

თენგიზ ვერულავა
მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი,
ჯანდაცვის და დაზღვევის სკოლის დირექტორი,
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
მაკა ბაბულაანი
ჯანმრთელობის ზარალების მართვის კონსულტანტი,
სადაზღვევო კომპანია “აღდაგი”

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობა. თუმცა, მიუხედავად ბაზისური პაკეტით უზრუნველყოფისა, სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსდება სამედიცინო მომსახურების (მათ შორის გადაუდებელი) გარკვეული სახეები, მკურნალობისათვის საჭირო მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევები, ხოლო ზოგ შემთხვევაში პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტი არ არის საკმარისი. აღნიშნული უარყოფითად ზემოქმედებს პაციენტების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად საჭიროა სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამებში გადაუდებელ დაავადებათა ნოზოლოგიების ჩამონათვალის გაფართოება, ასევე მათი ჩართვა ისეთი ფინანსური ლიმიტით, რომ თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტის კატასტროფული დანახარჯები. სტატიაში განხილულია გადაუდებელი ნეიროქირურგიული სერვისების ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა, სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, გადაუდებელი დაავადებები.

სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა. გადახდის უუნარობის გამო ხშირად ადამიანები საჭიროების შემთხვევაში ვერღებულობენ სათა-

ნადო სამედიცინო მომსახურებას. სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ბარიერების არსებობა უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამ ბარიერების მინიმუმამდე დაყვანა ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღება

2013 წლამდე სახელმწიფო აფინანსებდა მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების სამედიცინო მომსახურებას, რომელთა რაოდენობა წლიდან წლამდე იზრდებოდა. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1 % იყო მოცული, ხოლო 2012 წლისთვის იგი 37.9 %-მდე გაიზარდა [9]. თუ ამას დაემატებთ ინდივიდუალური და კორპორატიული სამედიცინო დაზღვევით მოცულ პირებს, მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1981123 ადამიანი (50,8 %) [9]. შესაბამისად, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა [9]. მათ საკუთარი ხარჯებით უნდა დაეფარათ მკურნალობის სრული ღირებულება, რაც არაიშვიათად იწვევდა კატასტროფულ დანახარჯებს.

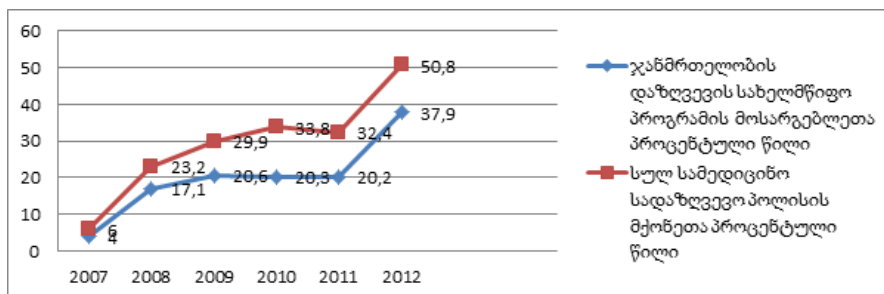
ამასთან, 2013 წლის 28 თებერვლამდე, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამდე, გადაუდებელი (ურგენტული) მდგომარეობების დროს პროგრამული დახმარება მიეწოდებოდა მხოლოდ 0-დან 5 წლამდე და 60 წელს გადაცილებულ მოსახლეობას. ამ პირობებში 5-დან 60 წლამდე ასაკის მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ ითვლებოდა მოქმედი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით მოსარგებლედ, რის გამოც მოკლებულნი იყვნენ საშუალებას მიეღოთ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება. აღნიშნული ზრდიდა დაავადებათა გართულებული შემთხვევების რაოდენობას და შესაბამისად, ლეტალობის რისკს.

2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის მეშვეობით სამედიცინო დაზღვევის არმქონე 2 მილიონზე მეტ მოქალაქეს მიეცა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის უფლება. დღეისათვის საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანდაცვისა თუ

სახელმწიფო და ნებაყოფლობითი სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მლნ ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა; ამასთან, ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს, წინა წელთან შედარებით, თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა [1] (იხ. ნახ 1).

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა და სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობაში (2007-2012 წწ.) [2].

ნახ. 1.



საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სერვისები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ფინანსდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ოჯახის/უბნის ექიმის მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა, მშობიარობა [1].

გეგმური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით გათვალისწინებულია: ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე (ანაზღაურდება 100%-ით); ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები; ექიმ-სპეციალისტების (ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, გინეკოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, უროლოგი) მომსახურება, ოჯახის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით (ანაზღაურდება 70%-ით); ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევა-

ბი, კერძოდ: ელექტროკარდიოგრაფია (ანაზღაურდება 100%-ით), მუცლის ღრუს ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით, ტრანსაბდომინურად), გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია (ანაზღაურდება 70%-ით); ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, პროთრომბინის დრო), რომლებიც ანაზღაურდება 100%-ით, ხოლო ღვიძლის ფუნქციური სინჯები და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი ანაზღაურდება 70%-ით.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ანაზღაურდება აგრეთვე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა; სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა [3].

გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება მოიცავს ისეთი გადაუდებელი მდგომარეობების მართვასა და სტაბილიზაციას, რომელიც არ საჭიროებს სტაციონარში 24 საათიან დაყოვნებას. ასეთია: ტრავმები, მოტეხილობები, ჭრილობები, თერმულ დაზიანებები (დამწვრობა/მოყინვა), მოწამვლა/ინტოქსიკაცია, ცხვირიდან სისხლდენა, ალერგიის მართვა ანაფილაქსიური შოკის განვითარების რისკის დროს, შარდის შეკავება, მწვავე ლარინგიტი (კრუპი), გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (ჰიპერტონული კრიზი, გულის რითმის დარღვევები) და სხვადასხვა სახის მწვავე ტკივილი. აღნიშნული გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ანაზღაურდება სრულად, 100%-ით [3].

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოიცავს გეგმურ ქირურგიულ ოპერაციებს (მ. შ. დღის სტაციონარი) და მასთან დაკავშირებულ ყველა გამოკვლევას. გეგმური სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების წლიური ლიმიტი შეადგენს 15000 ლარს, რომელიც ანაზღაურდება 70%-ით, ხოლო სრულად ანაზღაურდება 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლეებისათვის კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მასთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები [3].

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოიცავს აგრეთვე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობას, კერძოდ - ქიმიოთერაპიას, ჰორმონოთერაპიას და სხივურ თერაპიას. წლიური ლიმ-

იტი შეადგენს 12 000 ლარს, ანაზღაურდება 80%-ით, ხოლო 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლებებისათვის მომსახურება ანაზღაურდება სრულად. პროგრამით გათვალისწინებულია მშობიარობის ანაზღაურება (ფიზიოლოგიური მშობიარობა - ლიმიტი 500 ლარი; საკეისრო კვეთა - ლიმიტი 800 ლარი) [3].

გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ითვალისწინებს ისეთი მდგომარეობების დაფინანსებას, როდესაც დაუყოვნებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის გარეშე, მოსალოდნელია ორგანოს ან/და კიდურის დაკარგვა ან პაციენტის გარდაცვალება რამდენიმე საათში. გათვალისწინებულია გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული დახმარების გაწევა. პროგრამა ასევე მოიცავს ინტენსიურ თერაპიასა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვას. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე შეადგენს 15 000 ლარს. 100 %-ით ანაზღაურდება ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა და 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად. 70%-ით ანაზღაურდება ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა [3].

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულია 24 გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადება, რომელთა სტაციონარული მომსახურება 100%-ით ანაზღაურდება; იგი მოიცავს ისეთ ნეიროქირურგიულ დაავადებებს, როგორცაა: სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, იტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა, ჰიდროცეფალია, თავის ტვინის ტრავმული დაავადებები [3].

სისხლის მიმოქცევის დაავადებების გავრცელების ტენდენციები

აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ბოლო წლებში აღინიშნებოდა სისხლის მიმოქცევის დაავადებების ზრდის ტენდენცია, რომელთა შორის მნიშვნელოვანი წილი უკავია ჰიპერტენზიულ, გულის იშემიურ და ცერებროვასკულურ დაავადებებს [2]. ცერებროვასკულური დაავადებები სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების სტრუქტურაში რიგით მე-3 ადგილს, ხოლო სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს შორის მე-2 ადგილს იკავებს [6]. ცერებროვასკულარულ დაავადებებს შორის მეტი წილი უკავია თავის ტვინის ინფარქტს (38 %). ცერებროვასკულარული დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი შეადგენს 163.6-ს ხოლო ლეტალობის მაჩვენებელი - 18.1 [6] (იხ. ცხრილი 1,2) [6].

სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები
საქართველოში. 2012 წ. [6]

ცხრილი 1

სიკვდილის ძირითადი მიზეზები	%
გულის იშემიური ავადმყოფობა	12.2
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	10.7
ავადობის და სიკვდილიანობის გარეგანი მიზეზები	3.5
შაქრიანი დიაბეტი	2.3
ტრაქეას ბრონქების და ფილტვების ავთვისებიანი სიმსივნეები	1.7
ნერვული სისტემის დაავადებები	1.2
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	1.0
პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობები	0.9
სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები	0.9
კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები	0.9

ცერებროვასკულური ავადმყოფობები, სტაციონარული მომსახურება, 2012 წ. [6]

ცხრილი 2

	სულ	მ.შ. ბავშვები	ლეტალობა (%)
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	7440	11	18.1
სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა	517	0	23.4
სხვა ინტრაცერებრული და ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევები	1467	9	28.3
თავის ტვინის	2830	0	17.7
პრეცერებრული და ცერებრული არტერიების ოკლუზია და სტენოზი, რომელთა შედეგად არ ვითარდება თავის ტვინის ინფარქტი	249	1	12.0
სხვა ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	470	0	3.0

გადაუღებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესწავლა

გადაუღებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობის საკითხის გამოსაკვლევად შეირჩა თბილისის საუნივერსიტეტო კლინიკა „მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი“, ვინაიდან მიჩნეულია, რომ აღნიშნულ კლინიკას ერთ-ერთი საუკეთესო ნეიროქირურგიული განყოფილება აქვს ქვეყანაში. კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში 2014 წლის აპრილ-მაისის პერიოდში განხორციელდა ცენტრის მენეჯერების და სამედიცინო პერსონალის ჩაღრმავებული ინტერვიუ. რის საფუძველზეც მოხდა მათი მოსაზრებების იდენტიფიცირება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ნეიროქირურგიულ კომპონენტთან დაკავშირებით.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ნეიროქირურგიული ცენტრში ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთან პაციენტთან ურთიერთობის შეუძლებლობის შემთხვევაში მისი ოჯახის წევრების გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. შერჩეული 220 პირიდან 200 ბენეფიციარმა (90.9%) განაცხადა თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე. 20 პირმა უარი განაცხადა მონაწილეობაზე, მათ შორის 12 იყო მამაკაცი და 8 ქალი. გამოკითხული რესპოდენტებიდან 123 იყო კაცი (61.5%) და 77 – ქალი (38.5%). 45 წლამდე ასაკის რესპოდენტი შეადგენდა 16%-ს, 45-დან 65 წლამდე 46%-ს, ხოლო 65 წელზე მეტი ასაკის - დაახლოებით 37.5%-ს (იხ. ცხრილი 3).

რესპოდენტთა ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა
ცხრილი 3

ასაკი	მამაკაცი 125 (62.5%)	ქალი 75 (37.5%)	სულ 200
45 წლამდე	21 (63.6%)	12 (36.4%)	33 (16.5%)
45 -65 წწ.	58 (63.1%)	34 (36.9%)	92 (46%)
65 წლის ზევით	44 (58.6%)	31 (41.4%)	75 (37.5%)

ნეიროქირურგებთან ჩატარებული ჩაღრმავებითი ინტერვიუს შედეგად გაირკვა, რომ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული გადაუღებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ჩამონათვალი შეზღუდულია და არ ფარავს ისეთ ნოზოლოგიებს, როგორცაა: არტერიო ვენოზური მალფორმაციები თავისა და ზურგის ტვინში, თავისა და ზურგის ტვინის სიმსივნეები, დისკოგენური რადიკულიტები მიელოპათიასთან ერთად, ხერხემლის მალეების პათოლოგიური მოტეხილობები. ასევე პროგრამა არ მოიცავს თავის ტვინის იფარქტს, პერიფერიული ნერვების ტრავმულ დაზიანებების ქირურგიულ მკურნალობას.

ცერტიფიკაციის კონსულტაციის მიზნით დაგეგმილი კვლევის შედეგები (2014 წლის მარტი, ივნისი, ივლისი)

ცხრილი 4

	ასაკი						სულ	%
	45 წლამდე	%	45 - 65	%	65 წელი და მეტი	%		
კომორგული ინსულტი	4	7.1	26	46.4	26	46.4	56	28
ცერტიფიკაციის არტერიული ჰიპერტენზია, სტენოზი	1	2.7	16	43.2	20	54.1	37	18.5
თავის ტვინის სიმსივნე	11	33.3	15	45.5	7	21.2	33	16.5
თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა	7	20.0	18	51.4	10	28.6	35	17.5
თავის სხვა ნაწილების და ჭრილობა	6	31.6	8	42.1	5	26.3	19	9.5
სხვა	4	20.0	9	45.0	7	35.0	20	10
სულ	33	16.5	92	46.0	75	37.5	200	100

დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებთან ჩატარებული ჩაღრმავებით ინტერვიუს შედეგად გაირკვა, რომ ადრე არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ფინანსდებოდა ყველა გადაუდებელი მდგომარეობა და დღევანდელი მდგომარეობისგან განსხვავებით ნოზოლოგიების ჩამონათვალი არ იყო მკაცრად განსაზღვრული. შესაბამისად, წინათ პაციენტი ფინანსურად დაცული იყო ნებისმიერი გადაუდებელი მდგომარეობის შემთხვევაში.

ჩატარებული კვლევის ფარგლებში სტაციონარში ნამკურნალევი პაციენტთა დაავადებათა (ნოზოლოგიების) ჩამონათვალი საკმაოდ მრავალფეროვანია: სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა, ტვინის ტრავმული შეშუპება, თავის ტვინის ინფარქტი განვითარებული ცერებრული არტერიების დაუზუსტებელი ოკლუზიის ან სტენოზის გამო, წელის მალის მოტეხილობა, ჰიდროცეფალიის სხვა ფორმები, თავის სხვა ნაწილების ღია ჭრილობა, იდაყვის ნერვის დაზიანება, ანევრიზმის სხვა ფორმები, ჰემორაგიული ინსულტი, ექსტრადურული და სუბდურული აბსცესი დაუზუსტებელი, ეპიდურული სისხლჩაქცევა, წელის და სხვა მალთაშუა დისკების დაზიანება რადიკულოპათიასთან ერთად, თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნე დაუზუსტებელი, ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა ნათხემში, თავის და ზურგის ტვინის გარსების სიმსივნე, საფეთქლის წილის ავთვისებიანი სიმსივნე, თავის ტვინის შერყევა, ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა (იხ. ცხრილი 4).

კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების სამკურნალოდ რესპოდენტებზე საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით ანაზღაურებული თანხა შეადგენდა მკურნალობის მთლიანი ღირებულების 81 %-ს, დანარჩენ 19% წარმოადგენდა ნებაყოფლობითი დაზღვევით ან თავად პაციენტის მიერ გადახდილ თანხას. რესპოდენტთა 45 %-ს მოუწია მკურნალობის ღირებულების გარკვეულ ნაწილზე თანხის ჯიბიდან გადახდა. მათ შორის, რესპოდენტთა 9 %-ის მიერ პირდაპირ გადახდილი თანხა შეადგენდა \$1500-ზე მეტს, 10 %-ის მიერ პირდაპირ გადახდილი თანხა მერყეობდა \$1000-დან \$1500-მდე, 12 %-ის - \$500-დან \$1000-მდე, 14 %-ის - \$50-დან \$500-მდე. რესპოდენტთა 13 %-ს არ დაუფინანსდა გადაუდებელი ნეიროქირურგიული მკურნალობისათვის საჭირო მაღალტექნოლოგიური გამოკვ-

ლევები (მაგ., კომპიუტერული და მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია). პაციენტთა 12 % დაზღვეული იყო ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით, შესაბამისად, მათი სამედიცინო მომსახურების ხარჯები დაფინანსდა კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ.

კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტი (15 000 ლარი) პაციენტთა 9 %-ის მკურნალობისთვისათვის არ აღმოჩნდა საკმარისი. გამოკითხულთა 36%-ს მოუწია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ღირებულების 30%-ის თანაგადახდა.

გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის გზები

ყოველივე აღნიშნულიდან, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობა. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ მოსახლეობა უზრუნველყოფილია ბაზისური სამედიცინო მომსახურების პაკეტით, სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსდება გადაუდებელი ნეიროქირურგიული ოპერაციების გარკვეული სახეები, ასევე არ ფინანსდება გადაუდებელ ნეიროქირურგიული მკურნალობისათვის საჭირო მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევები (მაგ., კომპიუტერული და მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია). საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გადაუდებელი ნეიროქირურგიული მკურნალობისათვის განსაზღვრული ლიმიტი (15 000 ლარი - 8570 \$) არ არის საკმარისი. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს მოუწია მკურნალობის ღირებულების მნიშვნელოვანი ნაწილის გადახდა (ზოგ შემთხვევაში იგი \$2000-ს აღემატებოდა), რაც უარყოფითად ზემოქმედებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე.

მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, მიზანშეწონილია, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში გადაუდებელი ნეიროქირურგიული ნოზოლოგიების ჩამონათვალის გაფართოება, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში ისეთი მაღალტექნოლოგი-

ური კვლევების დაფინანსება, როგორც არის კომპიუტერული და მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია. მნიშვნელოვანია გადაუდებელი ნეიროქირურგიული დაავადებების ჩართვა ისეთი ფინანსური ლიმიტით, რომ თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტის კატასტროფული დანახარჯები.

ლიტერატურის სია

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013 წლის ანგარიში. <http://www.moh.gov.ge/files/angarishi-2013.pdf>

2. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

3. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. 2013 წლის 21 თებერვალი <http://ssa.gov.ge/files/2013/File/N36-2013.pdf>

4. სოციალური მომსახურების სააგენტო http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/Banners/Left_Banners/failebi/sakoveltao.pdf

5. ლიბერალი საყოველთაო ჯანდაცვის ანატომია <http://www.liberali.ge/ge/liberali/articles/114468/>

6. სტატისტიკური ცნობარი 2012. არაგადამდები დაავადებების ტენდენციების ანალიზი 2011 წ. <http://www.ncdc.ge/>

7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალი. <http://cloud.moh.gov.ge/Pages/SearchPage.aspx>

8. ჯანდაცვის განმტკიცების პროგრამა, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება ბენეფიციარებისა და მომსახურების მიმწოდებლების ჭრილში საბოლოო ანგარიში. <http://www.moh.gov.ge/files/JAN-USID/1.pdf>

9. ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ჟურნალი “ლიბერალი”, 13.05.2014.

<http://www.liberali.ge/ge/liberali/articles/118573/>

of Universal Health Care Program

T. Verulava,
M. Gabuldani

After introduction of the State Universal Healthcare Program in Georgia significantly has increased the financial access to the urgent health services, among them urgent neurosurgery services. The aim of the research was to study the financial accessibility to the urgent neurosurgery services. In-depth interview with the managers and medical personnel of the neurosurgery hospitals and direct interviews with the specially structured questionnaires with the patients or their family members have been applied. The Tbilisi University clinic “High Technology Medical Center” has been selected for the research. The results of the research showed that the financial accessibility of health services has significantly improved after the introduction of the State Universal Healthcare Program. Although, Program is not financing the specific types of the urgent neurosurgery services and neither high-technological diagnostic tests. The financial limit defined by the State Universal Healthcare Program for the neurosurgery care is not enough. Some patients had to pay the significant amount of the cost of medical care that negatively effects on their financial accessibility. In order to increase the financial accessibility it is necessary to expand the list of the urgent neurosurgery diseases covered by the State Universal Healthcare Program, and in urgent cases to finance the high-technological diagnostic tests. It is important to define the financial limits for the urgent neurosurgery diseases that will avoid the high costs for the patients.

Keywords: Health Care, Georgia, Financial Accessibility, Neurosurgery Diseases, Emergency Diseases.

JEL Classification: I20, I28, I29.