

Target groups assistance or Universal coverage: Georgian pathway to reach the SDGs. Overview

Ketevan Goginashvili

The University of Georgia, School of Health Sciences
PhD student, Public Health

Summary:

Achieving Universal Health Coverage by 2030 is one of the priorities of the UN Sustainable Development Goals (Priority 3.8) and World health Organizations' Thirteenth general programme of work 2019-2023. From the 1990s, after independence, Georgia has gone through a diverse and interesting way towards achieving universal coverage. A number of reforms were implemented in the healthcare sector: 1995-2003 - introduction of mandatory health insurance (3% + 1%); 2007-2012 - state health insurance through the private insurance companies for target groups and since 2013 - universal access to health services. Comparison of the models of target population coverage by the health service and the universal coverage showed that both stages of healthcare financing system are characterized by the high share of out-of-pocket payments on health care services, especially on drugs (OOP on drugs as share of Total Health Expenditure – 36-40%), and thus a gradual increase in state funding for healthcare should be advocated (recommendation of World Health Organization for middle income countries - 4-5% of GDP and 14-15% of State budget). The need for development of primary health care and preventive services also remains a significant challenge. Introduction of modern systems for quality control and provider remuneration is crucial for the financial sustainability of the healthcare system and cost containment (Diagnosis-retail Groups, Result based Financing, Active purchasing, Selective contracting). And the state program providing medicines for chronic diseases should be expanded to reduce the cost of pharmaceuticals.

Introduction

Universal health coverage implies the ability of all persons to receive high-quality medical services with guaranteed financial risk protection. Achieving universal health coverage by 2030 is a priority of the UN sustainable development goals. Universal access to services creates the opportunity to attain better health and shield against poverty for hundreds of millions of people, especially for vulnerable groups.

From the 1990s, after independence, Georgia has gone through a diverse and interesting way towards achieving universal coverage. A number of reforms were implemented in the healthcare sector: 1995-2003 - introduction of mandatory health insurance (3% + 1%); 2007-2012 - state health insurance through private insurance companies for target groups and since 2013 - universal access to medical services.

This article reviews the strengths and weaknesses of the 2007-2012 period reform, which has been replaced by the new universal healthcare model since February 2013.

მიზნობრივი ჯგუფების სამედიცინო მომსახურება თუ უნივერსალური მოცვა: საქართველოს ნაბიჯები მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევის მიმართულებით
ქეთევან გოგინაშვილი

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა
დოქტორანტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

რეზიუმე:

2030 წლისთვის სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გეროს მდგრადი განვითარების მიზნების (პრიორიტეტი 3.8) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2019-2023 მეცამეტე ზოგადი სამოქმედო პროგრამის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს. 1990-იანი წლებიდან, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველომ უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით მრავალფეროვანი და საინტერესო გზა განვლო. ჯანდაცვის სექტორში გატარდა რეფორმების მთელი რიგი: 1995-2003 - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის შემოღება (ე.წ. 3%+1%); 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით და 2013 წლიდან დღემდე - სამედიცინო სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. მიზნობრივი მოსახლეობის ჯანდაცვის სერვისებით მოცვის და უნივერსალური მოცვის მოდელების შედარების შედეგებმა აჩვენა, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ორივე ეტაპისთვის დამახასიათებელია მოსახლეობის მიერ ჯანდაცვის სერვისებზე განსაკუთრებით კი მედიკამენტებზე ჯიბიდან გადახდების მაღალი ხვედრითი წილი (ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 36%-40%), რისთვისაც აუცილებელია ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება (ჯანმოს მიერ საშუალო შემოსავლების ქვეყნებისთვის რეკომენდებულია მშპ-დან 4-5% და ბიუჯეტიდან 14-15%). ასევე მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება პირველადი ჯანდაცვის

Methodology used for review

The following parameters have been selected to compare the two phases of health financing reform: health care expenditures, coverage area, Benefit packages, services utilization and medical service satisfaction. The set of indicators to measure above parameters has also been defined.

2007-2012 - target group coverage with advanced payment schemes

From 2007 a new wave of health care reform began. The management of state assignments for health insurance for vulnerable (targeted) groups of the population was transferred to private insurance companies that became the health service purchasers for these groups. The insurance companies introduced so-called "pre-payment" schemes and the Social Services Agency (passive purchaser) monthly transferred premiums in accordance with the number of insured population. The state assignments drawn up by general taxes were the source of the funding.

2013 - Providing universal access to services

Since 2013, the state of health policy has changed drastically: provision of health care services to target groups has been replaced by universal coverage. The program is managed by LEPL "Social Service Agency", which was transformed from passive purchaser to active purchaser. By the content and management mechanisms, it is not based on insurance contributions and is similar to so-called "vertical programs" in the country. Financing of rendered services is largely based on the cost of the case.

Health service expenditure

2007-2012 reform aimed at the establishment of pre-payment practices instead of out-of-pocket payments to rationalize private expenditures on health care. Since 2013, the government has laid the foundation of the health policy oriented to the health and well-being of the population and universal coverage by state-funded medical services for all citizens.

From 2007, in parallel with the new wave of reform, the gradual increase of funds for health care in the state budget has begun and still continues. The health budget amounted to 203 million GEL in 2007 and 450 million GEL in 2012 (Figure 1).

Since 2013, the declaration of universal well-being policy has been reflected in the unprecedented growth of the state assignments allocated to the health sector (450 million GEL in 2012 – 1135 million GEL in 2018) (Figure 1).

The share of state expenditure in GDP represents the best measure of the country's fiscal situation and the public welfare. In 2007-2012, the share of health expenditure in GDP was characterized by fluctuation. However, overall, it did not change significantly (1.2% in 2007 and 1.7% in 2012) (Figure 1).

In 2013-2018, the share of public expenditure for healthcare in GDP increased from 2% to 3% and the share in the state budget - from 5.3% to 10%, thus Georgia got closer to European norms (For Middle income countries – 4

სისტემის და პრევენციული სერვისების განვითარების აუცილებლობა. ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემების დანერგვა (დიაგნოზთან სეჭიდული ჯგუფები, შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურება, აქტიური შესყიდვა და სელექტიური კონტრაქტირება). ფარმაცევტულ საშუალებებზე დანახარჯების ზრდის შესამცირებლად კი ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება.

შესავალი

სამედიცინო სერვისებზე უნივერსალური მოცვა გულისხმობს ყველა ადამიანის შესაძლებლობას მიიღოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ფინანსური რისკებისაგან დაცვის გარანტიით. 2030 წლისთვის სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გაეროს მდგრადი განვითარების მიზების პრიორიტეტს წარმოადგენს. სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა არის უკეთესი ჯანმრთელობის და სიღარიბისაგან დაცვის შესაძლებლობა ასობით მილიონი ადამიანისათვის, განსაკუთრებით კი - მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

1990-იანი წლებიდან, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველომ უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით მრავალფეროვანი და საინტერესო გზა განვლო. ჯანდაცვის სექტორში გატარდა რეფორმების მთელი რიგი: 1995-2003 - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის შემოღება (ე.წ. 3%+1%); 2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით და 2013 წლიდან დღემდე - სამედიცინო სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

წინამდებარე სტატიაში განხილული იქნება 2007-2012 წლების რეფორმის შედეგების ძლიერი და სუსტი მხარეები, რომელსაც 2013 წლის თებერვლიდან ჩაენაცვლა ახალი საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელი.

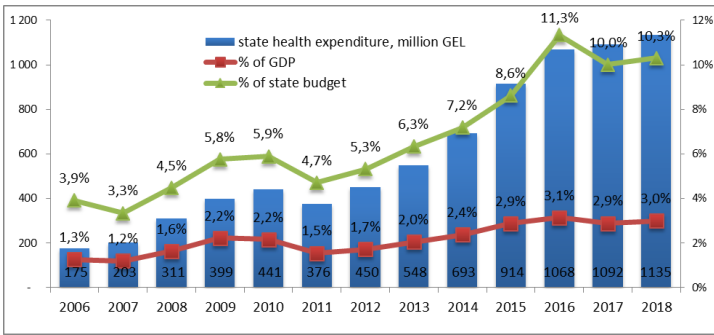


Figure 1: Trends in state expenditure on health
Source: Ministry of Labor, Health and Social Affairs, National Health Accounts

-5% as share of GDP and 14-15% of State Budget (Figure 1). Parallel to the growth in public spending on health care in absolute numbers, its share in total expenditure on health also increased (16% in 2007, 21% in 2012 and 38% in 2017) (Figure 2). However, it is still low compared to other countries in the European region (average for Euro Region – 68% - 2015).

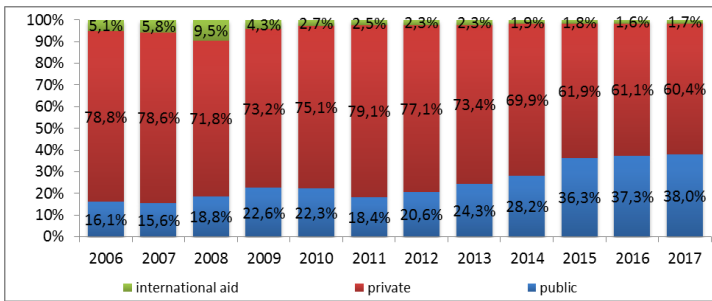


Figure 2: The structure of the total health expenditure, Georgia
Source: Ministry of Labor, Health and Social Affairs, National Health Accounts

Significant decline in the share of out-of-pocket payments was observed in 2012-2017 (average for Euro Region – 27% - 2015). This is due to the sharp growth of state funding in the country, increasing access to healthcare services and significant growth of outpatient and inpatient service utilization (Figure 3).

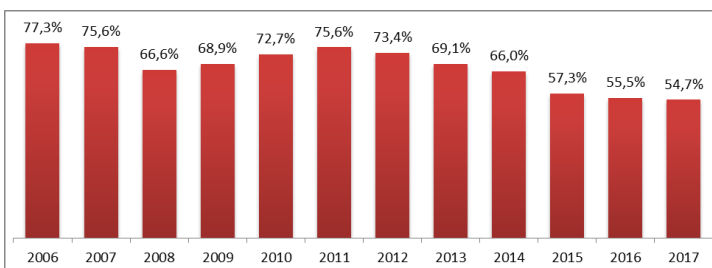


Figure 3: share of out-of-pocket expenditure (%) in total expenditure on health, Georgia
Source: Ministry of Labor, Health and Social Affairs, National Health Accounts

მიმოხილვისთვის გამოყენებული მეთოდოლოგია ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმირების ორი ეტაპის შედარებისთვის შეირჩა შემდეგი პარამეტრები: ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები, მოცვის არეალი, სერვისების პაკეტი, სერვისების უტილიზაცია და სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება. ასევე განისაზღვრა აღნიშნული პარამეტრების გასაზომი ინდიკატორთა ნაკრები.

2007-2012 - მიზნობრივი ჯგუფების წინასწარი გადახდის სქემებით მოცვა

2007 წლიდან დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ტალღა. მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები. სადაზღვევო კომპანიებისთვის დაინერგა ე.წ „წინასწარი გადახდის“ სქემები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ (პასიური შემსყიდველი) ყოველთვიურად ერიცხებოდათ პრემიები დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად. პრემიების დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებით შედგენილი სახელმწიფო ასიგნებები.

2013 წელი - სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოველთაო მოცვით. პროგრამას მართავს სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, რომელიც პასიური შემსყიდველისგან გახდა აქტიური შემსყიდველი. შინარსითა და მართვის მექანიზმებით იგი არ არის სადაზღვევო შენატანებზე დაფუძნებული და მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ „ვერტიკალური პროგრამებისა“. გაწეული მომსახურების დაფინანსება ხდება უმეტესწილად შემთხვევის ღირებულების მიხედვით.

In the last decade, the share of expenditure on medication is still high from the total expenditure on health care (36-40%), the main source of funding is OOP (60-63% of pocket payments). Funding for hospital services has been increasing since 2013 and the expenditure of outpatient and preventive services are still low (Figure 4).

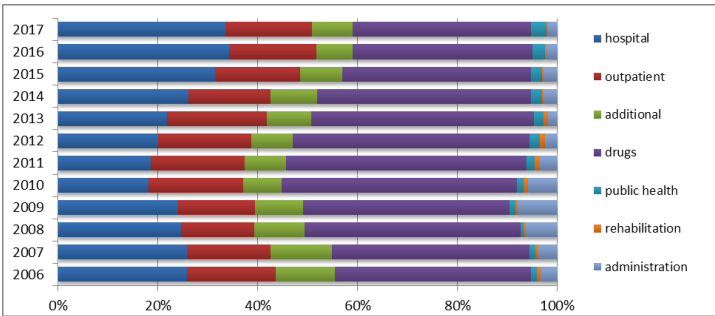


Figure 4: Distribution of total health expenditure by the service type
Source: Ministry of Labor, Health and Social Affairs, National Health Accounts

Coverage area

To increase physical access to health care for the vulnerable groups such as population below the poverty line, “people’s actors”, “people’s artists”, laureates of Rustaveli Prize, IDPs in the compact settlements and children without care became the beneficiaries of the state health insurance program from 2007 (Decree N218 of 9 December 2009). The second state insurance program was launched in September 2012 and included children aged 0-5, retirement age population, students, children with disabilities and people with severe disabilities (Resolution N165 of May 7, 2012 of the Government of Georgia). By the end of 2012, state health insurance covered 1.6 million people (Social Service Agency).

In 2007, only 6% of the population was covered by some form of health insurance, and by 2012, every second citizen of Georgia was insured and 75% of insured were covered by state insurance programs (Figure 5).

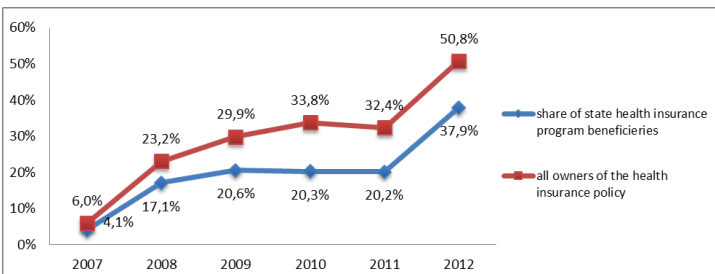


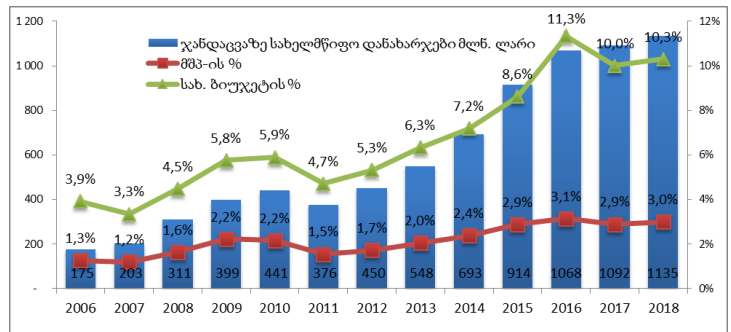
Figure 5: State health insurance program beneficiaries and all owners of health insurance policy as share of the total population of the country
LEPL Social Service Agency/National Bank of Georgia

ჯანდაცვაზე დანახარჯები

2007-2012 წლებში გატარებული რეფორმის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების რაციონალიზაციის მიზნით წინასწარი გადახდის პრაქტიკის დამკვიდრება, ნაცვლად ჯიბიდან წარმოებული გადახდებისა. 2013 წლიდან ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ ჯანმრთელობის პოლიტიკას და ყველა მოქალაქისთვის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას.

2007 წლიდან რეფორმის ახალი ტალღის პარალელურად, დაიწყო სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი თანხების თანდათანობით მატება. 2007 წ. 203 მლნ. ლარი და 2012 წ. 450 მლნ. ლარი (ნახ. 1).

2013 წლიდან, საყოველთაო კეთილდღეობაზე ორიენტირებული პოლიტიკის დეკლარირებამ რეალური ასახვა ჰპოვა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო ზრდაში (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2018 წ. 1135 მლნ ლარი) (ნახ. 1).



ნახატი 1: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები
წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო/ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

ქვეყნის ფისკალური მდგომარეობის და საზოგადოების კეთილდღეობის საუკეთესო საზომია სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-სთან მიმართებაში. 2007-2012 წლებში მშპ-დან ჯანდაცვაზე ნახარჯების ხვედრით წილს ფლუქტუაცია ახასიათებდა. თუმცა, მთლიანობაში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა (2007 – 1.2%; ხოლო 2012 წ. 1.7%) (ნახ. 1).

The universal health care program beneficiaries are persons having the document confirming the Georgian citizenship, neutral ID, neutral travel document; also stateless persons with status in Georgia, persons with refugee or humanitarian status and asylum-seekers.

In February 2013, the launch of universal health care program initiated universal coverage with healthcare services (29.5% in 2010, 40% in 2012, 100% for 2014 (Health Service Utilization and Expenditure Survey 2014).

Since May 2017, the new wave of universal health care reform has created an opportunity for the population with an annual income of 40000 GEL and more (in total 42,000 people) not to be covered either by state or private insurance schemes.

According to LEPL "Georgian Insurance Surveillance Service, by the end of 2018, 5.5% of the population was covered by corporate/individual schemes only, 6.1% - have state-budget insurance, the rest of the population was the beneficiary of the universal health care program, and only 0.4% of the population was not covered by either public or private scheme.

Service package: BBP

The state health insurance program for the vulnerable groups launched in 2007 (the Government decree 218, 2009) and the state health insurance program that started in 2012 (the Government decree N165, 2012) for children aged 0-5, retirement age population, children with disabilities and people with severe disabilities offered quite extensive service package including the planned outpatient, emergency outpatient and inpatient services, planned surgery, childbirth and caesarean section, and also basic medicines.

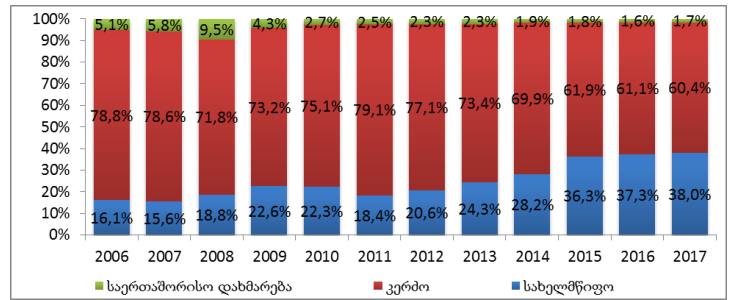
The first phase of the universal healthcare program that began in 2013 implied covering of the uninsured population with a minimal package. The second phase of universal healthcare program started on 1 July 2013 - the volume of programmatic medical services increased (basic package) and became almost the same as the target group insurance package in 2007-2012, with the only difference in co-payment for different income groups.

Since May 2017, the beneficiaries have been divided by the income groups (the change has not affected the target groups (socially vulnerable, age pensioners, children between 0-6 years, students, teachers, veterans and others) and new co-payment mechanisms were identified.

Persons with an annual income of 40,000 GEL or more can use only the following services: childbirth/cesarean section, hospital care for high-risk women during pregnancy, childbirth and postpartum period and treatment of infectious diseases.

2013-2018 წლებში 2%-დან 3%-მდე გაიზარდა ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სახელმწიფო ხარჯების წილი მშპ-დან, და 5.3%-დან 10%-მდე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, რითაც საქართველო კიდევ უფრო მიუახლოვდა ევროპულ ნორმებს (საშუალო შემოსავლის ქვეყნებისთვის ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-ის 4-5% და სახელმწიფო ბიუჯეტის 14-15%) (ნახ. 1).

აბსოლუტურ ციფრებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მატების პარალელურად, იზრდება მისი ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში (2007 წ. 16%; 2012 წ- 21%; - 2017 წ. 38%) (ნახ. 2). თუმცა, კვლავ დაბალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით (ევროპის საშუალო 68% - 2015).



ნახატი 2: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა, საქართველო

წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო/ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

ჯიბიდან გადახდების ხვედრითი წილის მნიშვნელოვანი კლება აღინიშნებოდა 2012-2017 წლებში (ევროპის საშუალო - 27%, 2015).

აღნიშნული, ქვეყანაში სახელმწიფო დაფინანსების მკვეთრი მატებით, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდით და როგორც ამბულატორიული ისე სტაციონარული სერვისების უტილიზაციის მნიშვნელოვანი მატებითაა განპირობებული (ნახ. 3).

ნახატი 3: ჯიბიდან გადახდების წილი (%) ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან, საქართველო

წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო/ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

From July 1, 2017, persons suffering from chronic conditions, who are registered in the unified database of "socially vulnerable families" with the rating score not exceeding 100,000, are eligible for the state program providing drugs for chronic conditions. The program provides patients with selected drugs for chronic cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes (type 2) and thyroid conditions, Parkinson and Epilepsy. From September 2018, program was expanded and covers not only social vulnerable groups, also pensions and disabled persons.

Service utilization

To evaluate the reform outcomes it is important to measure the health service utilization indicators, especially at the primary healthcare level.

In 2002-2012, on average the admissions to outpatient-polyclinic services in Georgia did not exceed 2.2. Since the introduction of the Universal Healthcare Program, a sharp rise in admissions was observed in both outpatient and inpatient facilities. In 2017, the number of admissions to outpatient-polyclinic services reached 3.5 per capita (Figure 6). By this indicator, Georgia is among the last ten countries in the WHO Europe region. As the data of the Health Service Utilization and Expenditure Surveys show, the population chooses hospitals more frequently compared to the outpatient services.

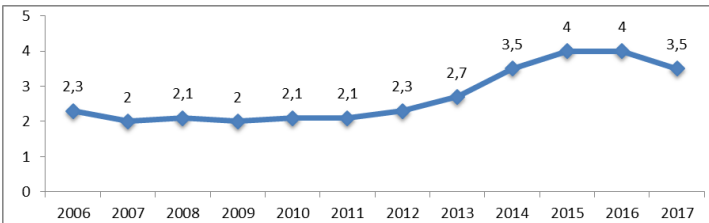


Figure 6: Number of admissions to outpatient-polyclinic facilities per capita, Georgia
Source: LEPL National Center for Disease Control and Public Health

In 2007-2012, hospitalization rates were virtually stagnant. In parallel to ensuring universal accessibility since 2013, a sharp increase in hospital admissions has begun (Figure 7).

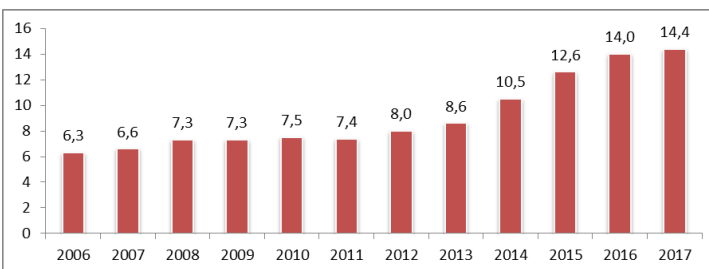
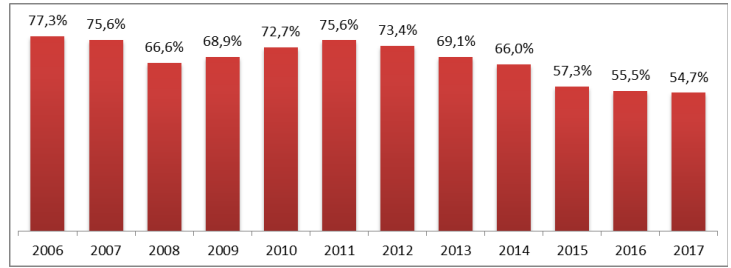
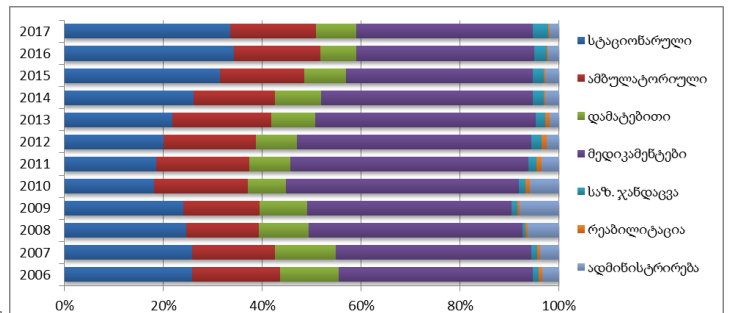


Figure 7: Hospitalization rate per capita, Georgia
Source: LEPL National Center for Disease Control and Public Health



უკანასკნელ დეკადაშიც კვლავ მაღალია მედიკამენტებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯებიდან (36-40%), რომლის დაფინანსების მთავარ წყაროს უკლებიდან გადახდები წარმოადგენს (უკლებიდან გადახდების 60-63%). 2013 წლიდან იზრდება ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსება და კვლავ დაბალია ამბულატორიულ და პრევენციულ სერვისებზე დანახარჯები (ნახ. 4).



ნახატი 4: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების განაწილება მომსახურების სახეების მიხედვით წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო/ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

მოცვის არეალი

მოსახლეობის მოწყვლადი ფენებისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, 2007 წელს დაწყებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლები იყვნენ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები, კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები, მზრუნველობამოკლებული ბავშვები (საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილება). 2012 წლის სექტემბერში ამოქმედდა მეორე სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა, რომელმაც მოიცვა 0-5 წლის ასაკის ბავშვები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული

Georgia has made significant progress towards health outcomes in the last decade in terms of indicators such as maternal and child mortality and the average life expectancy that represent the country's economic development milestone.

The healthy life expectancy - 74 years is relatively high compared to the data of similar income countries (72 years, 2016). Healthy life expectancy in 2012 was 65 years (WHO 2015), and by 2015 it increased to 66.4 and is only 8 years behind the average life expectancy at birth. Reduction in the under-five mortality rate in 2000-2018 is significant: from 30.1 to 9.8. Maternal deaths decreased from 47.8 (2000) to 13.1 in 2017.

Access to health services

Financial barriers to access to medical services represent one of the main challenges that negatively affect the health system of the country and, in many cases, do not allow the population to seek for care.

The appraisal of government policy success in terms of alleviation of the household financial burden of healthcare may be based on findings of "Health Service Utilization and Expenditure Survey (HUES)" conducted with financial and technical support of the World Bank and WHO once in every three years.

Despite the significant growth in state health insurance coverage in 2007-2012, the financial access to medical services increased slightly, however, substantial improvement was observed since 2013.

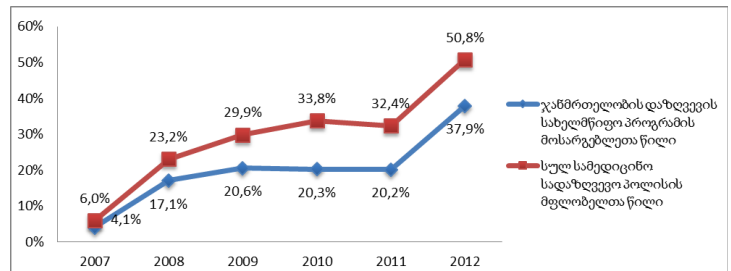
According to the survey, in 2007 approximately 15% of the respondents with acute conditions (in 30 days before the survey) were not able to receive a medical consultation due to the high cost, and in 2010 the indicator grown slightly - up to 16%. The universal coverage has decreased this indicator to 10% in 2014, and to 6.8% by 2017.

The share of those people who needed hospitalization, but were not hospitalized for financial reasons, decreased from 4% in 2007 to 2.6% in 2010 and 0.7% in 2017. Survey data show that both waves of reforms have not had a significant effect on access to medications.

There was a significant difference between the poorest and the richest quintile in terms of financial access to medical services. The percentage of people who indicated that health care is not financially accessible for them varied by type of services, but decreased significantly in both quintiles according to data of 2014 and 2017 in comparison with 2010.

შესაძლებლობის მქონე პირები (საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილება). 2012 წლის ბოლოსთვის სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევამ მოიცვა 1.6 მლნ ადამიანი (სოციალური მომსახურების სააგენტო)

2007 წელს მოსახლეობის მხოლოდ 6% იყო მოცული ჯანმრთელობის დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, ხოლო 2012 წლისთვის უკვე დაზღვეული იყო საქართველოს ყოველი მეორე მოქალაქე და დაზღვეულთა 75% სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებითაა მოცული (ნახ. 5).



ნახატი 5: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახ. პროგრამის მოსარგებლეთა და სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან

წყარო: სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, საქართველოს ეროვნული ბანკი

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლენი არიან საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამ-გზავრო დოკუმენტის მქონე პირები; ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე და თავშესაფრის მაძიებელი პირები.

2013 წლის თებერვალში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ სათავე დაუდო სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას (29.5% - 2010 წელს, 40% - 2012 წელს, 100% - 2014 წლისთვის (ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014).

2017 წლის მაისიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმირების ახალმა ტალღამ წლიური 40000 ლარის და მეტი შემოსავლების მქონე მოსახლეობისთვის (სულ 42 ათასი ადამიანი) გააჩინა შესაძლებლობა არ იყვნენ მოცული არც სახელმწიფო და არც კერძო სადაზღვევო სქემებით. სსიპ „საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო

Table 1: Several indicators of access to health services

Indicator	Year	Poorest Quintile	Richest Quintile	Total
% of the population who were ill in the last 30 days and could not receive a consultation because it was very expensive (% for all reasons)	2007	18.2	11.8	15.1
	2010	25.3	5.3	16.7
	2014	18.7	4.9	10.0
	2017	12.3	2.7	6.8
% of consultations when a medication was prescribed but could not be purchased because it was expensive (base: all consultations)	2007	15.7	7.2	11.4
	2010	21.7	10.3	13.1
	2014	18.6	5.6	10.2
	2017	15.2	5.5	9.6
% of consultations when a lab test was prescribed but could not be done because it was expensive (base: all consultations)	2007	5	3.9	4.1
	2010	6.3	2.9	4.2
	2014	5.1	1.9	2.9
	2017	3.4	1.3	2.4
% of the population who needed hospital care but were not hospitalized because it was expensive (base: total)	2007	4.6	3.5	4.0
	2010	3.4	2.6	2.6
	2014	1.4	1.2	1.2
	2017	0.7	0.5	0.7

Source: WB, WHO: HUES 2017

Conclusion:

2007-2012 Reform outcomes: Despite the increase in public expenditure on healthcare in absolute numbers, its share in GDP and state budget was quite low. In the European region, Georgia is distinguished by high rates of out-of-pocket expenditure on health care (70% of total expenditure on health care) and unprecedented high expenditure on medications that are especially challenging.

It is noteworthy that at the beginning of 2013, despite the introduction of various financing models more than half of the Georgian population did not have any kind of "insurance" for health services.

At the same time, during the same period, establishment of the health insurance system and introduction of market principles practically eliminated non-formal payments for medical services and fully legalized remuneration methods, including direct payment for services.

The universal health coverage program outcomes: The survey carried out by the World Bank, the World Health Organization and the US Agency for International Development pointed at the main achievements of the Universal Healthcare Program: improved access to health care, increased utilization of health services, reduced financial barriers and enhanced coverage. The European Health Report 2015 of the WHO Regional Office for Europe recognized the universal health care program as a successful project. Implementation of social justice policy resulted in an

ზედამხედველობის სამსახურის ინფორმაციით, 2018 წლის ბოლოსთვის სექტემბრისთვის მოსახლეობის 5.5% დაზღვეულია მხოლოდ კორპორატიული/ინდივიდუალური სქემებით, 6.1%-ს აქვს სახელმწიფო-საბიუჯეტო დაზღვევა (ძალოვანი სტრუქტურების თანამშრომლები და მათი ოჯახის წევრები), დანარჩენი მოსახლეობა წარმოადგენს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეს. მხოლოდ მოსახლეობის 0.4% არ არის მოცული არც სახელმწიფო და არც კერძო სქემებით.

სერვისების პაკეტი: BBP

2007 წელს ამოქმედებული მოწყვლადი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 218 დადგენილება) და 2012 წელს დაწყებული 0-5 წლის ასაკის ბავშვების, საპენსიო ასაკის მოსახლეობის, სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (საქართველოს მთავრობის 2012 წლის N165 დადგენილება) სერვისების პაკეტი იყო საკმაოდ ფართო და მოიცავდა გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, გეგმიურ ქირურგიას, მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას, და ასევე საბაზისო სამკურნალო საშუალებებს. 2013 წელს დაწყებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი გულისხმობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის მოცვას მინიმალური პაკეტით. 2013 წლის 1 ივლისიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - გაიზარდა პროგრამული სამედიცინო სერვისების მოცულობა (ბაზისური პაკეტი) და გახდა თითქმის იგივე, რაც იყო მიზნობრივი ჯგუფების დაზღვევის პაკეტი 2007-2012 წლებში, მხოლოდ განსხვავებაა თანაგადახდები სხვადასხვა ჯგუფების მიხედვით. 2017 წლის მაისიდან დაიწყო მოსარგებლეების დაყოფა შემოსავლების ჯუფების მიხედვით (ცვლილება არ შეეხო მიზნობრივ ჯგუფებს (სოციალურად დაუცველებს, ასაკით პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, სტუდენტებს, პედაგოგებს, ვეტერანებს და სხვა)) და განისაზღვრა თანაგადახდის ახალი მექანიზმები.

unprecedented rise in state spending on health care, a significant reduction in the amount paid out-of-pocket (55% of total health expenditure in 2017) and financial protection.

Substitution of multi-purchasers by a solo-purchaser in the health financing system significantly reduced the state program administration costs.

Introduction of the universal healthcare program has led to a substantial increase in the right of the population to state-sponsored health care services. As a result, coverage by services significantly increased - from 29.5% of the population in 2010, up to 40% by the end of 2012 and up to 99.9% by 2014 (HUES).

The utilization of health services has also increased. In 2017, the number of outpatient admissions per capita amounted to 3.5 (in 2012 - 2.3), while the hospitalization rate increased by 100 percent from 8.0 (2012) to 14.0 (2017).

Recommendations:

As a result of reforms implemented in the health care system over the last 15 years, the overall expenditures on health care, as well as allocations from the state budget increased significantly, however, the risk of catastrophic household expenditure on health services is still high. Consequently, with the growth of the country's economy and budget revenues, it is necessary to advocate for the gradual growth of state financing for the health sector, based on financial landscape analysis and the programmatic needs of health sector (recommendation of World Health Organization for middle income countries - 4-5% of GDP and 14-15% of State Budget).

In order to increase the health system cost-effectiveness, modern systems of quality control and medical facility remuneration for PHC and inpatient services should be introduced (such as Diagnosis-related Groups, Result-based Financing). It is also important to enhance active purchasing role and enlarge the selective contracting mechanisms. In order to reduce the cost of pharmaceuticals, it is necessary to improve financial access to essential drugs (for example, medications for chronic conditions) through optimized basic package and the principals of rational pharmacotherapy.

Development of the primary health care system and its "gatekeeping" function are essential for financial sustainability of the health system and cost containment. At the same time, it is important to invest more financial resources in preventive services in order to strengthen primary, secondary and tertiary prevention of diseases imposing the most severe burden of morbidity and mortality, and thus protecting people with chronic conditions from the catastrophic expenditure on health care.

პირებს, რომელთა წლიური შემოსავალი 40 000 ლარი და მეტია, შეუძლიათ ისარგებლონ მხოლოდ შემდეგი სერვისებით: მშობიარობა/საკეისრო კვეთა და მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება და ინფექციური დაავადებების მკურნალობა.

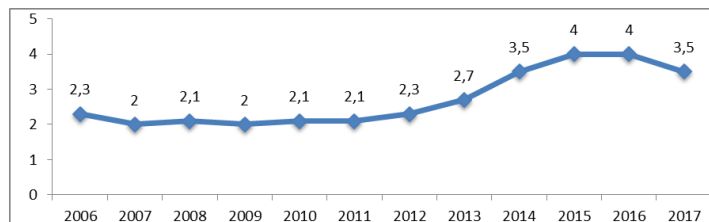
2017 წლის 1 ივლისიდან ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთათვის, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების“ მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათზე მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000-ს, საპენსიო ასაკის მოქალაქეთათვის და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებების, ფილტვის ქრონიკული დაავადებების, დიაბეტის (ტიპი 2), ფარისებრი ჯირკვლის პარკინსონისა და ეპილეფსიის დაავადებათა რიგი სამკურნალო მედიკამენტებით პაციენტთა უზრუნველყოფა.

სერვისების უტილიზაცია

რეფორმების შედეგების შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის მაჩვენებლების შეფასება, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვიანობის საშუალო მაჩვენებელი საქართველოში 2002-2012 წლებში 2.2-ს არ აღემატებოდა. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, დაფიქსირდა მოსახლეობის მიმართვიანობის მკვეთრი ზრდა როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებებში. 2017 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვათა რაოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე 3.5-ს მიაღწია (ნახ. 6). საქართველო ამ მაჩვენებლით ქვეყნების ბოლო ათეულში შედის ჯანმოს ევროპის რეგიონში. როგორც სერვისების უტილიზაციისა და დანახარჯების კვლევის შედეგები აჩვენებს, მომსახურების მისაღებად მოსახლეობა უფრო ხშირად ირჩევს ჰოსპიტალურ დაწესებულებებს, ამბულატორიულთან შედარებით.

References:

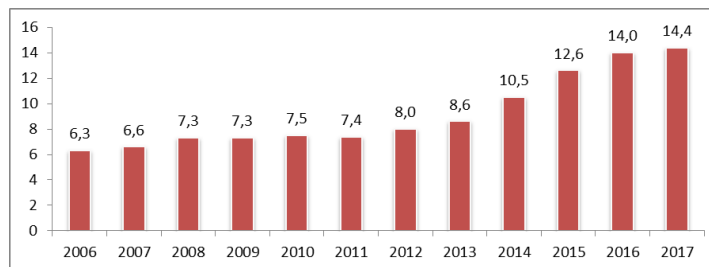
1. Government of Georgia. N165 Decree, 07.05.2012. Legislative Herald Of Georgia. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1650266?publication=0>
2. Government of Georgia. N218 Decree, 09.12.2009. Legislative Herald Of Georgia. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4372?publication=0>
3. Government of Georgia. N36 Decree, 25.02.2013. Legislative Herald Of Georgia. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1852448>
4. Ministry of Internally displaced Persons from Occupied Territories, Labor, Health and Social Affairs. National Health Accounts <https://www.moh.gov.ge/ka/566/jandacvis-erovnuli-angariSebi>
5. Ministry of Labor, Health and Social Affairs. Health System performance Assessment Report. 2009
6. Ministry of Labor, Health and Social Affairs. Health System performance Assessment Report. 2007
7. National Institute for Disease Control and Public Health. Health Care. Statistical Yearbook. 2017
8. National Statistics Office of Georgia (2019), Consumer Price Index, http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=127&lang=geo
9. Social Service Agency: Statistical information. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=610
10. United Nations. Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>
11. World Bank Group. 2017. Georgia Public Expenditure Review. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/630321497350151165/pdf/114062-PER-P156724-PUBLIC-PERFINAL.pdf>)
12. World Bank, World Health Organization. Global Fund. Health expenditure and utilization survey. 2007, 2010, 2014, 2017 (HUES)
13. World Health Organization for European Region. eorgia: Health System review. 2017
14. World Health Organization for European Region. European Health Information Gateway: Health for All explorer. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
15. World Health Organization for European Region. European health Report. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence. 2015
16. World Health Organization for European Region. Georgia: Health System review. 2009



ნახატი 6: ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო

წყარო: სსიპ „დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“

2007-2012 წლებში ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები პრაქტიკულად სტაგნაციას განიცდიდა. 2013 წლიდან, უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის პარალელურად, დაიწყო მოსახლეობის სტაციონარულ სერვისებზე მიმართვიანობის მკვეთრი ზრდის ტენდენცია (ნახ .7).



ნახატი 7: ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე, საქართველო

წყარო: სსიპ „დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია ჯანდაცვის გამოსავლების თვალსაზრისით.

ბოლო დეკადაში ისეთ ინდიკატორებთან მიმართებაში, როგორცაა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, რომელიც ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების შეფასების ნიშნულს წარმოადგენს.

ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა - 74 წელი შედარებით მაღალია ანალოგიური შემოსავლების ქვეყნების მაჩვენებლებთან შედარებით (72 წელი, 2016).

ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 2012 წელში იყო 65 წელი (ჯანმო 2015), ხოლო 2015 წლისთვის 66.4-მდე გაიზარდა და მხოლოდ 8 წლით ჩამორჩება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობას დაბადებისას. მნიშვნელოვანია ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება 2000-2018 წლებში: 30.1-დან 9.8-მდე. დედათა სიკვდილიანობა 47.8-დან (2000 წ.) 13.1-მდე შემცირდა 2017 წელს.

ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ფინანსური ბარიერების არსებობა ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემაა, რომელიც უარყოფითად აისახება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე და, ხშირ შემთხვევაში, არ აძლევს მოსახლეობას საშუალებას, სათანადო მომსახურების მისაღებად მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებებს.

შეფასება, თუ რამდენად წარმატებულია მთავრობის მიერ გატარებული პოლიტიკა

შინამეურნეობებისათვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ტვირთის შემსუბუქებისათვის, შესაძლებელია მსოფლიო ბანკისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული „ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და დანახარჯების კვლევების“ (HUES) შედეგად. მიუხედავად იმისა, რომ 2007-2012 წლებში ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევით მოცვა არსებითად გაიზარდა, მაინც უმნიშვნელო ცვლილებები აღინიშნებოდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით მთელი მოსახლეობისათვის, თუმცა არსებითი გაუმჯობესება აღინიშნება 2013 წლიდან.

კვლევის შედეგებით, 2007 წელს დაავადების მწვავე შემთხვევების (გამოკითხვის წინა 30 დღის განმავლობაში) დროს გამოკითხულთა დაახლოებით 15% ვერ იტარებდა სამედიცინო კონსულტაციას მათი სიმძვირის გამო, 2010 წელს მაჩვენებელი უმნიშვნელოდ გაიზარდა და 16% გახდა. სერვისების საყოველთაობამ 2014 წელს 10%-მდე, ხოლო 2017 წელს უკვე 6.8%-მდე შეამცირა ასეთი მოსახლეობის წილი.

იმ ადამიანთა წილი, რომელთაც ესაჭიროებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ არ იყვნენ

ჰოსპიტალიზებული ფინანსური მიზეზებით, 2007 წელს - 4%-დან შემცირდა 2.6%-მდე - 2010 წელს,

ხოლო 0.7%-მდე - 2017 წელს. კვლევების მონაცემები აჩვენებს, რეფორმების ორივე ტალღას მნიშვნელოვანი ეფექტი არ ჰქონია მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის თვალსაზრისით. საგრძნობი განსხვავება არსებობდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილს შორის. იმ პირთა პროცენტული წილი, რომლებმაც მიუთითეს, რომ სამედიცინო დახმარება მათთვის ფინანსურად ხელმიუწვდომელია, ვარირებდა დახმარების სახეობების მიხედვით, თუმცა საგრძნობლად შემცირებულია ორივე კვინტილში 2014 და 2017 წლების კვლევების მონაცემებით 2010 წელთან შედარებით.

დასკვნა

2007-2012 წწ რეფორმის შედეგები

აბსოლუტურ ციფრებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მატების მიუხედავად, საკმაოდ დაბალი იყო მისი წილი მშპ-სა და სახელმწიფო ბიუჯეტში. ევროპის რეგიონში საქართველო გამოირჩევა ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების მაღალი მაჩვენებლით (ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯების 70%) და განსაკუთრებით პრობლემურია მედიკამენტებზე უპრეცედენტოდ მაღალი დანახარჯები.

აღსანიშნავია ამავე დროს, რომ დაფინანსების სხვადასხვა მოდელის ამოქმედების მიუხედავად, 2013 წლის დასაწყისისთვის საქართველოს მოსახლეობის ნახევარზე მეტი ჯანმრთელობის სერვისებისათვის არანაირი სახის „დაზღვევას“ არ ფლობდა.

ამავე დროს, აღნიშნულ პერიოდში სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის ამოქმედებასა და საბაზრო პრინციპების დანერგვასთან ერთად პრაქტიკულად აღმოიფხვრა არაფორმალური გადახდები სამედიცინო მომსახურებისთვის და მოხდა ანაზღაურების მეთოდების სრული ლეგალიზაცია, მათ შორის მომსახურებაზე პირდაპირი გადახდისას.

ცხრილი 1: ჯანდაცვის სერვისებზე უზრუნველყოფის შეფასების რამდენიმე ინდიკატორი

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგები

ინდიკატორი	წელი	უღარიბესი კვინტილი	უმდიდრესი კვინტილი	სულ
მოსახლეობის %, როცა იყო ავად ბოლო 30 დღის განმავლობაში და ვერ მიიღო კონსულტაცია, ვინაიდან ეს იყო ძალიან ძვირი (% ყველა მიზეზებიდან)	2007	18.2	11.8	15.1
	2010	25.3	5.3	16.7
	2014	18.7	4.9	10.0
	2017	12.3	2.7	6.8
კონსულტაციების %, სადაც მოხდა მედიკამენტების დანიშვნა, მაგრამ ვერ მოხდა შეძენა, სიძვირის გამო (ბაზა: ყველა კონსულტაცია)	2007	15.7	7.2	11.4
	2010	21.7	10.3	13.1
	2014	18.6	5.6	10.2
	2017	15.2	5.5	9.6
კონსულტაციების %, სადაც მოხდა ლაბორატორიული კვლევების დანიშვნა, მაგრამ ვერ ჩატარდა სიძვირის გამო (ბაზა: ყველა კონსულტაცია)	2007	5	3.9	4.1
	2010	6.3	2.9	4.2
	2014	5.1	1.9	2.9
	2017	3.4	1.3	2.4
მოსახლეობის %, რომელთაც ესაჭიროებოდათ ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ ვერ იქნა ჰოსპიტალიზებული, ვინაიდან ეს იყო ძალიან ძვირი (ბაზა: სულ)	2007	4.6	3.5	4.0
	2010	3.4	2.6	2.6
	2014	1.4	1.2	1.2
	2017	0.7	0.5	0.7

მსოფლიო ბანკის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ძირითადი მიღწევები: სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მატება, ფინანსური ბარიერების შემცირება და მოცვის გაფართოება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიუროს ჯანმრთელობის ანგარიშში 2015 - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წარმატებულ პროექტად იქნა აღიარებული. სოციალური სამართლიანობის დანერგვის პოლიტიკას შედეგად მოჰყვა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების უპრეცედენტო ზრდა, ჯიბიდან გადახდილი თანხების მნიშვნელოვანი შემცირება (55% - ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში 2017 წ.) და ფინანსური დაცულობა. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში მულტიშემსყიდველების სოლო შემსყიდველით ჩანაცვლებამ საგრძნობლად შეამცირა სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების ხარჯები. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ განაპირობა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ჯანდაცვის მომსახურებებზე მოსახლეობის უფლების მნიშვნელოვანი ზრდა. შედეგად, მნიშვნელოვნად და სწრაფად გაიზარდა სერვისებით მოცვა მოსახლეობის 29.5%-დან 2010 წელს, დაახლოებით 40%-მდე 2012 წლის დასასრულს - 99.9%-მდე 2014 წლისთვის (HUES). ასევე გაიზარდა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია: 2017 წელს ამბულატორიულ მიმართვათა რაოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე შეადგინა - 3.5 (2012 წელს - 2.3), ხოლო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100 სულ მოსახლეზე გაიზარდა 8.0-დან (2012წ) 14.4-მდე (2017 წ).

წყარო: WB, WHO: HUES 2017

რეკომენდაციები

უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგად საგრძნობლად გაიზარდა როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები, აგრეთვე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნება, თუმცა კვლავ მაღალია შინამეურნეობათა მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების შედეგად გაღარიბების რისკი. შესაბამისად, ქვეყნის ეკონომიკისა და საბიუჯეტო შემოსავლების ზრდასთან ერთად საჭიროა განხორციელდეს, ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება, ფინანსური სივრცის ანალიზისა და ჯანდაცვის სექტორის პროგრამულ საჭიროებებზე დაყრდნობით, რათა მიუახლოვდეს ჯანმოს მიერ რეკომენდებულ საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნების პარამეტრებს: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან 4-5% და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 14%-15%.

ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობის გაზრდისათვის საჭიროა დაინერგოს ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემები პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის სერვისებისთვის, როგორცაა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები, შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების მოდელი. ასევე მნიშვნელოვანია აქტიური შემსყიდველი როლის გაძლიერება და სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმების გაფართოვება.

ფარმაცევტულ საშუალებებზე დანახარჯების ზრდის შესამცირებლად აუცილებელია საბაზისო პაკეტის ოპტიმიზაციისა და რაციონალური ფარმაცოთერაპიის პრინციპების დანერგვით ესენციალურ ფარმაცევტულ საშუალებებზე (მაგალითად, ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე) ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და მისი „მეკარიბჭის“ ფუნქციის გაზრდა. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა

პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

ლიტერატურა

1. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო. 2017
2. მსოფლიო ბანკი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, გლობალური ფონდი. ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და დანახარჯების კვლევა. 2007, 2010, 2014, 2017 (HUES)
3. საქართველოს მთავრობა. 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილება. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4372?publication=0>
4. საქართველოს მთავრობა. 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილება. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1650266?publication=0>
5. საქართველოს მთავრობა. 2013 წლის 25 თებერვლის №36 დადგენილება, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 2013, <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1852448>
6. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. <https://www.moh.gov.ge/ka/566/jandacvis-erovnuli-angariSebi>
7. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. სამომხმარებლო ფასების ინდექსი, 2019. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=127&lang=geo
8. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ანგარიში 2009
9. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ანგარიში 2007
10. სოციალური მომსახურების სააგენტო: სტატისტიკური ინფორმაცია. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=610
11. United Nations. Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>
12. World Bank Group. 2017. Georgia Public Expenditure Review. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/630321497350151165/pdf/114062-PER-P156724-PUBLIC-PERFINAL.pdf>)
13. World Health Organization for European Region. Georgia: Health System review. 2017
14. World Health Organization for European Region. European Health Information Gateway: Health for All explorer. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
15. World Health Organization for European Region. European health Report. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence. 2015
16. World Health Organization for European Region. Georgia: Health System review. 2009