

# პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში

## ნაციონალური სტრუქტურა

საქართველოში სახელმწიფო სამედიცინო სერვისების მთავარი შემსყიდველია. პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად, თუ ცალკეული პროგრამით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, პირველადი ჯანდაცვა ფინანსდება კაპიტაციური მეთოდით, სახელმწიფო ყოველწლიურად ერთ სულ მოსახლეზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხარჯავს 1.93 ლარს, რომელიც მოიცავს ოჯახის ექიმის (0.86 თეთრი) და სპეციალისტების (1 ლარი და 7 თეთრი). მომსახურებას. ჯამურად, სახელმწიფო 1 ადამიანზე ყოველწლიურად ხარჯავს 10,32 ლარს. ოჯახის ექიმისა და ექთნის ანაზღაურებას ანაწილებს დამსაქმებელი, რაც უმეტეს შემთხვევაში ოჯახის ექიმისთვის 0.27 ლარით, ხოლო ექთნისთვის 0.17 ლარით არის განსაზღვრული.

1,07 ლარით ხდება ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მიერ განეული ამბულატორიული მომსახურების, ასევე ინსტრუმენტული და კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევების ანაზღაურება.

პირველადი ჯანდაცვის მიწოდება სოფლად ხორციელდება „სოფლის ექიმის“ პროგრამის ფარგლებში, პროგრამაზე გამოყოფილია 20 მილიონი ლარი.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტი სოფლად ფინანსდება „გლობალ ბიუჯეტის“ პრინციპით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად ფიქსირებული თანხის გადახდას მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დანესებულებებზე. სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერმლის მომსახურების ღირებულება - თვეში 455 ლარის ოდენობით. სოფლის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურებიდან, რაც შეადგენს 650 ლარს, სამედიცინო გადასახადის გადახდის შემდეგ ხელზე ასაღები თანხა რჩება 530 ლარი. თუმცა ეს თანხა არ მოიცავს ექიმების მხოლოდ შრომის ანაზღაურებას. ექიმები კომუნალური (ელექტროენერჯის გადასახადი) და ტრანსპორტირების ხარჯის გარდა, საჭირო მედიკამენტებსა და სამედიცინო ნივთებს საკუთარი ხარჯით ყიდულობენ. გარდა ამისა, ექიმები თავისი ხარჯით იძენენ საკანცელარიო ნივთებს, ფორმა #100-ისა და რეცეპტის ბლანკებს. კვლევები ადასტურებენ, რომ კომუნალური, ტრანსპორტისა და მედიკამენტების ხარჯი საშუალოდ თვეში 140 ლარს შეადგენს. შესაბამისად, გადასახადების გადახდის შემდგომ და ხარჯის განვების შემდგომ, სოფლის ექიმებს მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან შრომის ანაზღაურების სახით ყოველთვიურად დაახლოებით 400-450 ლარი რჩებათ. ზამთრის პერიოდში თვეში საშუალოდ 80-90 ლარით იზრდება ხარჯები. შესაბამისად, ზამთრის თვეებში გადასახადების გადახდის შემდგომ და ხარჯის განვების შემდგომ, სოფლის ექიმებს მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან შრომის ანაზღაურების სახით ყოველთვიურად დაახლოებით 300-350 ლარი რჩებათ. არსებული ანაზღაურების სისტემით, საქმიანობისთვის გასანევი ხარჯების არაპროგნოზირებადობის გამო, სოფლის ექიმებისთვის გაურკვეველია თვის განმავლობაში რა ოდენობის თანხა დარჩებათ ხელფასის სახით.

სოფლის ექიმების ანაზღაურება დამოკიდებული არ არის არც ექიმის მიერ განეული მომსახურების რაოდენობაზე და არც შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე. ასეთი დაფინანსების სისტემა ამცირებს სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობას, რადგან ფიქსირებული ანაზღაურება ხელს არ უწყობს ოჯახის ექიმის მოტივაციის ამაღლებას.

არსებული ანაზღაურების სისტემა უარყოფითად მოქმედებს ექიმების სტიმულზე მიიღონ მეტი პაციენტი. ექიმები, რომლებიც ბევრ პაციენტს ემსახურებიან, მეტს ხარჯავენ როგორც მედიკამენტების ჩანთის განახლებაში, ასევე ტრანსპორტირებაში, ხოლო ექიმები, რომლებიც გარკვეული მიზეზის გამო (სხვა დანესებულებაში მუშაობა, მცირე სამუშაო დრო) ნაკლებ დროს უთმობენ სოფლის ექიმად მუშაობას, ნაკლებ ხარჯს განევენ.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ექიმები სათანადო ხარისხით მომსახურების დაბალი მოტივაციის მიზეზად ანაზღაურების სიმცირეს ასახელებენ. ისინი პირველადი ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად ხელფასების მატებას მიიჩნევენ. კვლევა აჩვენებს, რომ რესპოდენტთა 85%-ის ანაზღაურება 700 ლარზე ნაკლებია. უმრავლესობა (65%) მიიჩნევენ, რომ მათი ანაზღაურება დაბალია. ამასთან, ოჯახის ექიმთა 70%-ის აზრით, მათი ანაზღაურება არ არის განეული შრომის ადექვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ.

### ცხრილი:1

#### ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

გამოკითხული ოჯახის ექიმების ანაზღაურება	N	%
300-500 ლარამდე	5	25
501-700 ლარი	13	65
701-900 ლარი	2	10
901 ლარზე მეტი	0	0
გამოკითხული ოჯახის ექიმების მიერ მათი ანაზღაურების შეფასება	N	%
ანაზღაურება დაბალია	13	65
ანაზღაურება დამაკმაყოფილებელია	6	30
კარგი ანაზღაურება მაქვს	1	5
გამოკითხული ოჯახის ექიმების აზრი მათი ანაზღაურების ადექვატურობის შესახებ	N	%
შრომობენ იმაზე მეტს ვიდრე უნაზღაურდებათ	14	70
შრომა ანაზღაურების ადექვატურია	1	5
მეტნაკლებად მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ	5	25

**წყარო:** თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება. ბევრ ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დაფინანსებისას უპირატესობას ანიჭებს მოტივაციაზე მიბმულ დაფინანსებას. სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ხდება სპეციალური ინდიკატორების მიხედვით, რაც გულისხმობს მათ სტიმულირებას არა მხოლოდ მიიღოს ბევრი პაციენტი, არამედ შესრულებული სამუშაოს ხარისხს: ადრეულ სტადიაზე გამოავლინოს დაავადებები და სხვა.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების ეფექტური მეთოდების გამოყენება, კერძოდ, კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (განუვლი მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთის ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულა სოფლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს<sup>1</sup>.

## გამონკვევები:

სახელმწიფოს მხრიდან პირველადი ჯანდაცვის დაბალი დაფინანსება ჰოსპიტალურ სექტორთან შედარებით	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ სახელმწიფოს პრიორიტეტული მიმართულება ისევ სტაციონარული მომსახურებაა, რომლის დანახარჯი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს. შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის შეკავებას ეფექტურად ვერ უზრუნველყოფს სისტემა.
მოსახლეობის მიერ პირველად ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი თანხის მაღალი წილი	2018 წლის მონაცემებით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 52%-ია, ჯანდაცვის დანახარჯების თითქმის ნახევარს მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის. 2012 წლიდან 2019 წლამდე ამბულატორიული მომსახურება მეტად გაძვირდა, ვიდრე ჰოსპიტალური. მედიკამენტების ფასი, ასევე მკვეთრად გაიზარდა. ფასების ასეთი ზრდა მძიმე ტვირთად აწვებს მოსახლეობას, რადგან აღნიშნული ხარჯების დიდი წილის დაფარვა მოსახლეობას უნევს.
ამბულატორიული მედიკამენტების სუბსიდირების პროგრამის სიმწირე და ნაკლებეფექტურობა	ქვეყანაში, მოსახლეობის მხრიდან მედიკამენტებზე დანახარჯი ძალიან დიდია (69% 2018 წელს). სახელმწიფოს მიერ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების სუბსიდირების მიზნით გამოყოფილი თანხა კი სრულად ვერ იხარჯება.  პროგრამის სამიზნე მოსახლეობის და მედიკამენტების შეზღუდული მოცვა.
პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების არახარჯ-ეფექტური მეთოდები	პაციენტები ხშირად ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით მიმართავენ ექიმ-სპეციალისტებს, მაღალბიუჯეტურ გამოკვლევებსა და ძვირადღირებულ სამკურნალო სერვისებს, რაც ზრდის ხარჯებს.
პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის არასათანადო, დაბალი ანაზღაურება	პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება განაპირობებს შესაბამისი კადრის დეფიციტსა და მომსახურების დაბალ ხარისხს.
პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის მოტივაციაზე მიბმული, სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდების არარსებობა	ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება კაპიტაციური მეთოდით, ყოველთვიური ხელფასი 400-450 ლარია ექიმისთვის, 200 ლარი კი ექთნისთვის. შრომის ანაზღაურების ასეთი მეთოდი განაპირობებს სამედიცინო პერსონალის დაბალ შრომისუნარიანობასა და მოტივაციის ნაკლებობას, რაც საბოლოოდ აისახება სერვისის ხარისხზე.

- ### რეკომენდაციები:
1. პირველადი ჯანდაცვის, როგორც პრევენციის უმთავრესი მექანიზმის პრიორიტეტულობის აღიარება;
  2. პირველადი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების გაზრდა;
  3. მედიკამენტების სახელმწიფო სუბსიდირების პროგრამაში ჩართული სამიზნე მოსახლეობის და მედიკამენტების მოცვის გაფართოება;
  4. იმ ბარიერების შესწავლა და აღმოფხვრა, რომლებიც განაპირობებენ მედიკამენტების სუბსიდირების პროგრამის არაეფექტურობას;
  5. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის კომბინირებული სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდების დანერგვა.

<sup>1</sup> თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი, 2009.

## წყარო:

- ასოციაცია „ჰერა ოცდაერთი“, 2021წ, „პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში, სისტემის ანალიზი და რეკომენდაციები რეალური ცვლილებებისთვის".  
<http://hera-youth.ge/wp-content/uploads/2021/03/Pirveladi-Jandacva.pdf>
- კურაციო საერთაშორისო ფონდი, 2019, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი ტალღა XII, ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა: პირველადი ჯანდაცვა.  
[http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2019/05/Barometer-XII\\_02.05.2019.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2019/05/Barometer-XII_02.05.2019.pdf)
- გოგინაშვილი, ქ., ნადარეიშვილი, მ., Habicht, T. რამდენად შეუძლიათ ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? ახალი მტკიცებულება საქართველოში ფინანსური დაცვის შესახებ. კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი, 2021.
- თ. ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში. რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი. თბილისი. 2021.
- სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015
- თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).
- ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019.
- თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი, 2009.