



# ბიულეტენი

სამეცნიერო ჟურნალის  
„ქართული პოლიტიკა“,  
სპეციალური გამოცემა



**დავით სერბეენკო**

სერია: ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის პოლიტიკა

საყოველთაო ჯანდაცვა —  
მნიშვნელოვანი ნაბიჯი უნივერსალური  
ხელმისაწვდომობისაკენ

2015 #14



მვირფასო მეგობრებო!

კარგი მმართველობა, ფართო საზოგადოებრივი ინტერესების გათვალისწინებით, სწორი, გონივრული გადაწყვეტილებების მიღება და მისი განხორციელების უზრუნველყოფაა.

საჯარო ადმინისტრირების სფეროში სახელმწიფო, რეგიონული, უწყებრივი თუ ადგილობრივი მმართველობის დონეზე გადაწყვეტილებებს საჯარო მოხელეები იღებენ და იმაზე, თუ რამდენად აქტუალურ თემებს „წამოწევენ“ ისინი განსახილველად, ბევრადაა დამოკიდებული ქვეყნის მდგრადი პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარება.

ჟურნალის სამეცნიერო რედაქცია მიესალმება და მხარს უჭერს თითოეული მოხელის მოსაზრებების, შეფასებების, დასკვნების სათანადოდ წარმოჩენას. რედაქცია დადგენილი წესით გამოაქვეყნებს მათი ავტორობით მომზადებულ საჯარო გამოსვლების ტექსტებს - პარლამენტის სხდომებზე, სამთავრობო ან ადგილობრივ ღონისძიებებზე, სამეცნიერო კონფერენციებზე, სემინარებზე; ასევე, რა თქმა უნდა, მათ მიერ გამოსაცემად მომზადებულ ცალკეულ სტატიებსა თუ წიგნებს.

ჩვენი მთავარი ამოცანაა, ნებისმიერი რანგის საჯარო მოხელის, პოლიტიკოსის არცერთი ღირებული, ინოვაციური, მეცნიერულად დასაბუთებული მოსაზრება ან მოვლენათა სიღრმისეული ანალიზი არ დარჩეს განხილვის, გასაჯაროების გარეშე, რადგან ამან, შეიძლება, სერიოზულად დააზარალოს როგორც სახელმწიფო, ისე საზოგადოებრივი ინტერესები.

„ქართული პოლიტიკის“ რედაქცია ღიაა თანამშრომლობისთვის და მოგმართავთ სახელმწიფო მოხელეებს, პოლიტიკოსებს - ნუ მოერიდებით საკუთარი პოზიციის საჯაროდ დაფიქსირებას და გადმოგზავნეთ სათანადოდ რედაქტირებული ნაშრომი შემდეგ ელექტრონულ მისამართზე: [info@georgianpolitics.com](mailto:info@georgianpolitics.com).

გამოცემების ციფრული ვერსია საჯარო სამსახურის ბიუროს დახმარებით უსასყიდლოდ პერსონალურად მიეწოდებათ სახელმწიფო და საზოგადოებრივ-პოლიტიკურ ორგანიზაციებში დასაქმებულებს, საქმიანი წრეების წარმომადგენლებს, მეცნიერებს, წარჩინებულ სტუდენტებს. აგრეთვე ის განთავსდება ჟიული შარტავას სახელმწიფო პოლიტიკის და მართვის სადოქტორო სკოლის პოლიტიკური ლიტერატურის ბიბლიოთეკის ვებ-გვერდზე - [www.politlibrary.ge](http://www.politlibrary.ge).

ამჯერად რედაქცია ცალკე ბროშურის სახით გამოსცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის დავით სერგენკოს ნაშრომს „საყოველთაო ჯანდაცვა - მნიშვნელოვანი ნაბიჯი უნივერსალური ზეღმისაწვდომობისაკენ“.

ყველამ ერთად შევუწყით ხელი „კარგი მმართველობის“ განხორციელებას საქართველოში.



**დავით სერგაენკო**  
**საყოველთაო ჯანდაცვა —**  
**ენიშვნელოვანი ნაბიჯი**  
**უნივერსალური**  
**ხელმისაწვდომობისაკენ**



**გამომცემელი: ქიული შარტავას სახელმწიფო**  
**პოლიტიკის და მართვის სადოქტორო სკოლა**

## საკითხის მნიშვნელობა გლობალური ჯანმრთელობისათვის

სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს. საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპები განისაზღვრება, როგორც ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის და პალიატიური სერვისების გამოყენების შესაძლებლობა საჭიროების შემთხვევაში ისე, რომ მომსახურების მიღებამ არ გამოიწვიოს პაციენტის ფინანსური ტვირთის გაზრდა. იგი წარმოადგენს უკეთესი ჯანმრთელობის იმედს და სიღარიბისაგან დაცვის შესაძლებლობას ასობით მილიონი ადამიანისათვის, განსაკუთრებით კი – მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

უნივერსალური მოცვა გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გარანტიას და ჯანმრთელობის უფლების სამართლიან და თანაბარ უზრუნველყოფას ყველა ადამიანისათვის.

უნივერსალური მოცვის იდეა გაცხადებული იყო ჯერ კიდევ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) 1948 წლის კონსტიტუციით, როდესაც ჯანმრთელობა გამოცხადდა ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად. 1978 წელს ალმა-ატაში კიდევ ერთხელ გაესვა ხაზი მის მნიშვნელობას სტრატეგიით „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, როგორც ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების, მშვიდობისა და სტაბილურობის განმტკიცების ხელშეწყობის აღიარებას მთელ მსოფლიოში.

1993 წელს მსოფლიო ბანკის მიერ მომზადებული მსოფლიოს განვითარების ანგარიშით წარმოჩინდა ჯანდაცვაში ინვესტირების მნიშვნელობა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2010 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენებაში ასახა ქვეყნების მიერ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების რეფორმირების ის გზები, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს უფრო უნივერსალური



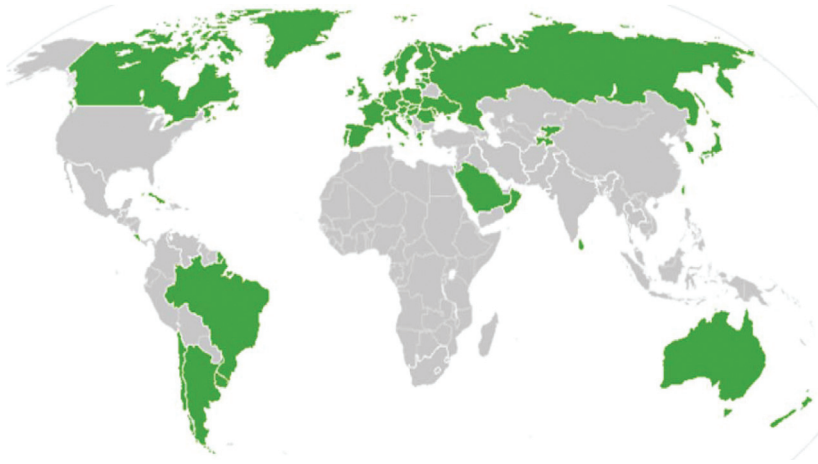
მოცვისკენ სწრაფი წინსვლა და მიღწეული შედეგების შენარჩუნება.

უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში უნივერსალური ჯანდაცვის გლობალური მოძრაობა მნიშვნელოვნად გააქტიურდა 2012 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციებით ჯანმრთელობის უნივერსალურ მოცვასთან დაკავშირებით, რომელიც მოუწოდებს წევრ ქვეყნებს, სამოქალაქო სექტორს და საერთაშორისო ორგანიზაციებს, სწრაფად და მნიშვნელოვნად გაააქტიურონ ძალისხმევა მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის.

2014 წლის მაისში გაეროს, მსოფლიო ბანკის ჯგუფისა და ჯანმოს მიერ შემუშავდა ერთობლივი ჩარჩო ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის მიღწევების მონიტორინგისათვის ორი მიმართულებით: 1) ფინანსური დაცვა: 2030 წლისთვის არავინ უნდა გაღარიბდეს ან ცხოვრობდეს სიღარიბეში სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების გამო და 2) სერვისების მიწოდება: 2030 წლისთვის ყველა ადამიანს უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე.

დღეისათვის ყველა მაღალგანვითარებული ქვეყანა, გარდა ამერიკის შეერთებული შტატებისა (რომელიც პრეზიდენტ ობამას რეფორმის კონცეფციის თანახმად, აქეთკენ მიდის), უზრუნველყოფილია უნივერსალური ჯანდაცვით, 30-ზე მეტი საშუალო განვითარების მქონე ქვეყანამ წარმატებით განახორციელა უნივერსალური ხელმისაწვდომობის სხვადასხვა სქემა, ხოლო ბევრი დაბალი განვითარების ქვეყანა უკვე იწყებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამების დანერგვას (ნახ. 1).

## ნახატი 1: ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის მქონე ქვეყნები



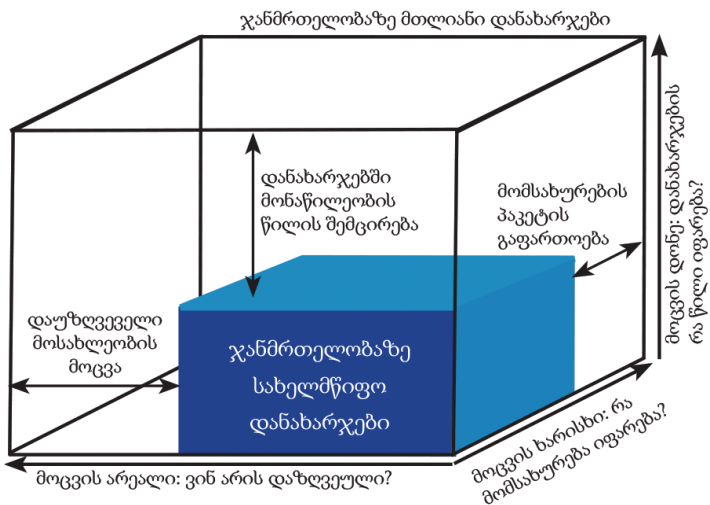
<http://www.theatlantic.com/international/archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-americas-still-not-on-it/259153/>

ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესრულება და 2015 წლის შემდეგი მდგრადი განვითარების მიზნების (Sustainable Development Goals (SDG) ტალღა მნიშვნელოვან წილად იქნება დამოკიდებული ქვეყნების მიღწევებზე უნივერსალური მოცვის მიმართულებით. 2015 წლის შემდგომ მიზნებში ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის საკითხების პრიორიტეტულობა ასახულია არა მარტო ჯანმრთელობის საკითხებისადმი მიძღვნილ მე-3 ამოცანაში - „ყველა ადამიანისთვის ჯანმრთელი სიცოცხლისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა ნებისმიერ ასაკში“, არამედ პოპულაციის ჯანმრთელობა წარმოადგენს მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევის მთავარ მამოძრავებელს და ასახულია 17-ივე მიზანში.

ტექნიკური თვალთახედვით, უნივერსალური მოცვის

მიღწევა შესაძლებელია 3 გზით (ნახ. 2): მოცვის არეალი - მოსახლეობის წილი, რომელიც სარგებლობს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებით, უნდა გაიზარდოს თანდათანობით, რათა მოცულ იქნას მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელთაც არ აქვთ ხელმისაწვდომობა მომსახურებაზე და/ან სოციალური დაცვა მომსახურების მიღების გამო მოსალოდნელი ფინანსური შედეგების წინააღმდეგ. ამასთან ერთად, უნდა გაიზარდოს მოცვის ხარისხი იმ ძირითადი მომსახურების გაფართოებით, რომელიც აუცილებელია მოსახლეობის მოთხოვნების ეფექტურად დასაკმაყოფილებლად. უნდა გაფართოვდეს რესურსების მოცულობა – აქ, შეიძლება, მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს ე.წ. „ბაზისურმა პაკეტმა“. მოცვის დონე ანუ ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რომელიც იფარება წინასწარ გადახდილი სახსრების გაერთიანების შედეგად, უნდა გაიზარდოს ჯიბიდან გადახდების წილის შემცირების ხარჯზე.

ნახატი 2: უნივერსალური მოცვის მიღწევის სამი გზა



WHO. World Health Report. 2010





ჯანმო ისწრაფვის, მხარი დაუჭიროს ქვეყნებს ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებისაკენ მიმართული რეფორმების განხორციელებაში, რაც მოიცავს პაციენტების უსაფრთხოების, სერვისების ეფექტურობის და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას; ეფექტურობის გაზრდას და ფინანსური, ადამიანური და ინსტიტუციური შესაძლებლობების განვითარებას; კოორდინირებული, გაერთიანებული, გასაგები პოლიტიკის ფორმულირებას და დანერგვას.



### **უნივერსალიზმის განვითარების ისტორია საქართველოში**

2013 წლის თებერვალში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით ქვეყანაში გაჩნდა უნივერსალური უფლებების ფუნდამენტი ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში. თუმცა აქამდე მოსასვლელად საქართველომ მეტად მრავალფეროვანი გზა გაიარა ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიმართულებით. თუ საბჭოთა საქართველოს 70-80 წლიან პერიოდს არ ჩავთვლით, ქვეყანაში ორი ათეული წლის განმავლობაში სხვადასხვა პერიოდში ფუნქციონირებდა ჯანდაცვის სისტემის კლასიკური მოდელების ყველა ტიპი; და ამჟამად ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა უნივერსალიზმის განვითარების ეტაპზეა.

1995-1997 წლებში სახელმწიფომ შემოიღო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით

კი ის გაერთიანდა საერთო სოციალური დაზღვევის სისტემაში. 2004-2005 წლების შემდეგ დაიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების ახალი ეტაპი. მთავრობამ აირჩია ლიბერალური ეკონომიკური პოლიტიკა და სოციალური დაზღვევის სისტემა შეცვალა გადასახადზე დაფუძნებული სისტემით; გაუქმდა სოციალური დაზღვევის გადასახადი და მის ნაცვლად გაზრდილ იქნა საშემოსავლო გადასახადი, რომელიც თავს იყრიდა სახელმწიფო ბიუჯეტში.

2006 წლიდან მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაცია, რომელიც ორიენტირებული იყო ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მიწოდების სისტემის პრივატიზაციასა და სახელმწიფო სახსრების მიმართვაზე განსაკუთრებით მოწყვლადი მიზნობრივი ჯგუფებისკენ, საჭიროებისდა მიხედვით. 2007 წლიდან მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები და სამხედრო მოსამსახურეები) ჯანმრთელობის დაზღვევისათვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებები მართვისთვის გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები მოსახლეობის ზემოაღნიშნული ჯგუფებისთვის (საქართველოს მთავრობის 2009 წ. N218 დადგენილება).

2012 წლის სექტემბრიდან ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამა გარდაიქმნა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამად და ამოქმედდა 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა, საპენსიო ასაკის მოქალაქეთა, სტუდენტთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შშმ პირთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა (საქართველოს მთავრობის 2012 წ. N165 დადგენილება).

2012 წლის ბოლოსთვის 1,6 მლნ ადამიანი იყო ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის სქემების მოსარგებლე. თუმცა სისტემას ჰქონდა შესამჩნევი ხარვეზები: ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში მნიშვნელოვნად არ



შეცვლილა ჯიბიდან გადახდების წილი (70% და მეტი); ფინანსური ტვირთის დიდი წილი მოდიოდა სამკურნალო საშუალებებზე და გადაუჭრელი რჩებოდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის, უტილიზაციისა და ხარისხის პრობლემები.

სახელმწიფოს მიერ განხორციელებულმა რეფორმებმა ჯანდაცვაზე გაღებული კატასტროფული დანახარჯებისაგან სრულად დაიცვა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, სტუდენტები და სხვა მოწყვლადი ჯგუფები. თუმცა საქართველოში, საშუალო შემოსავლის დონიდან გამომდინარე, საშუალო და მაღალშემოსავლიანი მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი (დაახლოებით 2.5 მლნ ადამიანი) კვლავ რჩებოდა ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯების რისკის წინაშე.

## ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის უზრუნველყოფა

2013 წლიდან საქართველოს ახალი მთავრობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება, რაც აისახა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო გაზრდით. ქვეყნისთვის ჯანდაცვა პირველად გახდა ერთ-ერთი მთავარი პოლიტიკური პრიორიტეტი.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის უმნიშვნელოვანესი მიღწევა იყო 2013 წლის თებერვალში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება, რომელმაც ქვეყანაში სათავე დაუდო ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ისეთ ძირითად ღირებულებებს, როგორცაა უნივერსალიზმი, მდგრადობა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით უთანასწორობის აღმოფხვრა, ფინანსური ტვირთის დაბალანსებული გადანაწილება და ფინანსური დაცულობის გაზრდა, არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენების და მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებებზე რეაგირება.

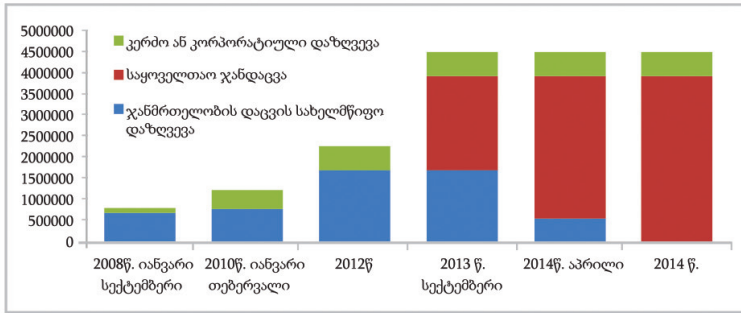
2013 წლიდან სახელმწიფომ შექმნა სამედიცინო მომსახურების კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის მექანიზმი თითოეული მოქალაქისათვის, როდესაც სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევის არმქონე ყველა მოქალაქე გახდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე. პროგრამა დღეისათვის ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ, გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობასა და მშობიარობას. პროგრამის ფარგლებში ასევე ხდება საბაზისო მედიკამენტების დაფინანსება მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის.



საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განმახორციელებელია სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“. შინაარსითა და მართვის მექანიზმებით იგი მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებისა“ და გაწეულ მომსახურებას აფინანსებს შემთხვევის ღირებულების მიხედვით.

2014 წლის აპრილიდან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისა და პედაგოგების სადაზღვევო პროგრამა შეერწყა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ხოლო სექტემბრიდან მოხდა 0-5 წ. ბავშვთა, პენსიონერთა და სტუდენტთა სადაზღვევო პროგრამის გარდაქმნა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამად. 2014 წლის სექტემბრის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით (ნახ. 3).

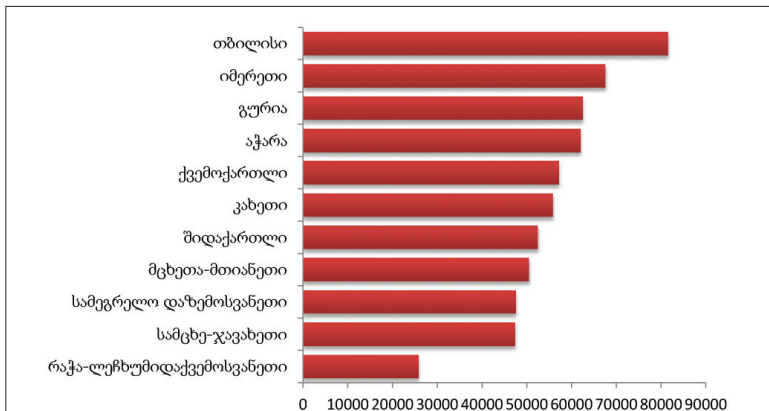
ნახატი 3. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით მოცვის მაჩვენებელი წლების მიხედვით



www.ssa.gov.ge

გეგმიურ-ამბულატორიული და პოლიკლინიკური სერვისებით 2014 წლის ნოემბრის მდგომარეობით სარგებლობს 2847069 პირი. რეგიონების მიხედვით მოსარგებლეთა გადანაწილება მოცემულია ნახ. 4-ზე.

ნახატი 4. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტში დარეგისტრირებულთა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით (2014 წლის ნოემბერი)



www.ssa.gov.ge

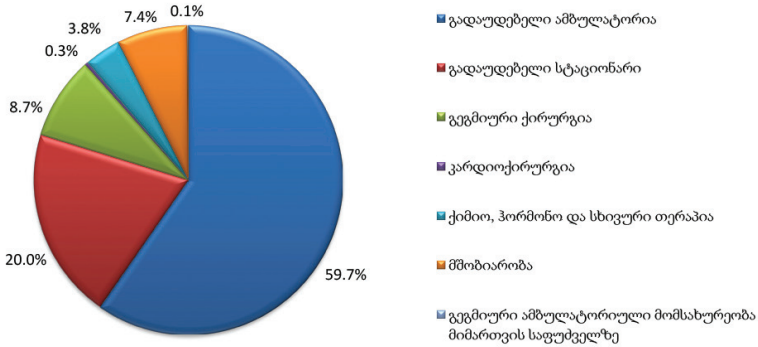


საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან (2013 წლის თებერვალი) სულ დაფიქსირდა 850173 შემთხვევა, მ.შ. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება – 507357 შემთხვევა, გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება – 170458; გეგმიური ქირურგიული ჩარევა (გარდა კარდიოქირურგიისა) – 73557; კარდიოქირურგია – 2542; ქიმო-, ჰორმონო- და სხივური თერაპია – 32565; მშობიარობა (საკეისრო კვეთის ჩათვლით) – 62582 შემთხვევა (ნახ. 5).

2014 წელს აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ბენეფიციართა 80.3% კმაყოფილი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული ამბულატორიული სერვისით, ხოლო 96.4% კმაყოფილებას გამოთქვამდა ჰოსპიტალურ დონეზე მიღებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებით. ამასთანავე, კვლევის მონაცემებით, მოსახლეობის 77% და 88% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით გაიზარდა მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობა ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისებზე.



ნახატი 5. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა (28.02.13 – 1.12.14)



[www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2013 წელს გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ სერვისებზე, რაც უკავშირდება სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად. კერძოდ, დაფიქსირდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების უტილიზაციის ზრდა, ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე 2.7 შეადგინა და თითქმის მიუახლოვდა მსოფლიო ბანკის მიერ განვითარებადი ქვეყნებისთვის რეკომენდებულ მნიშვნელობას.

2013 წელს, წინა წელთან შედარებით, 14%-ით მოიმატა როგორც სტაციონარებში, ასევე ამბულატორიებში ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების რიცხვმა. გულზე ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობა 29.2%-ით, ხოლო თვალზე ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობა თითქმის 2,5ჯერ მეტი იყო წინა წელთან შედარებით.







მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გარდა, ხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და პრიორიტეტულ სფეროებში მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროგრამებით.

პრიორიტეტულ სფეროებში მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროგრამები უზრუნველყოფს დედათა და ბავშვთა გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას; მოსახლეობის სპეციფიკური სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესებას და ძვირადღირებული სამედიცინო დანახარჯების ფინანსური რისკებისგან მოსახლეობის დაცვას.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა მოიცავს ისეთი პროგრამების განხორციელებას, რომლებიც ხელს უწყობს



გადამდებ და ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, მოსახლეობის იმუნოზაციას, დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის ხელშეწყობას, აგრეთვე ისეთი გადამდები დაავადებების, როგორებიცაა ტუბერკულოზი, მალარია, ვირუსული ჰეპატიტები, აივ ინფექცია/შიდსი, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების კონტროლს და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებების განხორციელებას საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის.

ძვირადღირებულ სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით ამოქმედდა C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ყოველწლიურად პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი 12000 ადამიანის სკრინინგს C ჰეპატიტზე, 5000 ადამიანის ვაქცინაციას B ჰეპატიტზე, 3000 ადამიანის სრულ დიაგნოსტიკურ გამოკვლევას C



ჰეპატიტზე და 500 ადამიანის მკურნალობას პეგილირებული ინტერფერონით და რიბავირინით. ბოლო მონაცემებით, განიკურნა 173 პაციენტი.

C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე ფასდაკლება გავრცელდა საჯარო სექტორში 10 000 პაციენტზე, რომელთაც 2014 წლის 1 ივლისიდან საშუალება აქვთ, შეიძინონ C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მედიკამენტები ფიქსირებულ ფასად 60%-იანი ფასდაკლებით. აღნიშნული შედეგით სარგებლობისათვის, სულ 1 თებერვლიდან 1 ნოემბრამდე სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოში დარეგისტრირებულია 1734 ბენეფიციარი და მკურნალობას გადის 776. 2014 წლის განმავლობაში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო აწარმოებდა მოლაპარაკებებს აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრსა და ახალი გენერაციის ანტივირუსული პრეპარატის სოფოსბუვირის მწარმოებელ კომპანია „გილედს“ შორის საქართველოში აღნიშნული პრეპარატის საგრძნობლად დაბალ ფასებში შემოტანასთან დაკავშირებით.



რკინადეფიციტურ ანემიასთან დაკავშირებული პერინატალური სიკვდილობის, ნადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირების მიზნით, 2014 წლის ივნისიდან ყველა ორსული უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავით ორსულობის 13 კვირამდე და რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზის შემთხვევაში – რკინის პრეპარატით ორსულობის 26-ე კვირიდან. მიმდინარე წლის ივნისიდან ოქტომბრამდე პროგრამის ფარგლებში რკინის პრეპარატით ისარგებლა 687 ორსულმა, ხოლო ფოლიუმის მჟავა მიიღო 3408 ორსულმა.

### **მომავლის ხედვა**

სახელმწიფო განაგრძობს ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე სტრატეგიულ რეფორმებს, რომელთა მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ყველა მოქალაქისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და



ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო ოჯახებზე ნეგატიური ეკონომიკური ზეგავლენის შემცირება. აღნიშნულის მისაღწევად ყოველწლიურად განხორციელდება ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება ფინანსური სივრცის ანალიზსა და ჯანდაცვის სექტორის პროგრამულ საჭიროებებზე დაყრდნობით.

ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიკისა და პროგრამების, მათ შორის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემდგომი განვითარება უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯებისა და გაღარიბების რისკების შემცირებას. ამასთანავე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შემდგომი აქცენტები კეთდება სამედიცინო მომსახურების პაკეტის ოპტიმიზაციასა და ეტაპობრივ გაზრდაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და სამკურნალწამლო საშუალებებების ხელმისაწვდომობის





გაუმჯობესებაზე რაციონალური ფარმაცოთერაპიის პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობით.

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების გაუმჯობესების გზით გაიზრდება საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის ეფექტიანობა. განიხილება სამედიცინო მომსახურების მსოფლიოში აპრობირებული დაფინანსების ინტეგრირებული სისტემის დანერგვა, რომელიც უფრო ეფექტიანს გახდის სამედიცინო სერვისზე სახელმწიფო დანახარჯებს. ასევე განხორციელდება ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის განვითარება სახელმწიფო და კერძო სექტორის ხვედრითი წილის სწორი დაგეგმვითა და ვალდებულებების სახელმწიფო რეგულირების მეშვეობით.

2016 წლიდან განხორციელდება გლობალური ფონდის (The Global Fund), ვაკცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსის (The GAVI Alliance) და აშშ საერთაშორისო



განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ დაფინანსებული პრიორიტეტული პროგრამების (იმუნიზაცია, აივ/შიდსი, ტუბერკულოზი, ჩანაცვლებითი თერაპია) სახელმწიფო დაფინანსებაზე ეტაპობრივი გადასვლა შესაბამისი პროგრამების ფინანსური მდგრადობის გეგმის შემუშავებით, ფინანსური ვალდებულებების დეტალური გაწერითა და ფისკალურ სივრცეში ასახვით.

## ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“
2. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ინფორმაცია. [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge)
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიში 2013. [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)
4. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება. საბოლოო ანგარიში. ამერიკის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტი, 2014. <http://www.moh.gov.ge/files/JAN-USID/1.pdf>
5. სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური სტატისტიკა, 2013. [http://ssa.gov.ge/files/01\\_GEO/statistika/EXCEL/12/2013/2013.pdf](http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/statistika/EXCEL/12/2013/2013.pdf)
6. ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო. სტატისტიკური ცნობარი, 2013. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი. <http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=1055>
7. 65th World Health Assembly closes with new global health measures. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65\\_closes\\_20120526/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/en/)
8. <http://live.worldbank.org/toward-universal-health-coverage-2030>
9. <http://www.theatlantic.com/international/archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-americas-still-not-on-it/259153/>
10. The Atlantic: Here's a Map of the Countries That Provide Universal Health Care (America's Still Not on It).
11. The Lancet. Universal health coverage post-2015: putting people first. Vol 384 December 13, 2014, P. 2083.

12. UN 67th General Assembly: Global health and foreign policy. December 2012. [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/67/377](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/377)
13. UN. The Millennium Development Goals Report, 2014. <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>
14. UN: Post-2015 Development Agenda: Sustainable Development Goals. <http://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal>
15. WHO. World Health Report 2010 – HEALTH SYSTEMS FINANCING: The path to universal coverage, 2010. [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf)
16. World Bank: Toward Universal Health Coverage by 2030.
17. World Development Report 1993: Investing in Health, Volume 1. World Bank, 1994. <http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/0-1952-0890-0>
18. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

## ავტორის მოკლე ბიოგრაფია დავით სერგეენკო

დაბადების თარიღი: 1963 წლის 25 სექტემბერი, თბილისი  
დაბადების ადგილი: თბილისი, საქართველო

### განათლება:

**1981 - 1987** - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი, პედიატრიული ფაკულტეტი

**1991** - მოსკოვის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი - ინტენსიური თერაპია

### პროფესიული საქმიანობა:

**1999** - კარდიორეანიმაცია და ნეონატალური ინტენსიური თერაპია, ბერლინის გულის ინსტიტუტი

**2001** - კარდიორეანიმაცია, ინტენსიური თერაპია, ჰარვარდის სამედიცინო სკოლა, ბოსტონის ბავშვთა საავადმყოფო

**2003** - გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, ოფშორული მედიცინა, აბერდინი, გაერთიანებული სამეფო

**2004** - ჯანდაცვის ადმინისტრირება და შრომის უსაფრთხოება (OSHA), ბაქო

**2005** - გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება პედიატრიაში, თბილისი

**2006** - გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო კურსი, თბილისი

**სახელმწიფო სერტიფიკატი: ანესთეზიოლოგია-  
რეანიმატოლოგია, კრიტიკული მედიცინა**

**სამუშაო გამოცდილება:**

**25.10.2012** - დღემდე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

**2007 - 2012** - სს „საჩხერის საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანება“, გენერალური დირექტორი

**2006 – 2012** - კავშირი „დოსტაქარი“, აღმასრულებელი დირექტორი

**2002 - 2006** - MediClubGeorgia, სამედიცინო მენეჯერი

**1997 - 2006** - ჯოენის სამედიცინო ცენტრი, ექიმი ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი

**1995 - 1997** - საქართველოს სპორტის სახელმწიფო დეპარტამენტი, სამედიცინო სამსახურის უფროსი

**1992 - 1993** - საქართველოს შეიარაღებული ძალები, სამხედრო ექიმი

**1989 - 1992** - ქ. რუსთავის სამშობიარო სახლი, ექიმი ნეონატოლოგი

**1987 - 1989** - ქ. სოხუმის ბავშვთა საავადმყოფო, ექიმი-ინტერნი

**ენები:**

ქართული, რუსული, ინგლისური

**ოჯახური მდგომარეობა:**

ჰყავს მეუღლე და 2 შვილი.

## სარედაქციო ჯგუფი

ზურაბ ჯიბლაძე	პროექტის ავტორი და მთავარი რედაქტორი
მარინე ბუაჩიძე	პასუხისმგებელი რედაქტორი
ნათია ვადაჭკორია	მასმედიასთან ურთიერთობები
დალი ჯვარშიშვილი	ტექნიკური რედაქტორი
გია არაბული	მხატვრული რედაქტორი
გიორგი ჯიბლაძე	კონსულტანტი
ირინე ბარამიძე	მხატვარ-დიზაინერი
ია გაჩეჩილაძე	კორექტორი

