურებს, დანარჩენს ვყიდულობ	3.6
ჩემთვის პროგრამა არ ანაზღაურებს მედიკამენტების ხარჯებს და დანიშნული წამლებიდან მხოლოდ ნაწილს ვყიდულობ	51
არ მაქვს შესაძლებლობა და ვერ ვყიდულობ	30.4

შეკითხვაზე, თუ ყოფილა შემთხვევა, რომ ვერ ჩაიტარეთ მკურნალობა უფულობის გამო, ასეთი პასუხები იქნა მიღებული:

პასუხი	%
დიახ	79.3
არა	18.1
საერთოდ ვერ მკურნალობ უფულობის გამო	2.6

შეკითხვაზე, როგორ ფიქრობთ, თქვენი ჯანმრთელობის აღდგენის თვალსაზრისით რამდენად შედეგიანია არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული სერვისები (მომსახურება), პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
სრულებით შედეგიანია	26.4
ნაწილობრივ შედეგიანია	67.9
ფაქტიურად უშედეგოა	5.7



შეკითხვაზე, როგორ ფიქრობთ, რომ გქონდეთ კერძო დაზღვევა და, თან სადაზღვევო პაკეტი მოიცავდეს ყველა საჭირო მომსახურებას, გადახვიდოდით კერძო დაზღვევაზე და რამდენად გაქვთ გადახდის შესაძლებლობა, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
სასურველი იქნებოდა, მაგრამ ფინანსურად ვერ შევძლებდი	40.4
სასურველია და ალბათ შევძლებდი კიდევ გადახდას	3.1
თუ სახელმწიფო დაფარავდა მომსახურების საფასურს, შესაძლებლობის შემთხვევაშიც კი უარს ვიტყვოდი კერძო დაზღვევაზე	56.5

შეკითხვაზე, ავადმყოფობის გამწვავების შემთხვევაში, ვის აკითხავთ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
პირად (ოჯახის) ექიმს	66.3
პირდაპირ ვიწრო სპეციალისტს (მაგ. კარდიოლოგი, ნევროლოგი და ა.შ.)	14.5
საერთოდ არ ვაკითხავ ექიმს და ვიძახებ სასწრაფო დახმარებას	11.4
სამედიცინო დახმარებისათვის ექიმს ვაკითხავ	7.8

მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა საკმაოდ მძიმეა

შეკითხვაზე, ხართ, თუ არა კმაყოფილი თქვენი მკურნალი ექიმით (პროფესიონალიზმი, თავაზიანობა), პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
სრულად კმაყოფილი ვარ	64.6
ნაწილობრივ კმაყოფილი ვარ	31.8
უკმაყოფილო ვარ	3.6

რამდენად სრულად და გასაგებად გაწვდით თქვენი მკურნალი ექიმი ინფორმაციას თქვენი დაავადების, დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ?

პასუხი	%
სრულიად გასაგებად	67
ნაწილობრივ გასაგებად	30.4
ძალიან გაუგებრად	2.6

შეკითხვაზე, გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დროს, ხომ არ გქონიათ შემოთავაზება ექიმის მხრიდან, რომ თქვენი დიაგნოზი დარეგისტრირებული ყოფილიყო, როგორც გადაუდებელი შემთხვევა, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	2.7
არა	93.6
არ მახსოვს	3.7

შეკითხვაზე, ბოლო 1 წლის განმავლობაში რამდენჯერ ყოფილხართ თქვენს ექიმთან (თქვენს სამედიცინო დაწესებულებაში), პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
არ ვყოფილვარ	11.4
1	21.2
2	26.4
3	14.5
>3	26.4

შეკითხვაზე, გქონიათ, თუ არა შემთხვევა, როდესაც გაცილებით მეტი თანხა მოუთხოვიათ თანაგადახდისათვის, ვიდრე ეს პროგრამითაა გათვალისწინებული, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ, ხშირად	1
დიახ, იშვიათად	3.1
არასდროს	88.5
არ ვიცი	7.3

შეკითხვაზე, გიბარებთ, თუ არა თქვენი ექიმი პერიოდულად სამედიცინო გასინჯვებზე, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	44.6
არა	55.4

შეკითხვაზე, ენდობით, თუ არა თქვენს ექიმს, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	94.7
არა	5.3

მათ შორის, ვინც არ ენდობა პირად ექიმს, უნდობლობის მიზეზად ასახელებს შემდეგს:

პასუხი	%
არ აქვს სათანადო ცოდნა და გამოცდილება	58.3
ყოველთვის არასწორად სვამს დიაგნოზს და მიწერს	16.7
არასწორ დანიშნულებას	
ნაკლებ დროს მითმობს დატვირთული გრაფიკის გამო	25

შეკითხვაზე, თუ ყოფილხართ ავად და ვერ მიგიღიათ სამედიცინო დახმარება, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	68
არა	32

მათგან, ვინც უპასუხა „დიახ“, მიზეზებად ასახელებს შემდეგს:

პასუხი	%
ტრანსპორტის არ ქონა	2.3
არ მქონდა დრო ექიმთან ვიზიტისთვის	3.1
დაავადება არ იყო ისეთი სიმძიმის რომ ექიმთან მივსულიყავი	20.2
არ მქონდა საკმარისი თანხა და ვერ მივედი ექიმთან	72.1
ექიმმა მითხრა უარი დახმარებაზე	0.8
არ ვიცოდი სად წავსულიყავი	
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ ითვალისწინებდა ჩემი დაავადების მკურნალობას	1.6
გამავზავნეს სხვა ექიმთან, რომელიც ძალიან შორსაა და ვერ წავედი	0
არ ვიყავი ექიმთან წინასწარ ჩაწერილი და არ მიმიღო	0

შეკითხვაზე, სამედიცინო გამოკვლევის (დიაგნოსტიკის) და ქირურგიული ოპერაციის შემთხვევაში, რამდენად გაქვთ თანაგადახდით განსაზღვრული თანხის დაფარვის შესაძლებლობა. და, თუ არ შეგიძლიათ, რამდენად ზარალდება თქვენი ჯანმრთელობა ასეთ შემთხვევაში, რესპონდენტთა პასუხები ასე გადანაწილდა:

პასუხი	%
ძალიან მიჭირს თანაგადახდა	74.8
ფაქტიურად არ შემიძლია გადახდა და უარს ვამბობ ხოლმე ასეთ მომსახურებაზე, რაც ძალიან ამძიმებს ჩემს ჯანმრთელობის მდგომარეობას	3.7
არ არის იმდენად დიდი თანხა რომ ვერ გადავიხადო	21.5

შეკითხვაზე, რამდენად ხელმისაწვდომია სამედიცინო დაწესებულებით სარგებლობა თქვენთვის (იგულისხმება დაწესებულების სიმორე), თქვენი საცხოვრებელი ადგილიდან, რესპონდენტთა პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
ძალიან შორსაა და მიჭირს მისვლა, ამიტომ ხშირად ვერ დავდივარ	21.8
საკმაოდ ახლოსაა და მისვლა პრობლემას არ წარმოადგენს	78.2

შეკითხვაზე, უმეტესად რომელი სახის სამედიცინო მომსახურების მიღება გიწევთ. მაგალითისათვის ბოლო ერთი წლის განმავლობაში რომელი მომსახურება მიიღეთ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება	73.2
გადაუდებელი ამბულატორიული დახმარება	15.3
გეგმიური სტაციონარული დახმარება	6.4
გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება	5.3

შეკითხვაზე, მოხდა თუ არა თქვენი და თქვენი ოჯახის ყველა წევრის დარეგისტრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
არცერთი არ ვართ დარეგისტრირებული	0.5
მხოლოდ მე ვარ დარეგისტრირებული	4.7
სრულად ვართ დარეგისტრირებული	79.9
ოჯახის წევრთა მხოლოდ ნაწილია დარეგისტრირებული	11.8
არ ვიცი	3.1

შეკითხვაზე, თუ როგორ ფიქრობთ, რამდენად აუცილებელი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება, და ხომ არ ჯობდა ამ პროგრამის ფარგლებში გახარჯული თანხები გადანაწილებულიყო საარსებო შემწეობის მიმღებ ოჯახებზე, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
აუცილებელი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება ისეთი სახით როგორც დღესაა	78.1
უმჯობესი იქნებოდა მხოლოდ დაბალი შემოსავლების მქონე მოსახლეობა მოცულიყო ამ პროგრამით	14.6
მიჭირს პასუხის გაცემა	7.3

შეკითხვაზე, გესაუბრებათ, თუ არა პირადი ექიმი დაავადებათა თავიდან აცილების და/ან სწორად მართვის შესახებ, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
დიახ	64

შეკითხვაზე, რამდენად გაუმჯობესდა თქვენი სამედიცინო მომსახურება ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
გაუარესდა	9.9
არაფერი შეცვლილა	67.7
გაუმჯობესდა	22.4

შეკითხვაზე, რას თვლით პირველ რიგში საჭიროდ რომ გაკეთდეს სამედიცინო მომსახურების ჯანმრთელობითი ეფექტის გასაუმჯობესებლად, პასუხები ასე განაწილდა:

პასუხი	%
შევიდეს საჭირო მედიკამენტები მომსახურების პაკეტში	91.9
გაიზარდოს ექიმთა ცოდნის დონე	15.4
დაემატოს სტომატოლოგიური მომსახურება	45.4
შემცირდეს ან საერთოდ გაუქმდეს თანაგადახდის პაციენტის (ბენეფიციარის) წილი	51.7
პროგრამას დაემატოს მაღალტექნოლოგიური კვლევები	49.8

თვისობრივი კვლევის შედეგები

როგორც მეთოდოლოგიის ნაწილში იყო აღნიშნული **თვისობრივი კვლევისათვის** შეირჩა ჩადმავებული ინტერვიუს კვლევის მეთოდი. საქართველოს 7 ქალაქში გამოიკითხა სამედიცინო დაწესებულებების 31 მენეჯერი და ექიმი. აღნიშნული კვლევის ძირითადი მიგნებები შემდეგია:

- გამოკითხულთა დიდი უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ სახელმწიფო თანხების უფრო ეფექტური ხარჯვის თვალსაზრისით საჭიროა, როგორც ბენეფიციართა, ასევე გეგმიურ მომსახურებაზე 70%-იანი თანაგადახდის დიფერენცირება:
 1. გამოკითხულთა აზრით, თითოეული ბენეფიციარის შემოსავლის გათვალისწინებით უნდა მოხდეს პროგრამაში სერვისებზე თანაგადახდის პროცენტული წილის დიფერენცირება. კერძოდ, მაღალი თვიური (წლიური) შემოსავლის მქონე პირებს უნდა გაეზარდოთ თანაგადახდის მოცულობა, ან საერთოდ შეეზღუდოთ გარკვეული სერვისებით სარგებლობის უფლება. ასეთი მიდგომა, მაღალი შემოსავლის მქონე პირებს აიძულებს შეიძინონ კერძო სადაზღვევო პაკეტი, რაც დადებითად აისახება აღნიშნული სექტორის განვითარებაზე. ამასთან, გამოთავისუფლებული თანხებით, სახელმწიფო მოწყვლადი ჯგუფებისათვის შეძლებს სამედიცინო სერვისების დაფინანსების წილის ზრდას, ან სერვისების გაფართოვებას (მაგალითად, მედიკამენტების დაფინანსების კომპონენტის გაძლიერება).
 2. ასევე, მიზანშეწონილია დიფერენცირება მოხდეს ნოზოლოგიების მიხედვით. კერძოდ, შემცირდეს თანაგადახდის წილი ისეთ დაავადებებსა და მდგომარეობებზე, რომელთა დაგვიანებული მკურნალობა ბენეფიციარის ჯანმრთელობის სტატუსის მნიშვნელოვან დამძიმებას და შესაბამისად, მეტ ფინანსურ დანახარჯებს გამოიწვევს. ხოლო, ისეთ ნოზოლოგიებზე, რომელთა დროსაც ჯანმრთელობის სწრაფი გაურესების რისკი ნაკლებია, ბენეფიციარის მხრიდან თანაგადახდის წილი შესაძლოა გაიზარდოს კიდევ.
- პროვაიდერების აზრით, პროგრამის ხარჯვით ნაწილში უნდა მოხდეს საარსებო შემწეობის მიმღები ოჯახების მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის საკითხის გადახედვა, ვინაიდან ამ კატეგორიის მოსახლეობის საკმაოდ დიდი ნაწილი ვერ ყიდულობს მედიკამენტებს. ასეთ შემთხვევებში, ექიმთან კონსულტაციასა და დიაგნოსტიკაში ჩადებული თანხები ფაქტიურად არაეფექტურია, ვინაიდან არ ხდება დაავადების განკურნება. ამ მოსაზრებას ადასტურებს ბენეფიციართა გამოკითხვის შედეგებიც. გამოკითხულ რესპონდენტთა დაახლოებით 82% (გორი) და 74% (ბათუმი) ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს საერთოდ ვერ ყიდულობს, ან მხოლოდ მისი ნაწილის ყიდვას ახერხებს. ეს კი თავისთავად ნიშნავს იმას, რომ 100 დან 82 (გორი) და 74 (ბათუმი) პაციენტის შემთხვევაში მკურნალობას სასურველი შედეგი ვერ მოყვება (მიუხედავად იმისა დიაგნოზი სწორია თუ არა). მართალია, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ბენეფიციარების ყველაზე მოწყვლად ჯგუფს (მაგ. პენსიონერებს, საარსებო შემწეობის მიმღებ ოჯახებს) გარკვეულ მედიკამენტზე დანახარჯებს მინიმალურად უნაზღაურებს, მაგრამ პროგრამის მოსარგებლეთა კვლევამ აჩვენა, რომ ისინი ფაქტიურად არ სარგებლობენ აღნიშნული შეღავათით. საკითხში გასარვევად მივმართეთ შჯსდ სამინისტროს

და მოვითხოვეთ ინფორმაცია, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების დღიდან სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტებზე გაცემული ხარჯის ოდენობის შესახებ, თუმცა ამ შეკითხვაზე პასუხი ვერ მივიღეთ. ამავე დროს, პროვაიდერების განცხადებით, ხშირად პაციენტები სტაციონარში დაწოლას მხოლოდ იმიტომ ითხოვენ, რომ მედიკამენტის ყიდვის საშუალება არ აქვთ. ბენეფიციარების მსგავსი ქცევა (რაც ხშირ შემთხვევებში თანხვედრაში მოდის პროვაიდერების ინტერესებთან) განაპირობებს სახელმწიფო სახსრების არაეფექტურ ხარჯვას. პრობლემის აღმოსაფხვრისათვის საკითხი მოითხოვს დამატებით შესწავლას, საჭიროა გაირკვეს რამდენად მოთხოვნადი და საჭირო მედიკამენტების ანაზღაურება ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში

- უნდა მოხდეს ამბულატორიულ მომსახურებაზე სამედიცინო დაწესებულებების კაპიტაციური წესით ანაზღაურების საკითხის გადახედვა. ეს განსაკუთრებით შეეხება მცირე ამბულატორიებს/პოლიკლინიკებს, სადაც რეგისტრირებული ბენეფიციარების რიცხვი იმდენად მცირეა, რომ კაპიტაციის პრინციპით მიღებული თანხები (ანაზღაურება) მიზერულია და მოტივაცია ხარისხიან მომსახურებაზე ფაქტიურად არ არსებობს. საჭიროა მოიძებნოს ანაზღაურების სხვა დამატებითი მექანიზმი, რათა ხელი შეეწყოს პირველადი ჯანდაცვის (პრევენციული მედიცინის) შემდგომ განვითარებას. სხვა შემთხვევაში ბაზარზე დარჩება მხოლოდ მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებები და პირველად ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა მნიშვნელოვნად გამწვავდება.
- ხელმისაწვდომობის პრობლემას ასევე უკავშირდება სამედიცინო სერვისების მისაღებად რიგში ხანგრძლივი ლოდინი. ზოგადად, ყველა გამოკითხული ადასტურებს, რომ ბენეფიციართა რიცხვმა მნიშვნელოვნად მოიმატა პროგრამის დაწყების შემდეგ. ამ ფაქტორზე ასევე იმოქმდა 2014 წელს რეცეპტების სავალდებულო სისტემის შემოღებამ, რამაც პაციენტების ექიმთან ამბულატორიული მიმართვიანობა კიდევ უფრო გაზარდა. კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, რომ შეინიშნება ბენეფიციართა გრძელი რიგები სამედიცინო დაწესებულებებში (1-2 საათიანი ლოდინის ხანგრძლივობით), რაც მათ სამართლიან უკმაყოფილებას იწვევს. როგორც აკადემიურ ლიტერატურაში არის აღწერილი, ხანგრძლივი რიგები პაციენტების მნიშვნელოვან ნაწილს აიძულებს გადაავადონ ექიმთან ვიზიტი, რაც იწვევს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მეტ დამძიმებას და შესაბამისად, მათი შემდგომი სამედიცინო მომსახურების დროს - გაცილებით მაღალ დანახარჯებს.
- ჯანდაცვის პროვაიდერების კვლევამ აჩვენა, რომ რიგ შემთხვევებში პაციენტების დაჟინებული თხოვნით (“მეკუთვნის და უნდა გავიკეთო”) ხდება არასამედიცინო ჩვენებით სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციის განხორციელება, ან ამბულატორიული პაციენტების ჰოსპიტალიზაცია (მაგ. სასწრაფო დახმარების გამოძახების მეშვეობით). შესაძლოა პაციენტის ამგვარი ქცევა დაემთხვეს პროვაიდერის სახელმწიფო პროგრამიდან მეტი შემოსავლის მიღების ინტერესს, რაც კიდევ უფრო ამწვევებს აღნიშნულ პრობლემას და იწვევს სახელმწიფო სახსრების არაეფექტურ ხარჯვას. ამგვარი ქცევით გამოწვეული თანხების არამიზნობრივი ხარჯვის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ინფორმირება იმასთან დაკავშირებით, რომ საყოველთაო დაზღვევა ანაზღაურებს მხოლოდ

სამედიცინო ჩვენებებით ჩატარებულ მანიპულაციებს. ამ ყველაფრის თავიდან აცილების მიზნით ასევე მნიშვნელოვანია იმ საკითხების გათვალისწინება, რომლებიც უკავშირდება „მორალური რისკის“ პრობლემის მინიმუმაციას, როგორც ბენეფიციარების, ასევე პროვაიდერების მხრიდან.

- პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერთა თქმით, ბოლო პერიოდში პროგრამის განმახორციელებლის მხრიდან ადგილი აქვს პროვაიდერ კლინიკებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სერიოზულ დაგვიანებებს (2 და მეტი თვე), რაც ბენეფიციართა მომსახურების ხარისხზე და დროულობაზე პირდაპირ აისახება. ამდენად საჭიროა თანხების მოძრაობის მოწესრიგება დროულობის თვალსაზრისით.
- ხარჯთ-ეფექტურობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვან პრობლემას ქმნის ბევრ დაავადებაზე სათანადო გაიდლაინების არარსებობა, რის გამოც პროგრამის ფარგლებში მიწოდებული სერვისი ჩამორჩება საერთაშორისო სტანდარტებს და ხშირ შემთხვევაში სახსრებიც არაეფექტურად იხარჯება. მაგალითად, პროვაიდერი ვალდებულია ოპერაციის დროს ყველა შემთხვევაში ჩაატაროს მასალის მორფოლოგიური ანალიზი, რაც საერთაშორისოდ აღიარებულ ნორმებს ეწინააღმდეგება. კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა, რომ რადგანაც დაავადებები შჯსდ სამინისტროს მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციაში დაუჯგუფებელია და წვრილად არის ჩაშლილი, კლინიკები მსგავს პროცედურებზე იმ კონკრეტული NCSP (ჩრდილოეთ ქვეყნების ქირურგიული ჩარევების კლასიფიკატორი) კოდით სარგებლობენ, რომელიც სხვა კლინიკებს არა აქვთ დარეგისტრირებული. შესაბამისად კლინიკას აქვს საშუალება თავად მიუთითოს მისთვის სასურველი ფასი, ხოლო სახელმწიფო კარგავს ბერკეტს პროგრამის ფარგლებში თავად დაადგინოს რეალური, გასაშუალებული ფასი.
- ასევე აღსანიშნავია, რომ რეგულაციების მიხედვით კლინიკებს შეუძლიათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პორტალზე ატვირთული ფასის 10%-ით გაზრდა. ამისათვის საკმარისია მხოლოდ შეტყობინების გაგზავნა პროგრამის განმახორციელებლთან. თუმცა ამგვარ შეტყობინებებზე პროვაიდერები ბოლო ერთი წლის განმავლობაში პასუხებს აღარ იღებენ. შესაბამისად, მათ საშუალება აღარ აქვთ რეალურად გაზრდილ დანახარჯებზე (რაც ძირითადად გამოწვეულია ლარის კურსის გაუფასურების გამო მედიკამენტებზე და სახარჯ მასალებზე გაზრდილი ფასებით) ადექვატური ანაზღაურება მიიღონ. ამგვარი სიტუაცია ხშირად ხელს უწყობს პროვაიდერების მხრიდან სხვადასხვა სახის მანიპულაციის წახალისებას, რასაც საბოლოოდ, პროგრამის ბენეფიციარების ფინანსურ დაზარალებამდე მივყავართ.
- მნიშვნელოვანი პრობლემაა კერძო სადაზღვევო კომპანიიდან სხვადასხვა მიზეზით დაზღვევა შეწყვეტილ ბენეფიციართა შემდგომი ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში. როგორც წესი, ისინი ხვდებიან პროგრამის ე.წ. მინიმალურ პაკეტში (ისიც დიდი დაგვიანებით). აქ შესაძლებელია ორი ვარიანტი: პირველს მიეკუთვნება ისეთი შემთხვევა, როდესაც პიროვნებას კვლავ აქვს შესაძლებლობა შეიძინოს კერძო დაზღვევა, თუმცა შეგნებულად უარს ამბობს მასზე იმ იმედით, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მაინც აუნაზღაურებს მკურნალობასთან

დაკავშირებულ ხარჯებს. ასეთ შემთხვევაში არსებული პრაქტიკა მინიმალურ პაკეტთან დაკავშირებით სავსებით გამართლებულია. თუმცა არსებობს შემთხვევები, როდესაც პიროვნება სხვადასხვა მიზეზით კარგავს სამსახურს ან სამსახური უარს ეუბნება მას კვლავ დაუფინანსოს ჯანმრთელობის კორპორაციული დაზღვევა. ასეთ შემთხვევაში, აღნიშნული პიროვნება ხვდება პროგრამის მინიმალურ პაკეტში, რომელიც ფაქტიურად უეფექტოა დაავადების დიაგნოსტიკების თუ მკურნალობის თვალსაზრისით. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია აღნიშნული შემთხვევების დიფერენცირება და თითოეულ ბენეფიციარზე გადაწყვეტილების ინდივიდუალურად მიღება.

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებულ დაფინანსებას ასევე საკუთარი მიზნებისათვის იყენებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები იმ ბენეფიციარებზე, რომლებსაც გააჩნიათ კერძო დაზღვევა და ამავდროულად რეგისტრირებულნი არიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში (მაგ. 0-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვები, პენსიონერები და ის პირები, რომლებმაც პროგრამის ამოქმედების შემდეგ შეიძინეს კერძო დაზღვევა). ასეთ შემთხვევებში, სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების ანაზღაურების დროს სადაზღვევო კომპანიები თავდაპირველად თხოვენ ბენეფიციარებს მიმართონ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას და მხოლოდ შემდეგ ანაზღაურებენ დარჩენილ თანხას შესაბამისი სადაზღვევო პაკეტის ფარგლებში. ამ შემთხვევაში, სახელმწიფო სახსრების ეფექტურად ხარჯვის მიზნით, მიზანშეწონილი იქნებოდა ერთმანეთისგან გამიჯნულიყო კერძო და სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები და შესაბამისად მომხდარიყო გაწეული ხარჯების ანაზღაურებაც.
- გადაუდებელ სერვისებზე თანხების არაეფექტურად ხარჯვის პრობლემა კიდევ უფრო მწვავედება სამედიცინო დაწესებულებებში ფართოდ დანერგილი, გეგმიური შემთხვევების ხელოვნურად გაურგენტულების პრაქტიკის არსებობის გამო. თითქმის ყველა გამოკითხული პროვაიდერის განცხადებით, რიგ შემთხვევებში, სამედიცინო დაწესებულებებში ადგილი აქვს შემთხვევების ხელოვნურად დამძიმებას მეტი შემოსავლის მიღების მიზნით, რაც მოითხოვს დამატებით შესწავლას და სახელმწიფოს მხრიდან მონიტორინგის ეფექტური მექანიზმის ჩამოყალიბებას. ამგვარი პრაქტიკის შედეგად, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მასშტაბები კიდევ უფრო მცირდება, რაც პირველადი ჯანდაცვის სექტორის განვითარებას სერიოზულად აფერხებს, ამასთან მნიშვნელოვნად ზრდის პროგრამულ ხარჯებს, რაც პროგრამის ხარჯთ-ეფექტურობის მაჩვენებლებზე უარყოფითად მოქმედებს. მართალია საკმაოდ ძნელია ყველა მსგავსი შემთხვევის გამოვლენა, თუმცა არსებობს მექანიზმები, რომლებიც „პროვიადერ“ კლინიკებს აიძულებს მაქსიმალურად შეზღუდონ მსგავსი პრაქტიკა. ერთ-ერთი ასეთი მექანიზმია მაღალი ჯარიმების შემოღება თითოეულ ასეთ გამოვლენილ შემთხვევაზე. საერთაშორისო აკადემიური ლიტერატურის თანახმად, მაღალი ჯარიმის შიში მაქსიმალურად ზღუდავს პროვაიდერს წავიდეს რისკიან ქმედებაზე და ამის შედეგად არაკანონიერი ქმედებების რიცხვი მნიშვნელოვნად მცირდება.
- გამოკითხულ პროვაიდერთა გადმოცემით (რასაც ასევე ადასტურებს შჯსდ სამინისტროდან მიღებული ინფორმაცია - გეგმიურ ამბულატორიულ კომპონენტზე რეგისტრირებულია 1,699,002 (54,3%) ქალი და 1,428,532 (45,7%) მამაკაცი), პროგრამის ფარგლებში ამბულატორიულ სერვისებზე დარეგისტრირებული ბენეფიციარების უმრავლესობა ქალია. ქალები ასევე უფრო

ხშირად აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებას ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. თუმცა, როგორც შჯსდ სამინისტროდან მიღებული ინფორმაცია მოწმობს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში რეგისტრირებულ სამედიცინო შემთხვევებზე ანაზღაურებული თანხის საერთო ოდენობა შეადგენს 697,056,853 ლარს, რომლიდანაც 50,1% დაიხარჯა ქალებზე და 49,9% მამაკაცებზე ანუ ქალებისა და მამაკაცების სამედიცინო მომსახურებაზე თითქმის თანაბარი თანხები დაიხარჯა. ასეთი შედეგი შეიძლება გამოწვეული იყოს იმ გარემოებით, რომ მამაკაცები მართალია უფრო იშვიათად, თუმცა უფრო მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობით, ხშირად დაგვიანებით აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს. შესაბამისად, მათი მკურნალობა ქალებთან შედარებით უფრო მეტ დანახარჯებს უკავშირდება. ეს ფაქტი გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯანდაცვის ხელისუფლების მიერ დაავადებათა პრევენციასა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის კამპანიების დაგეგმვის დროს, მამაკაცების მიმართ ასეთი კამპანიები გარკვეული სპეციფიკურობით და განსხვავებული სტრატეგიებით უნდა ხასიათდებოდნენ.

დასკვნები და რეკომენდაციები

როგორც ჩვენს მიერ ადრე ჩატარებულ, 2013 წლის კვლევაშიც იყო დაფიქსირებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება ძირითადად პოლიტიკური მოსაზრებებით იყო განპირობებული და ნაკლებად იყო გააზრებული მოსალოდნელი პრობლემები, რომლებიც პროგრამის განხორციელების პროცესში იჩენდა თავს. არ არსებობდა და არც ამჟამად არსებობს რაიმე სტრატეგიული დოკუმენტი, რომელშიც დეტალურად იქნება გაწერილი პროგრამის მომავალი განვითარება, შესაძლო პრობლემები, რისკები და მათი მინიმიზაციის ღონისძიებები. ამის შედეგია ის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დაბალი ხარჯთ-ეფექტურობით გამოირჩევა და გასული 3 წლის მანძილზე ფაქტურად არცერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი არ გადადგმულა პროგრამის განმახორციელებლების მხრიდან სახელმწიფო სახსრების ხარჯვის ეფექტურობის ასამაღლებლად. ჩვენი წინა კვლევის რეკომენდაციით, კარგი იქნებოდა პროგრამის მთელი ქვეყნის მასშტაბით გავრცელებამდე მომხდარიყო მისი პილოტირება გარკვეულ რეგიონებში და შედეგების ანალიზის საფუძველზე მომხდარიყო მისი განვრცობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. სამწუხაროდ, მსგავსი რამ არც მაშინ და არც მის შემდეგ არ გაკეთებულა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი წლების რეტროსპექტული ანალიზი ცხადყოფს, რომ ცუდად არის დაგეგმილი მოსალოდნელი მინიმალური და მაქსიმალური ხარჯები როგორც მოკლე, ისე გრძელვადიან პერსპექტივაში. ამგვარად, პროგრამის წლიური ბიუჯეტის დაგეგმვაც კი საკმაოდ არაზუსტად ხდება. გამოყოფილი თანხების უდიდესი ნაწილი წლის პირველ ნახევარშივე იხარჯება და მეორე ნახევარში წარმოიქმნება ბიუჯეტის დეფიციტი. 2015 წელს ამგვარმა დეფიციტმა ყოველგვარი რეკორდი მოხსნა, როდესაც მთავრობას წლის დასასრულისთვის 101 მილიონი ლარის დამატება მოუწია პროგრამის დასაფინანსებლად. აღსანიშნავია, რომ 2016 წლის ბიუჯეტის პროექტში ამ პროგრამაზე 570 მლნ ლარია გათვალისწინებული, ანუ ზუსტად იმდენი, რამდენიც რეალურად შეადგინა პროგრამის 2015 წლის დანახარჯმა. ეს ფაქტი კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ გადაწვეტილების მიღება ძირითადად პოსტ-ფაქტუმ ხდება და მას წინ არ უძღვის სიტუაციის წინასწარი შესწავლა და დეტალური ანალიზი. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია სამინისტროში არსებობდეს კვალიფიციური ანალიტიკური სამსახური, რომელიც სწორედ მსგავსი საკითხებით იქნება დაკავებული. ამ მოსაზრებას ისიც ადასტურებს, რომ კვლევის ფარგლებში „ველფარ ფაუნდემენ“-მა ჯანდაცვის სამინისტროსგან უშედეგოდ გამოითხოვა პროგრამის მიმდინარეობის და დანახარჯების შესახებ დეტალური ინფორმაცია, რომელიც მსგავსი სამსახურის არსებობის შემთხვევაში ადვილად ხელმისაწვდომი იქნებოდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ნაკლებ აქცენტს აკეთებს პირველად ჯანდაცვასა და დაბალხარჯიან ამბულატორიულ მომსახურებაზე, რაც თვით პროგრამის ძირითად მიზნებს ეწინააღმდეგება. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზოგადი დებულებების ა.ა) და ა.ბ) პუნქტების მიხედვით მისი მიზანია „პირველად ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა და ამბულატორიული მომსახურების მოხმარების გაზრდა ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების მოხმარების რაციონალიზაციის მიზნით“. სამწუხაროდ, რეალობა საწინააღმდეგო სურათს ასახავს - პროგრამის ფარგლებში გამოყოფილი თანხების უდიდესი ნაწილი (ზოგ რეგიონში ეს მაჩვენებელი 90%-საც კი აჭარბებს) გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე იხარჯება (ანუ სწორედ

ყველაზე ძვირადღირებულ სერვისებზე). ზოგადად, აღიარებულია, რომ დროული პრევენცია მკურნალობაზე მეტად ხარჯეფექტურია და ჯანდაცვის ის სისტემები, რომლებიც ძირითად აქცენტს გადაუდებელი სერვისების დაფინანსებაზე აკეთებენ, არამდგრადია. მოცემული პროგრამის შემთხვევაში ინვესტიცია ძირითადად ხორციელდება ყველაზე ხარჯიან სერვისებში, მაშინ, როდესაც პრევენციული ღონისძიებები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის/ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხები პრაქტიკულად იგნორირებულია. ამგვარად, თუ რაიმე ღონისძიებები არ გატარდა, ასეთი მიდგომა სერიოზულ პრობლემებს შეუქმნის თვით პროგრამის განხორციელებას, რადგან ყოველწლიურად გაიზრდება გადაუდებელ სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯები (უკვე არსებული მდგომარეობა ამ აზრს თვალნათლივ ადასტურებს). კვლევის ფარგლებში ჩატარებული კალკულაციის შედეგად აღმოჩნდა, რომ 2015 წელს, ჯანდაცვის ხელისუფლებას პროგრამის ფარგლებში დაახლოებით 197 მილიონი ლარის გადახდა მოუწია მხოლოდ თამბაქოს მოხმარების შედეგად განვითარებული დაავადებების სამკურნალოდ და ეს თანხა ყოველწლიურად სწრაფი ტემპით იზრდება (მაგ. 2014 წელს ანალოგიური ხარჯები დაახლოებით 162 მილიონ ლარს შეადგენდა).

ამგვარად, საჭიროა მოიძებნოს ანაზღაურების სხვა დამატებითი მექანიზმი, რათა ხელი შეეწყოს პირველადი ჯანდაცვის (პრევენციული მედიცინის) შემდგომ განვითარებას. სხვა შემთხვევაში ბაზარზე დარჩება მხოლოდ მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებები და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა მნიშვნელოვნად გამწვავდება. ამგვარი მიდგომა გაზრდის პჯდ-ში დასაქმებულთა რაოდენობას და მოტივაციას, რაც ასევე პოზიტიურად იმოქმედებს პაციენტთა ლოდინის დროის შემცირებაზე

აუცილებელია პროგრამის ხარჯვით ნაწილში საარსებო შემწეობის მიმღები ოჯახების მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის საკითხის გადახედვა, ვინაიდან ამ კატეგორიის მოსახლეობის საკმაოდ დიდი ნაწილი ვერ ყიდულობს მედიკამენტებს. ასეთ შემთხვევებში, ექიმთან კონსულტაციასა და დიაგნოსტიკაში ჩადებული თანხები ფაქტიურად არა ხარჯთ-ეფექტურია, ვინაიდან დაავადების განკურნება არ ხდება. ასევე საჭიროა პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებადი მედიკამენტების სიის რევიზია ისეთი ფორმით, რომელიც საშუალებას მისცემს ბენეფიციარებს, დროულად შეიძინონ საჭირო მედიკამენტი (განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობის გადავადება დაავადების მნიშვნელოვან დამძიმებას და ქრონიკულ ფაზაში გადასვლას იწვევს).

სახელმწიფო თანხების უფრო ეფექტური ხარჯვის თვალსაზრისით აუცილებელია, როგორც ბენეფიციართა, ასევე გეგმიურ მომსახურებაზე 70%-იანი თანაგადახდის დიფერენცირების საკითხის შემდგომი შესწავლა და სათანადო გადაწყვეტილების მიღება. ასევე საჭიროა ზუსტად გაირკვეს და დიფერენცირებულად განისაზღვროს კერძო დაზვევიდან პროგრამის “მინიმალურ პაკეტში” მოხვედრილი იმ ბენეფიციარების საჭიროებები, რომლებსაც კერძო დაზღვევა შეუწყდათ სამსახურის დაკარგვის ან სხვა მათგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო.

მიზანშეწონილია სახელმწიფომ შეიმუშავოს დაავადებების განფასების ეფექტური მექანიზმები, რომლებიც მინიმუმამდე შეზღუდავს პროვაიდერი დაწესებულებების მიერ ნოზოლოგიური კოდებით მანიპულირების საშუალებას. ასევე საჭიროა ზუსტად და უფრო დაწვრილებით განისაზღვროს პროვაიდერების ანაზღაურების ვადები და სხვა მექანიზმები.

პროვაიდერების მხრიდან მორალური რისკის პრობლემის შესამცირებლად მიზანშეწონილია იმ მეთოდების დამოყენება, რომლებიც საერთაშორისო პრაქტიკაში ფართოდ არის დანერგილი. მაგალითად, ერთ-ერთი ასეთი მექანიზმია მაღალი ჯარიმების შემოღება მსგავს გამოვლენილ შემთხვევებზე, რაც მაქსიმალურად ზღუდავს პროვაიდერს წავიდეს რისკიან ქმედებაზე და ამის შედეგად არაკანონიერი ქმედებების რიცხვი მნიშვნელოვნად მცირდება.

როგორც კვლევამ აჩვენა, მამაკაცები უფრო იშვიათად, თუმცა ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობით, ხშირად დაგვიანებით აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს. შესაბამისად, მათი მკურნალობა ქალებთან შედარებით უფრო მეტ დანახარჯებს უკავშირდება. ეს ფაქტი გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯანდაცვის ხელისუფლების მიერ დაავადებათა პრევენციასა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის კამპანიების დაგეგმვის დროს, მამაკაცების მიმართ ასეთი კამპანიები გარკვეული სპეციფიკურობით და განსხვავებული სტრატეგიებით უნდა ხასიათდებოდეს.

კვლევა განხორციელდა „ველფეარ ფაუნდეიშენის“ მიერ ევროპის ფონდისა და ევროკავშირის
ფინანსური მხარდაჭერით.

დამატებითი კითხვების შემთხვევაში, მიმართეთ კვლევის ხელმძღვანელს სიმონ გაბრიჭიძეს

ელ. ფოსტა: simongabrichidze@welfarefoundation.org.ge

ველფეარ ფაუნდეიშენ
თევდორე მღვდლის 13, თბილისი 0112
ტელ/ფაქსი: 2912699
ელ.ფოსტა: wf@welfarefoundation.org.ge
ვებ-გვერდი: www.welfarefoundation.org.ge