

## საყოველთაო ჯანდაცვა - უძირო ქვევრი

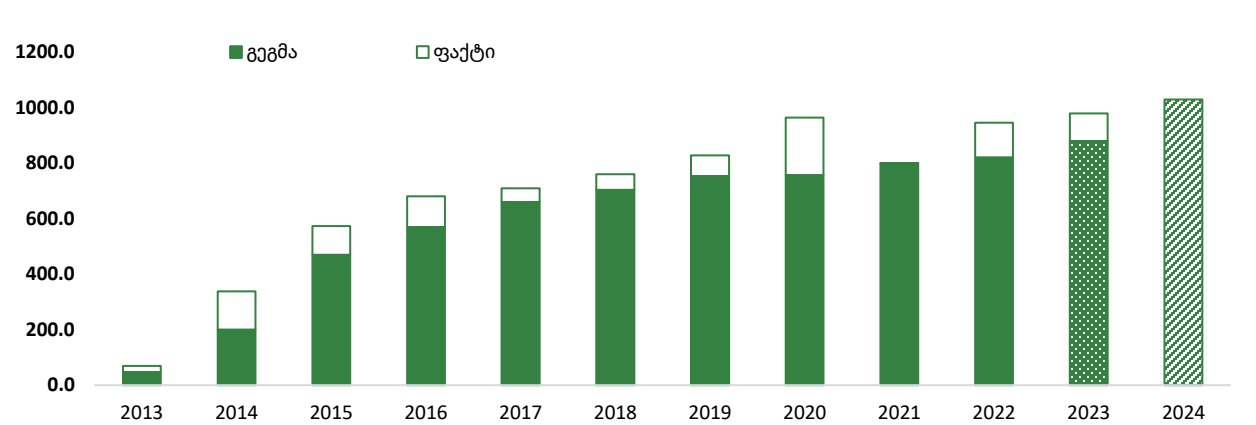
### ენატე შამუგია<sup>1</sup>

ფისკალური პერიოდის მიწურულს, ოქტომბრის პირველ კვირას, 2023 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტი შეიცვალა. ცვლილებები ბიუჯეტის ხარჯების ნაწილიდან ერთ-ერთ ყველაზე დიდ პროგრამას - საყოველთაო ჯანდაცვასაც შეეხო. 2023 წლის ბიუჯეტში ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დაფინანსება 880.0 მლნ ლარიდან 980.0 მლნ ლარამდე გაიზარდა, ხოლო მომდევნო წლისთვის 1 030.0 მლნ ლარამდე გაფართოება იგეგმება.

ფისკალური წლის ბოლოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებისთვის თანხის დამატება პირველი შემთხვევა არ ყოფილა. უფრო მეტიც, 2013 წლიდან, რაც ხსენებული პროგრამა ამოქმედდა, ყოველწლიურად, საბიუჯეტო პროგრამა დეფიციტურია და დაგეგმილ ხარჯებთან შედარებით, უფრო მეტ რესურსს საჭიროებს (იხ. გრაფიკი 1). მაგალითად, 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანაკლისმა თავდაპირველი გეგმის 70.0% შეადგინა, რამაც სისტემის მდგრადობა, ამოქმედების მეორე წელსვე, ეჭვქვეშ დააყენა და ცვლილებების საჭიროება განაპირობა.

საჯარო ხარჯების მატების ტემპის შესაკავებლად, მთავრობამ, სხვადასხვა დროს, არაერთი ნაბიჯი გადადგა, თუმცა - უშედეგოდ. მეტიც, რიგი ცვლილება მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების წნეხის (ჯიბიდან გადახდები) ზრდისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესების მიზეზი გახდა.

**გრაფიკი 1:** საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯი (მლნ ლარი)

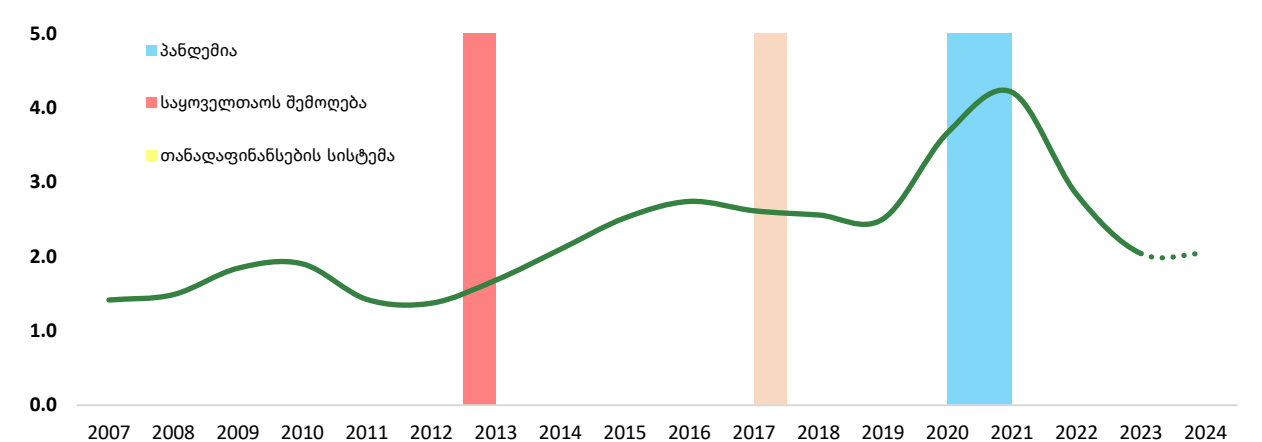


წყარო: ფინანსთა სამინისტრო; ავტორის გამოთვლები. შენიშვნა: 2023 - ბოლო ცვლილება; 2024 - პროექტი

<sup>1</sup> კვლევითი ინსტიტუტის Gnomon Wise („გნომონ ვაიზი“) მკვლევარი, e-mail: [e.shamugia@ug.edu.ge](mailto:e.shamugia@ug.edu.ge)

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დეფიციტურობა და მთლიანად ჯანმრთელობის დაცვისათვის ცენტრალური ბიუჯეტიდან გაღებული რესურსები თვალსაჩინოდ იზრდება. საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებიდან 2017 წლამდე, საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯების დონე მკვეთრად გაიზარდა (იხ. გრაფიკი 2). ასეთი რამ კი მოსალოდნელი იყო, რადგან ჯანდაცვაში პრობლემები თავს იჩენს, როცა საბიუჯეტო პროგრამები ჩნდება. საბიუჯეტო პროგრამების პირობებში, ბიუჯეტის ხარჯზე, პაციენტებს - უფრო მეტი სამედიცინო მომსახურების, ექიმებს - უფრო მეტი ანაზღაურების და სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებს უფრო მეტი მოგების მიღების სურვილი უჩნდებათ, რაც ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯების პერმანენტულ ზრდას იწვევს.

**გრაფიკი 2:** ცენტრალური მთავრობის ჯანმრთელობის ხარჯები მშპ-სთან (%)



წყარო: სტატისტიკის სამსახური; ფინანსთა სამინისტრო; ავტორის გამოთვლები. შენიშვნა:

2023-24 პროგნოზი

პრობლემის საპასუხოდ, 2017 წლის მაისიდან, ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამა საყოველთაოობიდან შედარებით მიზნობრივისკენ გადაიხარა. პოლიტიკური ხელისუფლების გადაწყვეტილებით, საბიუჯეტო პროგრამით მოსარგებლეთა წრეს ის პირები გამოეთიშნენ, რომელთა წლიური შემოსავალი 40 ათას ლარს აღემატება, ხოლო დანარჩენი მოსარგებლე პირებისთვის, მათი სტატუსისა და სამედიცინო სერვისის სახეების მიხედვით, დიფერენცირებული ლიმიტები და თანაგადახდის მექანიზმი დაწესდა. შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, დაახლოებით, 43.0 ათასი ადამიანი გამოეთიშა (Richardson & Berdzuli, 2017).

მიუხედავად ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდის ტემპის შენელება და დეფიციტურობის აღმოფხვრა ვერ მოხერხდა. მიღებული გადაწყვეტილებით, ხარჯების ზრდის ტემპი მხოლოდ ამავე წელს შემცირდა, თუმცა მომდევნო წლებში პრობლემამ

თავი ახლებურად იჩინა (იხ. გრაფიკი 1). ამდენად, 2017 წლის ცვლილებებმა საყოველთაო ჯანდაცვის გამოწვევებს სათანადოდ ვერ უპასუხა. თუმცა ამ ცვლილებით შედარებით ღარიბი მოსახლეობისთვის სამედიცინო ხარჯების წნეხი გაიზარდა. აღნიშნული წლიდან პროგრამას მაღალშემოსავლიანი მოსახლეობა გამოეთიშა, ხოლო დარჩენილი დაბალშემოსავლიანი მოსარგებლებისთვის თანადაფინანსების მექანიზმი ამოქმედდა. უკვე მათ სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს საბიუჯეტო პროგრამა სრულად არ დაფარავდა და ნაწილის გადახდა თავად მოუწევდათ. ეს კი საყოველთაო ჯანდაცვით მოსარგებლებისთვის ჯიბიდან გადახდების ზრდას ნიშნავდა.

მორიგი ცვლილება 2019 წლის მიწურულს განხორციელდა, როცა მთავრობამ სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების განსაზღვრა დაიწყო. ეს ეტაპი ფართო საზოგადოებისთვის „520-ე დადგენილების“ სახით იყო ცნობილი, რაც, ძირითადად, რეანიმაციისა და კარდიოქირურგიის ნაწილში სხვადასხვა მომსახურებაზე ერთიანი ტარიფის განსაზღვრას გულისხმობდა. თუმცა არც ეს ცვლილებები აღმოჩნდა პრობლემის მოგვარების საშუალება, რაც, მომდევნო პერიოდში, ფასების დადგენის უფრო დიდი მასშტაბისა და რთული სისტემის დამკვიდრებით დადასტურდა. ამასთან, ცვლილების შემდეგ, სამედიცინო სისტემის წარმომადგენლები მდგომარეობის გაუარესებაზე მიუთითებდნენ. აღნიშნავდნენ, რომ სათანადო სამედიცინო მომსახურებისთვის დადგენილი ტარიფები დაბალი იყო<sup>2</sup>.

საყოველთაო ჯანდაცვის მორიგი ცვლილება, რომელიც დიაგნოზების დაჯგუფებასა (DRG) და ამგვარი კლასიფიკაციის მიხედვით ფასების დადგენას გულისხმობდა, 2022 წელს განხორციელდა<sup>3</sup>. საქართველოში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის ამოქმედებაზე საუბარი ჯერ კიდევ ახალი კორონავირუსის პანდემიამდე დაიწყო, როცა მთავრობის წინაშე კვლავ დადგა საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯების მზარდი ტემპისა და ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამების დეფიციტურობის პრობლემა. თუმცა, წინამორბედებისგან განსხვავებით, ეს უკანასკნელი ჩარევა ბევრად მასშტაბურია.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი პირველად 1980-იან წლებში აშშ-ის ჯანდაცვის პროგრამებში დაინერგა, რაც, მოგვიანებით, ევროპის ქვეყნებშიც გავრცელდა. ამდენად, ეს მეთოდი, რომელიც დიდი ხანია არსებობს და ფართოდ გავრცელებულია,

---

<sup>2</sup> „ბიზნეს ფორმულა“ – „რა შედეგი მოიტანა ჯანდაცვის სექტორში დაწყებულმა რეფორმამ?“

<https://shorturl.at/muVW6>

<sup>3</sup> ხარჯების ანაზღაურების მეთოდის შესახებ დეტალურად იხილეთ: შამუგია ე., ჯანდაცვის ახალი პოლიტიკის გამოწვევები (დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების უარყოფითი ეფექტები), კვლევითი ინსტიტუტი Gnomon wise, <https://rb.gy/e3dww>

დასახული მიზნის ყველა პრობლემასა და გამოწვევას ვერ პასუხობს. უფრო მეტიც, რიგი მიმართულებით, ახალი პრობლემების საფუძველი ხდება (Rakviashvili & Shamugia, 2020).

მაგალითად, მთავრობის მიერ განსაზღვრული ფასების პირობებში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, მოგების შენარჩუნების მიზნით, ხარჯების მინიმუმაციას ცდილობს. ეს კი მკურნალობის ინტენსივობასა და/ან ხარისხზე უარყოფითად აისახება (Paddock et al., 2007; Farrar et al., 2009; Hamada et al., 2012; Barouni et al., 2020).

გავრცელებულია დიაგნოზების მიხედვით დისკრიმინაციული მიდგომა, როცა სამედიცინო დაწესებულებები ცდილობენ, უმკურნალონ უფრო „მომგებიან“ პაციენტებს (Monrad Aas, 1995; Ellis, 1998). იგივე პრობლემა, თუმცა უფრო დიდი მასშტაბით, ვლინდება მაშინ, როცა სამედიცინო პროვაიდერებს მომგებიან დაავადებებზე ფოკუსირების სტიმული უჩნდებათ, ხოლო სხვა მომსახურებას ან არ აწვდიან, ან მიწოდების მოცულობას ზღუდავენ. ეს კი სამედიცინო სექტორში სხვადასხვა სერვისის მიწოდებას შორის მნიშვნელოვან დისპროპორციას იწვევს (Gilman, 2000; Liang, 2014; Parkinson et al., 2019).

გარდა ამისა, ვლინდება ჰოსპიტალიზაციის პერიოდით ან დიაგნოზებით (კოდებით) მანიპულაციის შემთხვევები. უფრო მეტიც, სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურების ასეთი მეთოდის პირობებში, საავადმყოფოები ამცირებდნენ ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობას, მოკლევადიანი სტაციონარის ხარჯზე (Norton et al., 2002; Perelman & Closon, 2007; Pongpirul et al., 2011), რაც შეიძლება არასაკმარისი მომსახურების მიწოდების ტოლფასი იყო.

მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვაში განხორციელებული მკვეთრი ცვლილებისა, აღნიშნული საბიუჯეტო პროგრამა კვლავ უძირო ქვევრად რჩება. მთავრობის მიერ ხარჯების მოთოკვის მცდელობის მიუხედავად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფინანსური რესურსები არსებითად იზრდება, ხოლო პროგრამა, წლიდან წლამდე, დეფიციტურობით გამოირჩევა.

შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულმა პოლიტიკამ რეგულირების სპირალში შეგვიყვანა, როცა მთავრობის ყოველი მორიგი ჩარევა კიდევ უფრო მეტ სირთულეს აჩენს და უფრო მეტი რეგულირების საჭიროებას ქმნის. ასეთი სპირალის შედეგი კი ჯანდაცვის სისტემის დეგრადაციაა.

**გამოყენებული ლიტერატურა**

- Barouni, M., Ahmadian, L., Anari, H. S., & Mohsenbeigi, E. (2020). Investigation of the impact of DRG-based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilisation, and efficiency- A systematic review. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1463–1474. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1782663>
- Boyd H. Gilman. (2000). Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. *Health Economics*. [https://doi.org/10.1002/1099-1050\(200006\)9:4](https://doi.org/10.1002/1099-1050(200006)9:4)
- Daniel Z. Louis, E J Yuen, M Braga, Americo Cicchetti, Carol Rabinowitz, C Laine, & Joseph S. Gonnella. (1999). Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Services Research*, 34(1 Pt 2), 405–415. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10199684/>
- Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, 17(5), 537–555. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(97\)00042-8](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(97)00042-8)
- Farrar, S., Yi, D., Sutton, M., Chalkley, M., Sussex, J., & Scott, A. (2009). Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *BMJ*, 339(aug27 2), b3047–b3047. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3047>
- Hamada, H., Sekimoto, M., & Imanaka, Y. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*, 107(2–3), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.002>
- Liang, L. L. (2014). Do Diagnosis-Related Group-Based Payments Incentivise Hospitals to Adjust Output Mix? *Health Economics*, 24(4), 454–469. <https://doi.org/10.1002/hec.3033>
- Monrad Aas, I. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34(3), 205–220. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00759-8](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00759-8)
- Norton, E. C., Van Houtven, C. H., Lindrooth, R. C., Normand, S. L. T., & Dickey, B. (2002). Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, 11(5), 377–387. <https://doi.org/10.1002/hec.675>
- Paddock, S. M., Escarce, J. J., Hayden, O., & Buntin, M. B. (2007). Did the Medicare Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System Result in Changes in Relative Patient Severity and

Relative Resource Use? *Medical Care*, 45(2), 123–130.  
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000250863.65686.bc>

Parkinson, B., Meacock, R., & Sutton, M. (2019). How do hospitals respond to price changes in emergency departments? *Health Economics*, 28(7), 830–842. <https://doi.org/10.1002/hec.3890>

Perelman, J., & Closon, M. C. (2007). Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian case. *Health Policy*, 84(2–3), 200–209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.010>

Pongpirul, K., Walker, D. G., Rahman, H., & Robinson, C. (2011). DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. *BMC Health Services Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-290>

Rakviashvili, A., & Shamugia, E. (2020). Analysis of Georgia’s Universal Healthcare System and Ongoing Reforms. Gnomon Wise - Research Institute.  
<https://gnomonwise.ug.edu.ge/en/publications/researches/6>

Richardson E. & Berdzuli N. (2017) *Georgia Health system review, Health Systems in Transition*, Vol. 19 No. 4 // World Health Organization.