

პასუხი ღია წერილზე ჯანდაცვის რეფორმის მიმდინარე ინიციატივების თაობაზე

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო გაეცნო ღია წერილს ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე და დაგეგმილი რეფორმების თაობაზე. სამინისტრო აფასებს დაინტერესებული მხარეების ინტერესს და მზაობას რეფორმის დაგეგმვასა და განხორციელებაში ჩართულობის თაობაზე. სამინისტროსთვის განსაკუთრებით საინტერესოა პროფესიული საზოგადოების მიერ რეფორმასთან დაკავშირებული რისკების მათეული ხედვის გაზიარება. მიმდინარე რეფორმის დაგეგმვამდე სამინისტრომ ჩაატარა მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებული რისკებისა და სარგებლის საფუძვლიანი ანალიზი. ღია წერილში აღწერილი რისკების დიდი ნაწილი საფუძველს მოკლებულია ან ვერ აჭარბებს იმ სარგებელს, რაც რეფორმის შედეგად მოსალოდნელია მოქალაქის ინტერესების, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, სოციალური კეთილდღეობისა და ავადმყოფობასთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯებისგან დაცვის კუთხით.

სამინისტროს პოზიცია წერილში აღწერილ კონკრეტულ საკითხებზე იხილეთ ქვემოთ.

(ა) სამინისტროსთან კომუნიკაციის სირთულეები და რეფორმასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში ჩართულობის შეზღუდული შესაძლებლობები:

უწყებაში უკვე რამდენიმე თვეა მინისტრის ინიციატივით შექმნილია საკომუნიკაციო პლატფორმა, რომლის ფარგლებში სამინისტროს მაღალი თანამდებობების პირები ღია ფორმატში აწარმოებენ შეხვედრებს ყველა დაინტერესებულ პირთან. აღნიშნული პლატფორმის ფარგლებში 4 თვის მანძილზე- 2019 წლის ივლისიდან ნოემბრამდე, 32 შეხვედრა გაიმართა საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფთან. მათ შორის 6 შეხვედრა ჩატარდა ჰოსპიტალურ სექტორთან უშუალოდ ჯანდაცვის მინისტრის ხელმძღვანელობით, კიდევ უფრო მეტი შეხვედრა გაიმართა მინისტრის მოადგილეების მიერ. აღნიშნულ ფორმატში ჰოსპიტალების ხელმძღვანელებს და სხვა წარმომადგენლებს მიეცათ შესაძლებლობა ღიად ესაუბრათ მათთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ არაერთხელ გამოითქვა მინისტრთან და მოადგილეებთან, კონკრეტული პირების მიერ ინდივიდუალური შეხვედრების გამართვის სურვილი, რაზეც მათ უარი ეთქვათ, რამდენადაც ეს ფორმატი კატეგორიულად ეწინააღმდეგება სამინისტროში დადგენილ კომუნიკაციის პრინციპს. მსგავსი პერსონალური შეხვედრები გათვლილია პირად ინტერესებზე და არა სამედიცინო სექტორის საერთო საჭიროებებზე. სამინისტრო მუდმივად აცხადებს მზაობას სხვა ნებისმიერი ფორმატით აწარმოოს კომუნიკაცია ყველა დაინტერესებულ ჯგუფთან.

აქვე მოგახსენებთ, რომ დარგობრივ ასოციაციებთან მომსახურების ტარიფების დადგენასთან დაკავშირებულ საკითხებზე კონსულტაციები არ განხორციელებულა, რამდენადაც მათ კომპეტენციას წარმოადგენს უშუალოდ მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებულ სამედიცინო საკითხებზე მუშაობა და არა ფინანსური გათვლების განხორციელება.

(ბ) სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების ოდენობა და მისი შესაბამისობა სერვისების მოცულობასა და ხარისხთან

სამინისტროს მიერ დაგეგმილი ყოველი რეფორმა ეყრდნობა სიტუაციურ ანალიზს. ახალი განფასების შექმნის პროცესში, სამინისტრომ აწარმოა აქტიური კომუნიკაცია უშუალოდ დაწესებულებების ფინანსურ დირექტორებთან, გამოითხოვა მათგან სრული მონაცემები ყველა სახის ხარჯის შესახებ, რათა სწორედ მათი ანალიზის საფუძველზე შედგენილიყო ახალი განფასებით გათვალისწინებული ტარიფები. აღნიშნულ პროცესში ჩაერთო 150-ზე მეტი სტაციონარული დაწესებულების ფინანსური დირექტორი, რომლებმაც ივლისი-აგვისტოს პერიოდში პორტალზე, არსებული წესების შესაბამისად, წარმოადგინეს ხარჯების დეტალური აღწერილობა. პორტალზე ატვირთულ დოკუმენტებს აქვს ოფიციალური სტატუსი და წარმოადგენს მნიშვნელოვან იურიდიულ საფუძველს სახელმწიფოს მიერ დაგეგმილი ღონისძიებების მართებულობის თვალსაზრისით.

ერთიანი უნივერსალური ტარიფების ამოქმედებით, პროგრამაში მონაწილე ყველა სამედიცინო დაწესებულებისთვის სამინისტრო აღმოფხვრის მომსახურების ღირებულებაში გაუმართლებელ განსხვავებას. გარდა „ისტორიული მინიმუმის“ ფაქტორისა (უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების ადრეულ ეტაპზე პროგრამაში ჩართული მიმწოდებლების მიერ წარმოდგენილი ფასების შენარჩუნება უცვლელად, მაშინ როდესაც პროგრამაში ახლად შემოსულ მიმწოდებლებს ჰქონდათ უფრო მაღალი ფასის წარმოდგენის შესაძლებლობა), საყურადღებოა ფასწარმოქმნის პრინციპის არაერთგვაროვნება (მ.შ. არაპირდაპირი ხარჯისა და მოგების წილი).

ცხრილი #1-ში წარმოდგენილია ერთსა და იმავე მომსახურებაზე, კონკრეტულად გულის სისხლძარღვების შუნტირებაზე სხვადასხვა დაწესებულების მიერ მოწოდებული ხარჯთაღრიცხვა, რომლის კომპონენტებს შორის სხვაობა კიდევ ერთხელ ადასტურებს დაგეგმილი რეფორმის საჭიროებას და მიზანშეწონილობას.

შენიშვნა: სამინისტროს კომუნიკაციის მაღალი სტანდარტის გათვალისწინებით, კლინიკების დასახელებები დეიდენტიფიცირებულია.

ცხრილი #1. შუნტირების ფასები სხვადასხვა კლინიკებში

	საწოლფონდი და დატვირთვა 2018 წელს	არაპირ დაპირი ხარჯი	ხელფასი	მოგება	მედიკ. ხარჯი	ჯამი
სამედიცინო დაწესებულება N1	76 (52%)	2016.5 (22%)	4094.86 (45%)	1377.09 (15%)	1629.05 (18%)	9117.5
სამედიცინო დაწესებულება N2	138 (58%)	3781.4 (33%)	3983 (35%)	1080.4 (9%)	2642.09 (23%)	11486.89
სამედიცინო დაწესებულება N3	73 (90%)	3477.68 (31%)	3510 (31%)	2924.61 (26%)	1346.51 (12%)	11258.8
სამედიცინო დაწესებულება N4	284 (18%)	2181.67 (24%)	4375 (49%)	512.76 (6%)	1943.09 (22%)	9012.52
სამედიცინო დაწესებულება N5	208 (ახალი)	5945.11 (52%)	3232.06 (28%)	0 (0%) (20%)	2362.39	11539.56

ხარჯთაღრიცხვის შესწავლის პროცესში ასევე გამოიკვეთა რამდენიმე საყურადღებო ფაქტორი, მაგალითად კლინიკის მიერ სახელფასო ხარჯების მაღალი მაჩვენებლის დაფიქსირება და რეალურად პერსონალზე გაცილებით ნაკლები თანხების გაცემის ფაქტები. ასევე მრავალჯერადი მოხმარების ნივთების ერთჯერადი მოხმარების საგნებად დაფიქსირება, რაც თავისთავად აისახა მომსახურების მაღალ ფასებში.

ტარიფების დადგენისას სამინისტრომ იხელმძღვანელა საერთაშორისოდ აღიარებული ფორმულით, რომელიც ითვალისწინებს როგორც პირდაპირ და არაპირდაპირ, ისე ცვლად და ფიქსირებულ ხარჯებს. ტარიფებში გათვალისწინებულია მოგების თანხა, რეინვესტირების ოდენობა და გაუთვალისწინებელი ხარჯებიც.

განსაკუთრებით საყურადღებო იყო განსხვავება არაპირდაპირ ხარჯებში, რომლის მაღალი წილი უმეტეს შემთხვევაში დაუსაბუთებელია და კლინიკის მიერ უკიდურესად დაბალი დატვირთვის (პაციენტების მცირე ნაკადის) კომპენსირებას ემსახურება. სამინისტროს ახალი მიდგომით, არაპირდაპირი ხარჯის მაქსიმალური ოდენობა პირდაპირთან მიმართებაში არის არაუმეტეს 30%-ისა ნოზოლოგიური კოდების შესაბამისად. განფასებისას ამოვიღეთ და

განვაცალკევით ცვეთისა და საბანკო პროცენტის კომპონენტი, რომელთა დაბალანსება უნდა მოახდინონ თავად კლინიკებმა პროგრამებით მოცულ ნოზოლოგიებზე 25%-იანი მოგების პირობებში. აღნიშნული მოგების ფარგლებში დაწესებულებები მიიღებენ მეტად არგუმენტირებულ გადაწყვეტილებებს აპარატურისა, თუ სხვა საჭიროებების შესყიდვის პროცესში, რაც ამ დრომდე ძირითადად სახელმწიფოს ბიუჯეტის ფარგლებში ხარჯეფექტურობის გათვალისწინების გარეშე ხორციელდებოდა.

ღია წერილში ვალუტის კურსის ცვლილებების გათვალისწინების აუცილებლობის თაობაზე მოყვანილი არგუმენტები და ფასთა შედარების ცხრილი ვალიდურად ვერ ჩაითვლება. სამედიცინო დანიშნულების საგნების ღირებულებაზე მართლაც ახდენს ზეგავლენას კურსის ცვლილება, რაც ახალ ტარიფებში გათვალისწინებულია დღევანდელი საბაზრო ფასებით. გარდა ამისა ფასში შეწონილია ყველა სხვა კომპონენტი (მ.შ. პერსონალის ხელფასი, არაპირდაპირი ხარჯი, გაუთვალისწინებელი ხარჯი და მოგება), რასაც კლინიკები, თუნდაც ხელფასების ნაწილში, კურსის მერყეობის შესაბამისად არ აკორექტირებენ. ამაზე მეტყველებს სამედიცინო პერსონალის უკმაყოფილება დაბალი ხელფასების გამო და მრავალ ადგილზე დასაქმების ტენდენცია, რაც ასევე საყურადღებო ფაქტორია ხარისხთან დაკავშირებული რისკების თვალსაზრისით.

მეტი კონკრეტიკისთვის, წარმოგიდგენთ ტარიფის განსაზღვრის ნიმუშს, რომელიც მოიცავს ყველა იმ კრიტერიუმს, რომლის მიხედვითაც მოხდა ტარიფის დათვლა (მონაცემები ემყარება დაწესებულებების ფინანსური სამსახურების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას).

კ ა ლ კ უ ლ ა ც ი ა

აორტო-კორონარული შუნტირება/ გულის კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა/თრომბექტომია, აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე/სხვა ოპერაციები პარკუჭსა და წინაგულზე, აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე

8 CAR

პირდაპირი ხარჯები	FC	VC
კვლევები და პროცედურები		800.00
მედიკამენტები და სამედიცინო მასალები სულ		2500.00
კვება		80.00
ხელფასი	400.00	2500.00
დანახარჯები ენერგიებზე		30.00
პირდაპირი ხარჯები სულ	400.00	5910.00
გაუთვალისწინებელი ხარჯი სულ	20.00	169.00
სულ პირდაპირი ხარჯები	420.00	6079.00
არაპირდაპირი ხარჯები		
ხელფასი	110.00	0.00
ადმინისტრირება	80.00	
სანიტარი	30.00	
საოპერაციო ხარჯები სულ (Operation Cost)	90.00	
დანახარჯები ენერგიებზე	80.00	7.00
დენი	30.00	
გაზი	50.00	
წყალი		3.00
საწვავი		4.00
არაპირდაპირი ხარჯი	280.00	7.00
გაუთვალისწინებელი ხარჯი	14.00	0.35
სულ არაპირდაპირი ხარჯები	294.00	7.35
სულ ხარჯი	714.00	6086.35
მოგება	1700	
სულ ღირებულება	8,500	
პირდაპირი ხარჯის %	96%	
არაპირდაპირი ხარჯის %	4%	
FC %	10%	
VC %	90%	

გ) „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის #36-ე დადგენილების ნაკლოვანებები და „დისკრიმინაციული გამოვლინებები“

ღია წერილში საუბარია 36-ე დადგენილების „დისკრიმინაციულ“ ხასიათსა და სამედიცინო სფეროში მომუშავე მეწარმე სუბიექტებისთვის არასახარბიელო ბიზნეს გარემოს შექმნაზე. უპირველეს ყოვლისა უნდა განვმარტოთ, რომ სამედიცინო სფეროს ტიპური „ბიზნესის“ სახით განხილვა უდიდესი რისკია, მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის ინტერესების დაცვის კუთხით. სამინისტროს პოზიცია მეტად ორიენტირებულია ჯანსაღი მარეგულირებელი გარემოს განვითარებასა და კლინიკებში ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესების აქტიურ მართვაზე, ვიდრე საბაზრო კონკურენციის ხელშეწყობაზე, რაც პაციენტისთვის სერიოზული რისკების მატარებელი შეიძლება გახდეს.

„ისტორიული მინიმუმის“ და სხვადასხვა კლინიკებისთვის შემოსავლის გენერირების განსხვავებული შესაძლებლობების მიუხედავად, 2011-წლიდან დღემდე კლინიკების მკვეთრად მზარდი ოდენობა (2011 წელს 229-დან 2018 წელს 272-მდე გაზრდა) მიუთითებს, რომ სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ბიზნეს გარემო საკმაოდ ხელსაყრელი იყო და ხელი შეუწყო ბიზნეს ინტერესების საფუძველზე, მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინების გარეშე, ჭარბი სამედიცინო ინფრასტრუქტურის შექმნას. კლინიკების რაოდენობის ზრდასთან ერთად, მოცემულთან მიმართებაში გაიზარდა შესაბამისი მოგების მაჩვენებელიც, რომელიც დღეს 35%-ს აღწევს.

	სამედიცინო დაწესებულება N1	სამედიცინო დაწესებულება N2	სამედიცინო დაწესებულება N3	სამედიცინო დაწესებულება N4	სამედიცინო დაწესებულება N5	სამედიცინო დაწესებულება N6
მოგება მილიონი ლარი 2018 წელი	6,158,709	12,885,272	80,405,000	34,372,000	23,867,000	2,423,918

კლინიკების წლიური მოგების მსგავსი შთამბეჭდავი ოდენობის ფონზე, ახალი ტარიფიკაცია ვერც ერთ შემთხვევაში გამოიწვევს მათ დაზარალებას და მითუმეტეს საქმიანობის შეჩერებამდე მიყვანას. ახალი ტარიფიკაცია ერთმნიშვნელოვნად არ გულისხმობს ფასების და შესაბამისად კლინიკის მოგების კლებას. მეტიც, რიგ შემთხვევებში, ახალი ტარიფიკაციით დადგენილი ფასი აღემატება ძველ ფასს. მეტი კონკრეტიკისთვის წარმოგიდგენთ რამდენიმე ნოზოლოგიაზე ძველი და ახალი ტარიფების შედარებას, რომელთა შორის სხვაობის სიმცირე ცხადყოფს, რომ რეფორმასთან დაკავშირებით დაწესებულებების ნეგატიური მოლოდინი ყოველგვარ საფუძველს მოკლებულია.

		შედარება		
დასახელება	ახალი ტარიფი	ძველი ტარიფი	ძველი ტარიფი /საშუალო	გადახრის %
I20-I25 -/-გულის იმემიური ავადმყოფობა -/-FNDC1A - გულის და/ან კორონარული არტერიების ანგიოგრაფია	550.00	737.50	737.50	-25%
ბალონური დილატაცია	1,600.00	1,712.50	1,712.50	-7%
კორონარული ანგიოპლასტიკა (სტენტირება 1 სტენტით)	1,800.00	1,787.50	1,787.50	1%
კორონარული ანგიოპლასტიკა (სტენტირება 2 სტენტით)	2,100.00	2,088.00	2,088.00	1%
კორონარული ანგიოპლასტიკა (სტენტირება 3 სტენტით)	2,400.00	2,427.50	2,427.50	-1%
კორონარული ანგიოპლასტიკა (სტენტირება 4 სტენტით)	2,700.00	2,735.00	2,735.00	-1%
კორონარული ანგიოპლასტიკა (სტენტირება 5 სტენტით)	3,000.00	2,800.00	2,800.00	7%
აორტო-კორონარული შუნტირება/ გულის კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა/თრომბექტომია, აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე/სხვა ოპერაციები პარკუჭსა და წინაგულზე, აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე	8,500.00	10,150.00	10,150.00	-16%
	8,500.00	9,825.00	9,825.00	-13%
ერთი სარქვლის პლასტიკა/ პროთეზირება / გულის კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა, 1 სარქვლის პლასტიკა/პროთეზირება-/- ერთი სარქვლის პლასტიკა/პროთეზირება, აორტო-კორონარული შუნტირება / შეძენილი VSD-ის დახურვა აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე /გულის ანევრიზმის გამო ოპერაცია აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე (მინითორაკოტომიით ან მის გარეშე)	12,000.00	17,650.00	15,133.68	-21%
		14,824.25		
		14,471.25		
		16,716.24		
		10,150.00		
		19,899.00		
		12,225.00		
ორი და მეტი სარქვლის	13,500.00	15,062.50	17,265.41	-22%

პლასტიკა/პროთეზირება / გულის კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა, 2 და მეტი სარქველის პლასტიკა/პროთეზირება / ორი და მეტი სარქველის პლასტიკა/პროთეზირება და აორტო-კორონარული შუნტირება (მინიმორაკოტომიით ან მის გარეშე)		15,225.00			
		18,497.50			
		17,262.49			
		17,983.75			
		18,000.00			
		17,262.49			
		18,861.25			
		17,233.75			
აორტის ანევრიზმის რეკონსტრუქცია აორტო- კორონარულ შუნტირებასთან ერთად ან მის გარეშე / აორტის ანევრიზმის რეკონსტრუქცია და/ან სარქველ(ებ)ის პლასტიკა/პროთეზირება აორტო-კორონარული შუნტირებით ან მის გარეშე	15,500.00	15,592.50	18,434.74	-16%	
		17,842.50			
		16,390.27			
		20,106.00			
		16,255.00			
		19,001.25			
		19,156.50			
		19,773.25			
		19,809.00			
		20,421.08			
გულის აბერანტული კერის აბლაცია	3,500.00	3,905.00	4,431.67	-21.02%	
		3,477.50			
		5,912.50			
გულის აბერანტული კერის მაღალტექნოლოგიური აბლაცია	12,000.00		ახალი ტარიფი		
პეისმეიკერის (რიტმის წარმმართველის) იმპლანტაცია	3,400.00	2,912.50	2,946.67	15%	
		3,417.50			
		2,510.00			
სამ კამერიანი პეისმეიკერის იმპლანტაცია (დეფიბრილატორის გარეშე)/ რეიმპლანტაცია/მუდმივი ეპიკარდიული პეისმეიკერის იმპლანტაცია ან გამოცვლა	12,000.00	11,087.50	11,087.50	8%	
ერთ/ორ კამერიანი კარდიოვერტერ- დეფიბრილატორის იმპლანტაცია/ რეიმპლანტაცია	13,500.00	14,672.50	15,580.00	-13%	
		16,487.50			
რესინქრონიზატორ-დეფიბრილატორის იმპლანტაცია/ რეიმპლანტაცია	17,000.00	18,175.00	18,175.00	-6%	
ერთი და ორ კამერიანი კარდიოვერტერ- დეფიბრილატორის ელექტროდის/ეზის გამოცვლა / რესინქრონიზატორ- დეფიბრილატორის ელექტროდის/ეზის გამოცვლა	3,500.00	3,295.00	4,147.50	-16%	
		5,000.00			

Z95.0/ I44 / I45 / I49 -/- გულის ხელოვნური რიტმის გენერატორის არსებობა/ წინაგულ-პარკუჭოვანი (ატრიო-ვენტრიკულური) და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა/ გამტარობის სხვა დარღვევები/ გულის რიტმის სხვა დარღვევები -/- FPSJ00 - პეისმეკერის პულსის გენერატორის ან ელექტროდის რევიზია/ FPSE42 - წინაგულის ტრანსვენური ელექტროდის იმპლანტაცია/ FPSE44 - პარკუჭის ტრანსვენური ელექტროდის იმპლანტაცია	1,100.00		1,067.75	1,067.75	3%
I30-I32 -/- მწვავე პერიკარდიტი/ პერიკარდიუმის სხვა ავადმყოფობები/ პერიკარდიტი, განვითარებული იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში -/- FESF10 - სუბტოტალური პერიკარდექტომია/ FESF20 - პერიკარდექტომია დეკორტიკაციასთან ერთად	3,450.00		3,450.50	3,450.50	0%

კერძო სექტორის განვითარება, რა თქმა უნდა, მნიშვნელოვანი საკითხია, ამას ადასტურებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისთვის დაწესებული საგადასახადო შეღავათებიც, რომლის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების მიწოდება თავისუფალია დღგ-ს, ქონებისა და მიწის გადასახადისგან. ასევე დღგ-ს გადასახადისგან თავისუფალია სამედიცინო აპარატურის იმპორტი. გარდა ამისა, უნდა აღნიშნოს, რომ საშემოსავლო გადასახადს იხდის უშუალოდ პერსონალი და ამ შემთხვევაში დაწესებულება მხოლოდ საგადასახადო აგენტის ფუნქციას ასრულებს. რაც შეეხება მოგების გადასახდს, ესტონური მოდელის შესაბამისად, თუ მოგების თანხები გამოყენებულია რეინვესტირებისთვის, დაწესებულება ამ შემთხვევაშიც თავისუფალია ვალდებულებისგან.

კერძო სექტორის ამგვარი ხელშეწყობის ფონზე, დღეს აღმოვჩნდით იმ რეალობის წინაშე, რომ კლინიკების რაოდენობა მოსახლეობის რიცხვთან მიმართებაში საჭიროზე ბევრად მაღალია. ამავედროულად არათანაბარია მათი სიმძლავრე და საწოლფონდის დატვირთვა, რომელიც დღეს მხოლოდ 47 %-ს უტოლდება, მაშინ, როდესაც საერთაშორისო სტანდარტის შესაბამისად რენტაბელობის მაჩვენებელი მინიმუმ 80% უნდა იყოს. კლინიკების მაღალი რაოდენობა და დაბალი დატვირთვა ავტომატურად იწვევს ადმინისტრაციული, კომუნალური, ცვეთის და სხვა მსგავსი ხარჯების ზრდას, რამაც საბოლოოდ გამოიწვია მომსახურების ფასის ხელოვნური გაზრდა და შესაბამისად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გაცემული თანხებიც ნაკლებად მიზნობრივი გახდა. პროგრამაში წარმოიშვა ბიუჯეტის მკვეთრი დეფიციტი, რომელმაც 2019 წელს მაქსიმალურ მაჩვენებელს მიაღწია

(2014 წელს 50 მილიონიდან ზრდა 2019 წელს 80 მილიონამდე). 2014-2019 წლებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტში წარმოქმნილმა დეფიციტმა 360 მილიონ ლარზე მეტი შეადგინა.

სწორედ ამიტომ დადგენილების ცვლილება არის გარდაუვალი პროცესი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში გეგმიური და მწვავე შემთხვევების სტატისტიკა რადიკალურად განსხვავდება მსოფლიოში არსებული ტენდენციებისგან. თუ ევროპის ქვეყნებში მწვავე შემთხვევების რაოდენობა, მთლიანი შემთხვევების დაახლოებით 12%-ია, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 80-ს უტოლდება. ამ გარემოებიდან გამომდინარე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ვეღარ ჯდება იმ სტანდარტებში, რომელზე დაყრდნობითაც შეიქმნა იგი თავდაპირველად. შედეგად ვიღებთ, მოსალოდნელზე მეტ დანახარჯებს, რაც თავისთავად აისახება როგორც ბიუჯეტის დეფიციტზე, ისე კლინიკებიდან წარმოდგენილი თანხების გადარიცხვის ვადებზე.

მას შემდეგ რაც მოხდება ყველა ნოზოლოგიურ კოდზე ტარიფების განსაზღვრა, შემდგომი დაუყოვნებელი ნაბიჯი იქნება სელექტიური კონტრაქტირება, რომელიც ხარისხის, ხარჯებისა და საწოლფონდის სწორად წარმართვის საფუძველია. სელექტიური კონტრაქტირება დააბალანსებს ქვეყანაში კლინიკების რაოდენობას და საწოლფონდის დატვირთვაც თითქმის გაორმაგდება. დღეს არსებული უტილიზაციის პირობებში ტარიფები ნაკლებად მომგებიანია, ხოლო საწოლფონდის 80%-იანი დატვირთვის შემთხვევაში, ახალი ფასები ბევრად მომგებიანი გახდება. სწორედ ამიტომ, ტარიფიკაცია და სელექტიური კონტრაქტირება არა დაბრკოლებული, არამედ პირიქით მხარდაჭერილი უნდა იყოს დაწესებულებების მიერ.

სახელმწიფოს მხრიდან კერძო დაწესებულებებთან უკვე 7 წლიანი თანამშრომლობისა და ხელშეწყობის მიუხედავად, კლინიკები მნიშვნელოვნად შეღავათიან ფასებს სთავაზობენ იმ სადაზღვევო კომპანიებს, რომელთა პროვაიდერებსაც წარმოადგენენ, ხოლო სახელმწიფოს მიერ მცირედით შეცვლილ ტარიფებზე მიუღებლობას აცხადებენ. ეს გარემოება გვაფიქრებინებს, რომ დაწესებულებებისთვის მნიშვნელოვანია არა სახელმწიფო რესურსების ეფექტიანი გამოყენება, არამედ მისგან მაქსიმალური მოგების მიღება. ამიტომ, სახელმწიფო მათ უტოვებს არჩევანს, ან იხელმძღვანელონ ახალი ტარიფიკაციით შეთავაზებული გონივრული ფასებით და დარჩნენ როგორც სახელმწიფოს, ისე კერძო კომპანიების პროვაიდერები, ან გავიდნენ სახელმწიფო პროგრამიდან და მომსახურება მიჰყიდონ სხვა შემსყიდველს.

დ) მიმდინარე რეფორმის უარყოფითი შედეგები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, ექიმების გადინებისა და ახალი პარტნიორობების შეფერხების თვალსაზრისით

ღია წერილში ასევე აქცენტი გაკეთდა მომსახურების ხარისხთან, ექიმების გადინებასა და სისტემასთან დაკავშირებულ მოსალოდნელ პრობლემებზე.

განვითარებულ ქვეყნებში ხარისხიანი მომსახურება არ ნიშნავს ძვირადღირებულ მომსახურებას. ევროპული გამოცდილების თანახმად, კლინიკური მედიცინა არ არის მოგებაზე ორიენტირებული ბიზნესი და კლინიკებიც ძირითადად არამომგებიანი

დაწესებულებების სახით არის წარმოდგენილი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაფინანსების მთავარი წყარო სახელმწიფო ბიუჯეტია. ჩვენს ეროვნულ ჯანდაცვაში კი საწინააღმდეგო მოცემულობაა შექმნილი, რადგან დაწესებულება, ხარისხს უმეტეს წილად აბამს ფინანსურ კომპონენტს. სამედიცინო მომსახურების ხარისხს უპირველეს ყოვლისა განსაზღვრავს ექიმის კვალიფიკაცია.

საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის ხარისხთან დაკავშირებული სტატისტიკა, არც თუ სახარბიელოა, კერძოდ: 2012-2019 წლებში პროფესიული საბჭოს მიერ განხილული იქნა პაციენტების გარდაცვალების 431 შემთხვევა, დაისვა 994 ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი, პროფესიული გადაცდომა დადასტურდა და სხვადასხვა ვადით სერთიფიკატის მოქმედება შეუჩერდა 366 ექიმს, სახელმწიფო სერთიფიკატი გაუუქმდა 8 ექიმს. სამწუხარო ფაქტია ის, რომ პროფესიული საბჭოს მიერ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის შემთხვევები თუ 2012 წელს იყო 85, 2018 წელს 203-მდე გაიზარდა. ასევე გაორმაგდა იმ ექიმების რიცხვი, ვისაც შეუჩერდა სერთიფიკატის მოქმედება გარკვეული ვადით. რეგულირების სააგენტო დღესაც სწავლოს ათობით შემთხვევას, რომელიც დიდი ალბათობით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დეფექტითაა განპირობებული.

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ მხოლოდ 2018 წელს 41 000-ზე მეტი გარდაცვალების მაჩვენებელი დაფიქსირდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული მომსახურების შემთხვევებში, როგორც უშუალოდ სერვისის მიღების ადგილზე, ისე ხელახალი ჰოსპიტალიზაციისთვის დადგენილი პერიოდის გასვლამდე. 2018 წელს გარდაცვალების 21541 შემთხვევიდან 64%-ში გარდაცვალება დაფიქსირებულია კლინიკაში. ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში ბინაზე გაწერიდან 30 დღეში, მ.შ. 12% გარდაიცვალა გაწერიდან არაუმეტეს 7 დღის ვადაში.

გარდა სტატისტიკისა, ყურადღებას იპყრობს გადარცვალების მიზეზების ანალიზი. მიზეზებს შორის მრავლად არის წარმოდგენილი ისეთი ნოზოლოგიები, რომელთა ხარისხიანი მოვლისა და კვალიფიციური დახმარების პირობებში, არა ლეტალური გამოსავლით, არამედ პაციენტის გამოჯანმრთელებით დასრულების შესაძლებლობა არსებობდა. ანალიზმა ასევე ცხადყო, რომ გადაცვალების კონკრეტული მიზეზი, ერთსა და იმავე სამედიცინო დაწესებულებაში მაღალი ჯერადობით დაფიქსირდა, რაც საფუძვლიან ეჭვს ბადებს, აქვს თუ არა კლინიკას საკმარისი შესაძლებლობა მართოს ის მდგომარეობები, რაზეც მას აქვს მინიჭებული უფლება. სამინისტრო ზედმიწევნით გამოიძიებს გარდაცვლილი პაციენტების უკლებლივ ყველა შემთხვევას, რასაც აუცილებლად მოჰყვება შესაბამისი რეაგირება.

რამდენადაც აღნიშნული სტატისტიკა და ანალიზი წარმოებულია ახალი ტარიფების ამოქმედებამდე, ნათლად იკვეთება რეალური მოცემულობა - პრობლემა ისახება მომსახურების ხარისხსა და პერსონალის კვალიფიკაციაში და არა დაფინანსების საკითხში.

აღნიშნული გარემოებებიდან გამომდინარე, სამინისტრო დარწმუნებულია იმ ნაბიჯების მართებულობაში, რომელიც დაგეგმილი რეფორმის ფარგლებში უნდა გადაიდგას, განსაკუთრებით იმ ფაქტორის გათვალისწინებით, რომ აღნიშნული ნაბიჯები დაიგეგმა

როგორც დაწესებულების, ისე პაციენტისა და სახელმწიფოს საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებით.