



ეჭვქვეშ აქვთ ჩაყვანილი აუდიტის ანგარიში

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

„ვემტკიცებ“

სოციალური სფეროს აუდიტის

დეპარტამენტის უფროსი

ზაზა შეყილაძე

ს. შ. შ.

29 ნოემბერი 2021 წელი

N 44/36

ეგზ.: N1

ჰანგრეთელბის დაცვის სახელმწიფო
პროგრამებით გათვალისწინებული
სარვისების ხელმისაწვდომობის
ეფექტიანობის აუდიტი

საჩივრი

ტერმინთა განმარტება	4
შემაჯამებელი მიმოხილვა	5
1. შესავალი	11
1.1 აუდიტის მოტივაცია.....	11
1.2 აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვები	12
1.3 აუდიტის კრიტერიუმები	12
1.4 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	15
2. ზოგადი ინფორმაცია.....	18
სფეროს აღწერა	18
აუდიტის მიგნებები	22
3. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების მექანიზმები	22
4. პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა	37
5. საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური ხარჯვა	44
6. პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა	52
7. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობა	57
ბიბლიოგრაფია	63

შენიშნა განმარტება

სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ცენტრი – სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

სააგენტო – სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო.

მინისტრი – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

ჯანმო/WHO – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

SDG – მდგრადი განვითარების მიზნები.

ბენეფიციარი/პაციენტი/მოსარგებლე – პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმღები პირი.

ფარმაცევტული პროდუქტი/სამკურნალო საშუალება/მედიკამენტი – საერთაშორისო არაპატენტირებული დასახელების მედიკამენტი.

მედიკამენტის საერთაშორისო არაპატენტირებული დასახელება – ნამლის ან აქტიური ნივთიერების საერთაშორისოდ მიღებული დასახელება.

დამყოლობა – პაციენტის მხრიდან მისთვის განსაზღვრული მკურნალობის რეჟიმის დაცვა.

მიღწევა – დაავადების სკრინინგის ეტაპზე გამოვლენილი პაციენტის შემგომი მკურნალობის ეტაპზე ჩართვა.

სახელმწიფო პროგრამები – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები.

იშვიათი დაავადებები – იშვიათი დაავადებების მექონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა.

საყოველთაო – საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

ქრონიკული – ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა.

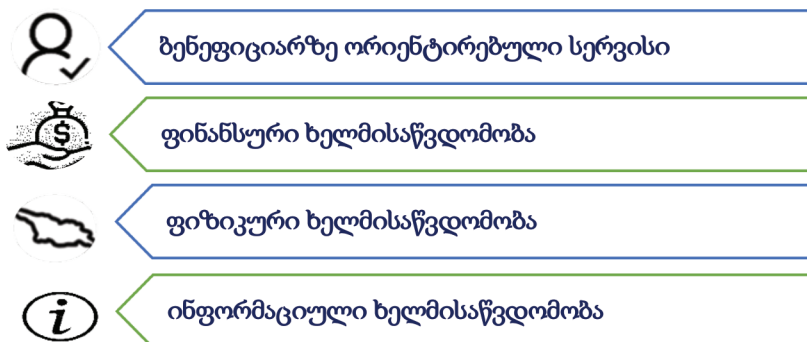


შემაჯავებელი მიმოხილვა

ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა საქართველოს მთავრობის საქმიანობის პრიორიტეტული მიმართულებაა.¹ შესაბამისად, ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მნიშვნელოვანი პრინციპია მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა, რომლის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფოს მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება.²

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიზანია, მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისათვის შექმნას ფინანსური გარანტიები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის და უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების შესრულება.³ მოცემული მიზნის მიღწევაში მთავარი როლი ენიჭება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და მის სისტემაში შემავალ ერთეულებს.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა ეფექტიანობის აუდიტი იმის დასადგენად, რამდენად ხელმისაწვდომია ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული კომპონენტები: ბენეფიციარების სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა და მასთან დაკავშირებული ამბულატორიული მომსახურება. აუდიტის ფარგლებში შერჩეულ იქნა შვიდი სახელმწიფო პროგრამა,⁴ რომელიც შეფასდა შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:



აუდიტის შედეგად გამოვლინდა ის ნაკლოვანებები, რომლებიც გავლენას ახდენენ როგორც სერვისების ხელმისაწვდომობაზე, ასევე პროგრამების ეფექტიანად მართვაზე.

1 ქვეყნის ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2020-2023 წლებისთვის, საქართველოს მთავრობა.

2 „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი.

3 საქართველოს მთავრობის დადგენილებები სხვადასხვა წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

4 დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, დიაბეტის მართვა, დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაცია, იშვიათი დაავადებების მეოწე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა (მედიკამენტით უზრუნველყოფის კომპონენტი), C ჰეპატიტის მართვა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (C ჰეპატიტის პრევენცია და მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობის კომპონენტი).

ბენეფიციარზე ორიენტირებული სერვისი

პროგრამების ადმინისტრირების მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ბენეფიციარზე ორიენტირებული სერვისის მიწოდებას, კერძოდ:

- იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამინისტროს არ აქვს შემუშავებული და დამტკიცებული ახალი დაავადების პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები, სერვისის დამატებას კი შესაძლოა დასჭირდეს რამდენიმე წელი. ამასთანავე, აღნიშნული მიმართულებით ქვეყანაში არ არის შემუშავებული ეროვნული გეგმა ან სტრატეგია და არ იწარმოება იშვიათი დაავადებების მქონე პირთა რეესტრი. შეზღუდულია პროგრამის ამბულატორიული სერვისით მოსარგებლეთა ასაკობრივი კატეგორია და მოიცავს მხოლოდ 18 წლამდე ასაკის პირებს. გემოაღნიშნული ფაქტორები ზღუდავს სამედიცინო სერვისებზე თანაბარ ხელმისაწვდომობას და ამცირებს პროცესის გამჭვირვალობას.
- იშვიათი დაავადებების, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა და დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული რიგი სერვისები არ არის გაწევილი დეტალურად, არსებული მექანიზმები კი ვერ უზრუნველყოფს ბენეფიციართა სრულ ინფორმირებას პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული სერვისებისა და მიმართვიანობის სიხშირის შესახებ.
- სააგენტოში დანერგილი მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ხელმისაწვდომობას რიგ სამკურნალო საშუალებებზე, კერძოდ: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სააგენტოს არ აქვს შემუშავებული მარაგების მართვის მექანიზმი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სააგენტომ ვერ უზრუნველყო მედიკამენტების შესყიდვა, ხოლო უკვე შესყიდული საკვები დანამატის – ბენეფიციარებისთვის მიწოდება. აღნიშნულის გამო, ერთი მხრივ, ბენეფიციარებმა ვერ მიიღეს პროდუქტები, რიგ შემთხვევებში კი შესყიდულ პროდუქტს ამოეწურა მოქმედების ვადა.
- ჯანმრთელობის დაცვის რიგი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში არ არის გათვალისწინებული მექანიზმ(ებ)ი, რომელიც უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სერვისებზე მიმართვიანობის ზრდას, ხოლო იმ პროგრამის ფარგლებში,⁵ სადაც შემუშავებულია პაციენტების მიდევნებისა და მკურნალობაზე დამყოლობის მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს პაციენტთა სერვისებში ჩართვას. შედეგად, დაბალია რიგი პროგრამებით გათვალისწინებულ სრულ სერვისებში ჩართულ ბენეფიციართა მაჩვენებელი.

ფინანსური ხელისაწყოება

პროგრამების მართვის მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სერვისებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. რიგი პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურებების ფარგლებში პაციენტებს თანაგადახდის პირობებში ეზრდებათ მათ მიერ ჯანდაცვის სერვისებზე გაწეული ხარჯები. კერძოდ, 2017-2019 წლებში საყოველთაო, ქრონიკული და დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სააგენტო უზრუნველყოფდა ბენეფიციართათვის იდენტიური სერვისების განსხვავებული თანაგახადით მიწოდებას. 2019 წლის აგვისტომდე ბენეფიციართა მხრიდან თანაგადახდა გათვალისწინებული იყო ასევე C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებშიც, რამაც ნაწილობრივ შექმნა სერვისების წვდომაზე ფინანსური ბარიერები.

5 C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამა.



საბიუჯეტო სახსრების პროექტული და ეკონომიური ხარჯვა

პროგრამების მართვისას არ არის გათვალისწინებული საკმარისი მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფს საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ და ეკონომიურ ხარჯვას:

- დიაბეტის მართვის პროგრამის ფარგლებში ერთი და იმავე მომსახურების ანაზღაურება ხდება განსხვავებული ღირებულებით;
- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრულია მედიკამენტების არაოპტიმალური ღირებულებები;
- სერვისების დაფინანსებისთვის შემუშავებული მოდელის – გლობალური ბიუჯეტისა და ვაუჩერული დაფინანსების ფარგლებში, მიმწოდებლებს ყოველთვიურად უნაზღაურდებათ დადგენილი ფიქსირებული თანხა, ბენეფიციარების მიერ სერვისების მიღებისა და გაწეული ხარჯის მიუხედავად. შედეგად, აუდიტის პერიოდისათვის, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ანაზღაურებული თანხა აღემატებოდა ბენეფიციარებისთვის ფაქტობრივად გაწეული მომსახურების ხარჯს.

დაფინანსების დამატებითი მექანიზმ(ებ)ის, ასევე სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების ოპტიმალური ღირებულებების განსაზღვრის შემთხვევაში, შესაძლებელი იქნებოდა საბიუჯეტო სახსრების დაზოგვა, ჯამში – 2,404,238 ლარის ოდენობით და, შედეგად, პროგრამებში მეტი ბენეფიციარის ჩართვა და ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

უზიარო ხელმისაწვდომობა

სააგენტოს მიერ დანერგილი მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფს პროგრამების ფარგლებში განსაზღვრული სერვისების სათანადო გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. კერძოდ, დიაბეტის მართვის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა და იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული რიგი სერვისების მიმწოდებლები, ძირითადად კონცენტრირებულნი არიან დედაქალაქში, ხოლო ბენეფიციართა, საშუალოდ, 57% ცხოვრობს თბილისის ფარგლებს გარეთ. შედეგად, ბენეფიციართა ნაწილს მომსახურების მიღება უწევთ საცხოვრებელი ადგილიდან დაშორებით.

ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა

ქვეყანაში არ არის შემუშავებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ ბენეფიციარებთან კომუნიკაციის სტრატეგია ან სამოქმედო გეგმა. არ არის დაგეგმილი მიზნობრივი ჯგუფების ინფორმირების მიზნით გასატარებელი ღონისძიებები და ეფექტიანი საინფორმაციო კამპანიები, რაც მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის სერვისებზე ხელმისაწვდომობაში. შედეგად, გამოკითხულ პოტენციურ ბენეფიციართა ინფორმირებულობის დონე დაბალია და მათი დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას სახელმწიფოს მიერ მათთვის შეთავაზებული და დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების შესახებ.



გამოვლენილ გარემოებებსა და ნაკლოვანებებზე სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გასცა შესაბამისი რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინების შემთხვევაში შესაძლებელი იქნება სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდა და პროგრამების ეფექტიანობის გაუმჯობესება.

ჩაკომენდაციები საინისტროს:

ჩაკომენდაცია N 1

ბენეფიციარებისთვის თანაბარი პირობების უზრუნველყოფის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდისა და პროგრამის ეფექტიანად დაგეგმვის მიზნით, იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში:

- შემუშავდეს და დამტკიცდეს დაავადების იშვიათად აღიარებისა და ახალი ნოზოლოგიის პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები;
- საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით შემუშავდეს ეროვნული გეგმა ან/და სტრატეგია;
- საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული ხარჯვის გათვალისწინებით, შეფასდეს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მოსარგებლეთა ასაკობრივი კატეგორიის ან/და მომსახურების მოცულობის გაზრდის შესაძლებლობა;
- დაინერგოს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს სანდო და სრული ინფორმაციის მოპოვებას ქვეყანაში არსებული იშვიათი დაავადებების მქონე პირთა რაოდენობის შესახებ.

ჩაკომენდაცია N 2

პროგრამებით განსაზღვრული სერვისების შესახებ ბენეფიციართა ცნობიერების ამაღლებისა და თანაბარი პირობების უზრუნველყოფის მიზნით, იშვიათი დაავადებების, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრულ სერვისებზე დეტალურად გაიწეროს და დამტკიცდეს პროგრამების კომპონენტებით გათვალისწინებული მომსახურებების მოცულობა.

ჩაკომენდაცია სააგენტოს:⁶

ჩაკომენდაცია N 3

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაინერგოს, ხოლო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში გაუმჯობესდეს მარაგების მართვის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს მიმწოდებელ დანესებულებებში არსებული ფარმაცევტული პროდუქტის რესურსისა და ბენეფიციარებზე გაცემის უწყვეტ მონიტორინგს.

6 რეკომენდაციების ნაწილში „სააგენტოდ“ მოხსენიებულია სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო.



ჩაკომენდაცია საშინისტროს, სააგენტოს და შანსის:

ჩაკომენდაცია N 4

პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე მიმართვიანობის ზრდისა და დაავადებების ეფექტიანი მართვის მიზნით, შემუშავდეს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტების მიერ სერვისების სრულად მიღებას, მკურნალობაზე დამყოლობისა და სერვისების მიღებაზე მონიტორინგს.

ჩაკომენდაცია საშინისტროს:

ჩაკომენდაცია N 5

ჭანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით:

- სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებისას შეფასდეს ფინანსური ბარიერის საჭიროება;
- დიაბეტის მართვისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში დადგინდეს პროგრამებით გათვალისწინებული იდენტიური სერვისები და შემუშავდეს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს ბენეფიციართათვის მცირე ფინანსური ბარიერის მქონე სერვისის მიწოდებას.

ჩაკომენდაცია საშინისტროს და სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 6

საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური ხარჯვის მიზნით, დიაბეტის მართვისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში:

- განისაზღვროს პროგრამებით დაფინანსებული სერვისებისა და მედიკამენტების ოპტიმალური ღირებულებები;
- დადგინდეს პროგრამებით გათვალისწინებული იდენტიური სერვისები და შემუშავდეს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მხრიდან ნაკლები დანახარჯების მქონე სერვისის დაფინანსებას.

ჩაკომენდაცია N 7

საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური ხარჯვის მიზნით, დიაბეტის მართვისა და იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შემუშავდეს და დაინერგოს დაფინანსების მოდელი ან/და არსებული მოდელის ფარგლებში განისაზღვროს დამატებითი მექანიზმები, რომელიც ბენეფიციარისთვის გამოყოფილი ასიგნებების ფარგლებში ფაქტობრივი ხარჯის გათვალისწინებით უზრუნველყოფს საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ ხარჯვას.



ჩაკომენდაცია სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 8

ჯანდაცვის სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით:

- პროგრამების მართვისას გათვალისწინებულ იქნეს ბენეფიციართა ფაქტობრივი საცხოვრებელი მისამართები და მიმწოდებელთა რესურსი სერვისების რეგიონალურ მოცვასთან დაკავშირებით;
- რეგიონში სერვისების მიმწოდებლის არარსებობის შემთხვევაში, შემუშავდეს ბენეფიციართათვის მომსახურებების მიწოდების ალტერნატიული მექანიზმები.

ჩაკომენდაცია საინისტროსა და სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 9

სახელმწიფო პროგრამებისა და მათ ფარგლებში დაფინანსებული სერვისების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და ცნობიერების ამაღლების მიზნით, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით შემუშავდეს ეფექტიანი საკომუნიკაციო სტრატეგია, გაძლიერდეს ოჯახის ექიმის როლი ბენეფიციარებთან კომუნიკაციის მიმართულებით, განისაზღვროს მიზნები, მათი მიღწევის მექანიზმები და შეფასების ინდიკატორები, ასევე ჩატარდეს მიღებული შედეგების მონიტორინგი.



1. შესავალი

1.1 აუდიტის მოტივაცია

ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიღება ადამიანის კონსტიტუციური უფლებაა.⁷

ჯანმრთელობის ნევრი ქვეყნების და, მათ შორის, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მთავარი მიზნებია – მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მათი ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება, არსებული რესურსების ეფექტიანად გამოყენება და ჯანდაცვის საჭიროებებზე დროული რეაგირება.⁸

ჯანმრთელობის საკითხებს ეხება მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG) მესამე მიზანი და მისი ამოცანები, სადაც მნიშვნელოვანია ჯანდაცვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხიანი სერვისებით უნივერსალური მოცვა, ისევე როგორც მოსახლეობის ფინანსური რისკებისგან დაცვა და უსაფრთხო, ეფექტიან, ხარისხიან მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.⁹

ქვეყანაში მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამა, რომელთა საშუალებით სახელმწიფო უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობას მოსახლეობის მიზნობრივი პოპულაციისთვის.

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში არაერთი რეფორმა გატარდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. სახელმწიფო დაფინანსება პრიორიტეტული გახდა მოსახლეობის მოწყვლადი (მიზნობრივი) ჯგუფებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით. მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის პროგრამებისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი რესურსი, რომელმაც 2019 წელს მილიარდ ლარს გადააჭარბა.

ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ზრდის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი იყო 2013 წელს ქვეყანაში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედება, რომელმაც რიგი ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისები ხელმისაწვდომი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის იმ ნაწილისთვის, რომელიც არ სარგებლობდა კერძო დაზღვევით. აღნიშნული პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ჯანდაცვის მთლიან დანახარებებში პაციენტების მიერ გაწეული ხარჯების წილი შემცირდა, თუმცა 2017 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის დანახარებების, დაახლოებით, 55%-ს მოსახლეობა კვლავ საკუთარი ხარჯით ფარავდა.¹⁰

მიუხედავად მთავრობის მიერ ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმებისა, ქვეყანაში მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა. 2019 წლის მონაცემებით, საქართველოში ოჯახები ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 48%-ს მედიკამენტების შესაძენად ხარჯავენ.¹¹

7 საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 28, პუნქტი 1.

8 ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 2016-2017 წწ.

9 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

10 საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში, 2017 წელი.

11 <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>



1.2 აუდიტის მიზანი და მოთავაზი კითხვები

აუდიტის მიზანია შეაფასოს რამდენად პროდუქტიული, ეკონომიური და ეფექტიანია ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და მის სისტემაში შემავალი საჯარო სამართლის იურიდიული პირების მიერ განხორციელებული ღონისძიებები.

აუდიტის კითხვებია:

რამდენად უზრუნველყოფს სისტემაში არსებული მექანიზმები სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას?

1. რამდენად უზრუნველყოფს სახელმწიფო პროგრამების მართვის მექანიზმები ბენეფიციარზე ორიენტირებული სერვისის მიწოდებას?
2. რამდენად უზრუნველყოფს სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების არსებული მოდელი სერვისებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას?
3. რამდენად უზრუნველყოფს სახელმწიფო პროგრამების მართვის მექანიზმები საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ და ეკონომიურ ხარჯვას?
4. რამდენად უზრუნველყოფს სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისები თანაბარ გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას?
5. რამდენად ეფექტიანი და საკმარისია სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და ცნობიერების გაზრდის მიზნით განხორციელებული აქტივობები?

1.3 აუდიტის კრიტერიუმები

სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული ღონისძიებების პროდუქტიულობის, ეკონომიურობისა და ეფექტიანობის შეფასებისთვის გამოყენებულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:

- საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები;
- შესაბამისი უწყებების სამოქმედო გეგმები და სტრატეგიები;
- საერთაშორისო პრაქტიკა;
- საერთაშორისო ორგანიზაციების კვლევები.



ჯანმოს განმარტება და სტატიები¹² – ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კონცეფცია:¹³



- **მისაღები** – გულისხმობს ადამიანების სურვილს, მიმართონ სამედიცინო სერვისებს. იგი დაბალია, როდესაც პაციენტისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები აღქმულია, როგორც არაეფექტიანი.
- **ფინანსური ხელმისაწვდომობა** – არის საზომი ადამიანების უნარისა, გადაიხადონ თანხა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებში ფინანსური სირთულეების გარეშე.
- **ფიზიკური ხელმისაწვდომობა** – გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო სერვისების არსებობას გონივრული ფიზიკური დაშორებით მათგან, ვინც მას საჭიროებს. ეს მოიცავს სამუშაო საათების, ვიზიტების განხორციელების სისტემის და სერვისების სხვა ორგანიზაციულ ასპექტებს, რომლებიც საშუალებას იძლევა მოსახლეობამ საჭიროების შემთხვევაში მიიღოს სამედიცინო მომსახურება.
- **ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა** – მოიცავს ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით ინფორმაციის და იდეების მოძიების, მიღებისა და გაცემის უფლებას.

ჯანმოს ეფექტიანი კომუნიკაციის სტრატეგია (WHO Strategic Communications Framework for effective communications)¹⁴ – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია აღიარებს ეფექტიანი, ინტეგრირებული და კოორდინირებული კომუნიკაციის მნიშვნელობას ჯანმრთელობის დაცვისა და ხელშეწყობის პროგრამების წარმატებით განხორციელებისთვის და შემუშავებული აქვს სტრატეგიის ჩარჩო ეფექტიანი კომუნიკაციის 6 პრინციპის გათვალისწინებით.

12 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

13 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/271346/PMC3738317.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14 <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>

სურათი N1.3.1 ჯანმოს ეფექტიანი კომუნიკაციის 6 პრინციპი:



ზემოთ მითითებული პრინციპების გათვალისწინებით, მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაუმჯობესების მიზნით უნდა დაიგეგმოს საინფორმაციო კამპანია ქვეყანაში არსებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების შესახებ. ამავე დროს ჯანმო მიუთითებს, რომ უნდა შეფასდეს განხორციელებული ქმედებები, რამდენად ეფექტიანია გამოყენებული კომუნიკაციის საშუალებები მიზნის მიღწევისათვის.

საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგია – „საქართველო 2020“. დოკუმენტის თანახმად, ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა საქართველოს მთავრობის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა. ამ სფეროში განსახორციელებელი პოლიტიკა მიზნად ისახავს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას შემდეგი გზებით:

- სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ტვირთის შემცირებით;
- ავადობის და სიკვდილიანობის გამომწვევი ძირითადი მიზეზების პრევენციით;
- სამედიცინო სერვისის ხარისხის ამაღლებით;
- ჯანდაცვის მართვის სისტემების სრულყოფით.

2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ – კონცეფცია არის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვა. დოკუმენტში თავმოყრილია დარგის განვითარების საფუძვლები საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე აღიარებულ პრინციპებთან და ფასეულობებთან მიმართებით. განსაზღვრულია 2014-2020 წლებისათვის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების 10 პრიორიტეტული მიმართულება, რომელიც უნდა ეფუძნებოდეს საერთაშორისო დონეზე დეკლარირებულ პრინციპებს, ქვეყნის ეპიდემიოლოგიურ სურათსა და ზოგად სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას.

საქართველოს მთავრობის დადგენილებები სხვადასხვა წელს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“, საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის N169 დადგენილება „C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ – აღნიშნულ დოკუმენტებში დეტალურადაა მითითებული ის სამედიცინო მომსახურებები, რომლებიც ფინანსდება შესაბამისი პროგრამების ფარგლებში, ასევე განსაზღვრულია დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების მექანიზმები, პროგრამებში ჩართვისა და მომსახურებების მიღების გზები.

1.4 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

აუდიტის ობიექტად განისაზღვრა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო და მის კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირები – სოციალური მომსახურების სააგენტო, ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო¹⁵ და ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. აუდიტის პერიოდად განისაზღვრა 2017-2019 წლები. ასევე, აუდიტის მიზნებიდან გამომდინარე, გამოყენებულია აუდიტის წინა და შემდგომი პერიოდების ინფორმაცია.

აუდიტის მასშტაბისთვის შეირჩა ჯანმრთელობის დაცვის ისეთი სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც ითვალისწინებს ბენეფიციარების სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფას და მასთან დაკავშირებულ ამბულატორიულ მომსახურებას. პროგრამების შერჩევისას გათვალისწინებულია ის გარემოება, რომ მედიკამენტების ხარჯების 96%-ს თავად მოსახლეობა ფარავს.¹⁶

აუდიტის ფარგლებში შესწავლილი პროგრამებია:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა;
- დიაბეტის მართვა;
- დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაცია;
- იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა;
- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა (მედიკამენტით უზრუნველყოფის კომპონენტი);
- C ჰეპატიტის მართვა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (C ჰეპატიტის პრევენცია და მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობის კომპონენტი).

საკითხების შესასწავლად აუდიტის ჯგუფმა გამოიყენა შემდეგი მეთოდები:

- მარეგულირებელი ნორმების შესწავლა და ანალიზი;
- დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი;
- პროგრამების, პროცესების მართვისა და ადმინისტრირების მექანიზმების ანალიზი;
- მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- საერთაშორისო პრაქტიკისა და სტანდარტების გაცნობა;
- პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები;
- პოტენციური ბენეფიციარებისა და ექიმების გამოკითხვა.

15 საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 17 აგვისტოს N509 დადგენილების საფუძველზე შეიქმნა სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, რომელიც სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს სამართალმემკვიდრეა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების საქმიანობის მიმართულებით.

16 http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2019/11/Pharmaceutical-pricing-policies_FINAL_ENG.pdf

აუდიტის კითხვებზე პასუხის გასაცემად განხორციელდა შემდეგი აუდიტორული პროცედურები:

- 1. რამდენად უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის მექანიზმები ბენეფიციარზე ორიენტირებული სერვისის მიწოდებას?** – აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა და გააანალიზა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მარეგულირებელი ნორმები, პროგრამებში ჩართვისა და სერვისების მიღების კრიტერიუმები, პროგრამების ბიუჯეტის განსაზღვრის საფუძვლები – პოტენციურ ბენეფიციართა და სერვისების მოცვის საკითხი, პროგრამით გათვალისწინებული სამკურნალო საშუალებების მარაგები, ვადები და ბენეფიციარებზე გაცემა, პროგრამების ფარგლებში დაფინანსებულ ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზები. შეისწავლა და გააანალიზა ბენეფიციართა მკურნალობაზე დამყოლობის, მიღწევებისა და პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებში ჩასართავად დანერგილი მექანიზმები; ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან, გაეცნო საერთაშორისო პრაქტიკას; ჩაატარა ბენეფიციარების გამოკითხვა.
ბენეფიციარების გამოკითხვა – საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის ბენეფიციართა ბაზიდან შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შეირჩნენ ის ბენეფიციარები, რომლებსაც დანიშნული ჰქონდათ მედიკამენტები, მაგრამ მისაღებად არ მიუმართავთ აფთიაქისთვის. შერჩევა განხორციელდა პროგრამით განსაზღვრული ყველა დაავადების კატეგორიიდან და შეირჩა ყველა მიზნობრივი ჯგუფის ბენეფიციარი. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 100-მა ბენეფიციარმა.
- 2. რამდენად უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების მექანიზმები სერვისებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას?** – აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით დაფინანსებული ისეთი სერვისები, სადაც გათვალისწინებულია თანაგადახდა მოქალაქეთა მხრიდან; შეისწავლა და გააანალიზა პროგრამების ფარგლებში დაფინანსებულ ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზები; ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან, გაეცნო საერთაშორისო პრაქტიკას.
- 3. რამდენად უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის მექანიზმები საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ და ეკონომიურ ხარჯვას?** – აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა და გააანალიზა პროგრამებით დაფინანსებული სერვისები, დააიდენტიფიცირა და გააანალიზა სხვადასხვა პროგრამით დაფინანსებული ერთი და იგივე სერვისები, შეისწავლა და გააანალიზა პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების დაფინანსების მეთოდოლოგია და მომსახურებათა ღირებულებების განსაზღვრის საფუძვლები, გააანალიზა მიმწოდებლების მიერ ბენეფიციარებზე გაწეული მომსახურებების ფაქტობრივი ხარჯები და სააგენტოს მიერ ანაზღაურებული თანხები, შეისწავლა პროგრამების ფარგლებში დაფინანსებულ ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზები, ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან.
- 4. რამდენად უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისები თანაბარ გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას?** – აუდიტის ჯგუფმა თითოეული პროგრამის მიხედვით შეისწავლა და გააანალიზა სერვისების მიმწოდებლის შერჩევისას/გამოვლენისას სააგენტოს მოთხოვნები (გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან მიმართებით), გააანალიზა ქვეყნის მასშტაბით პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების მიმწოდებლების რაოდენობა და მათი განაწილება; რეგიონების მიხედვით გააანალიზა სერვისებით მოსარგებლეთა რაოდენობა და მისი პროპორციულობა სერვისის მიმწოდებლების რაოდენობასთან, შეისწავლა პროგრამების ფარგლებში დაფინანსებულ ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზები. გაეცნო სერვისების მიმწოდებელ 16 სამედიცინო დაწესებულებაში პროგრამულ ბენეფიციარებთან მომსახურე



სამედიცინო პერსონალის რაოდენობას და მათ სამუშაო გრაფიკს. აღნიშნულის საფუძველზე გააანალიზა ბენეფიციართა რაოდენობის თანაფარდობა სამედიცინო პერსონალთან მიმართებით (დატვირთვა), ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან, გაეცნო საერთაშორისო პრაქტიკას.

5. **რამდენად ეფექტიანი და საკმარისია ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და ცნობიერების გაზრდის მიზნით დანერგილი მექანიზმები?** – აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა სამინისტროს, სააგენტოსა და ცენტრის მიერ მოსახლეობის ინფორმირებულობის კუთხით განხორციელებული საკომუნიკაციო აქტივობები, გააანალიზა სტატისტიკური მონაცემები და პროგრამებით დაფინანსებულ სერვისებში ჩართულ ბენეფიციართა რაოდენობა, გააანალიზა სამედიცინო პერსონალის პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე ინფორმირებულობის კუთხით გატარებული ღონისძიებები, ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან, გაეცნო საერთაშორისო პრაქტიკას, ჩაატარა ოჯახის/სოფლის ექიმებისა და პოტენციურ ბენეფიციართა გამოკითხვა.

ოჯახის/სოფლის ექიმების გამოკითხვა – გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში დასაქმებულმა 100-მა ოჯახის/სოფლის ექიმმა.

პოტენციურ ბენეფიციართა გამოკითხვა – გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 300-მა პირმა.

მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა (მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი) – მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის ამბულატორიული მომსახურების ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზიდან შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შეირჩა სხვადასხვა სოციალური პაკეტის მოსარგებლე. მიზნობრივი სეგმენტი მოიცავდა ასაკით პენსიონერებს, სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას, შშმ პირებსა და შშმ ვეტერანებს. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო ქრონიკული დაავადებების მქონე 100-მა პირმა.

დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამა – ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზიდან შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შეირჩნენ ის მოქალაქეები, რომელთაც დაავადების დიაგნოზი იყო შაქრიანი დიაბეტი, მაგრამ არ სარგებლობდნენ დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული სერვისით. მიზნობრივი სეგმენტი მოიცავდა სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას, ასაკით პენსიონერებს, შშმ პირებსა და დაზღვევის არმქონე მოქალაქეებს. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო დიაბეტის მქონე 100-მა პირმა.

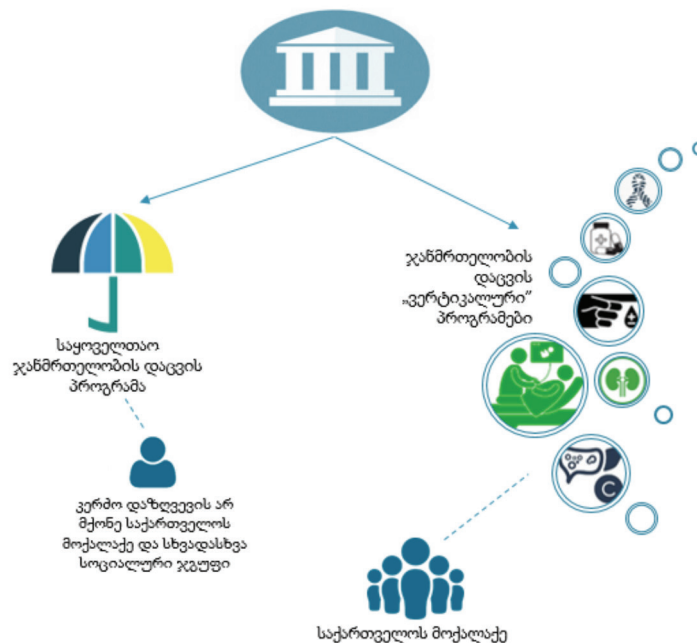
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა – მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზიდან შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით გამოიკითხნენ 25-დან 40 წლამდე მდედრობითი სქესის მოქალაქეები – დედები და პოტენციური დედები, სულ – 100 პირი.

2.80გადი იწონიასია

სწაიოს აღწაია

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მნიშვნელოვანი პრინციპია მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა, რომლის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფოს მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება.¹⁷ ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილია საქართველოს მთავრობის დადგენილებებით,¹⁸ რომლებიც დამტკიცებულია ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამით.

სურათი N2.1 მოქალაქეებისთვის განსაზღვრული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები



ქვეყანაში მოქმედი სახელმწიფო პროგრამების, სამედიცინო მომსახურების წესების, პირობებისა და ნორმატივების შემუშავებას და მათი შესრულების კონტროლს უზრუნველყოფს სამინისტრო.

სააგენტოსა და ცენტრის მიერ ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირება და მართვა, რაც გულისხმობს:

17 საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 4, პუნქტი „ა“.

18 საქართველოს მთავრობის დადგენილებები სხვადასხვა წელს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ; საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“; საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის №169 დადგენილება „C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების გამოვლენას;
- სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარების რეგისტრაციას;
- სამედიცინო სერვისების ხარჯების ანაზღაურებას;
- პროგრამების მონიტორინგს.

სახელმწიფო პროგრამების მიზანი და მომსახურების მოცულობა

პროგრამის დასახელება	მიზანი	მომსახურება	ბენეფიციართა კატეგორია
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირება, ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.	ა) ანტენატალური მეთვალყურეობა, ¹⁹ ინფექციურ დაავადებებზე სკრინინგი; ბ) გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა; გ) ახალშობილთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე, ²⁰ სმენის დიაგნოსტიკური კვლევა; დ) მედიკამენტებითა და საკვები დანამატებით უზრუნველყოფა.	საქართველოს მოქალაქე და საქართველოში მუდმივად მცხოვრები ორსულები, მაღალი რისკის ორსულები, ახალშობილები და ბავშვები საქართველოს მასშტაბით.
დიაბეტის მართვა	შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებული პაციენტების ამბულატორიული მეთვალყურეობის გაუმჯობესება, შესაძლო გართულებების პრევენცია და სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.	დიაბეტით დაავადებული მოსახლეობის ამბულატორიული სერვისითა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.	შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები, საქართველოში მუდმივად მცხოვრები პირები და საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობა.
დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაცია	თირკმლის ტერმინალური უკმარისობით დაავადებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება.	ჰემო და პერიტონიული დიალიზით უზრუნველყოფა, ²¹ თირკმლის ტრანსპლანტაცია, ორგანოგადანერგილთა იმუნოსუპრესული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.	საქართველოს მოქალაქეები.

19 ორსულობის პერიოდი, მშობიარობამდე პერიოდში ორსულთა მეთვალყურეობა.

20 ჰიპოთირეოზი – ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება.

ფენილკეტონურია – იშვიათი მემკვიდრეობითი დაავადება, რომელიც იწვევს ამინომჟავის – ფენილალანინის დაგროვებას ორგანიზმში.

ჰიპერფენილალანინემია – სისხლში ფენილალანინის პათოლოგიურად მაღალი დონის არსებობა.

მუკოვისციდოზი – სისტემური მემკვიდრეობითი დაავადება, ენდოკრინული ჯირკვლების დაზიანებით, სასუნთქი სისტემის ორგანოთა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციათა მძიმე დარღვევით.

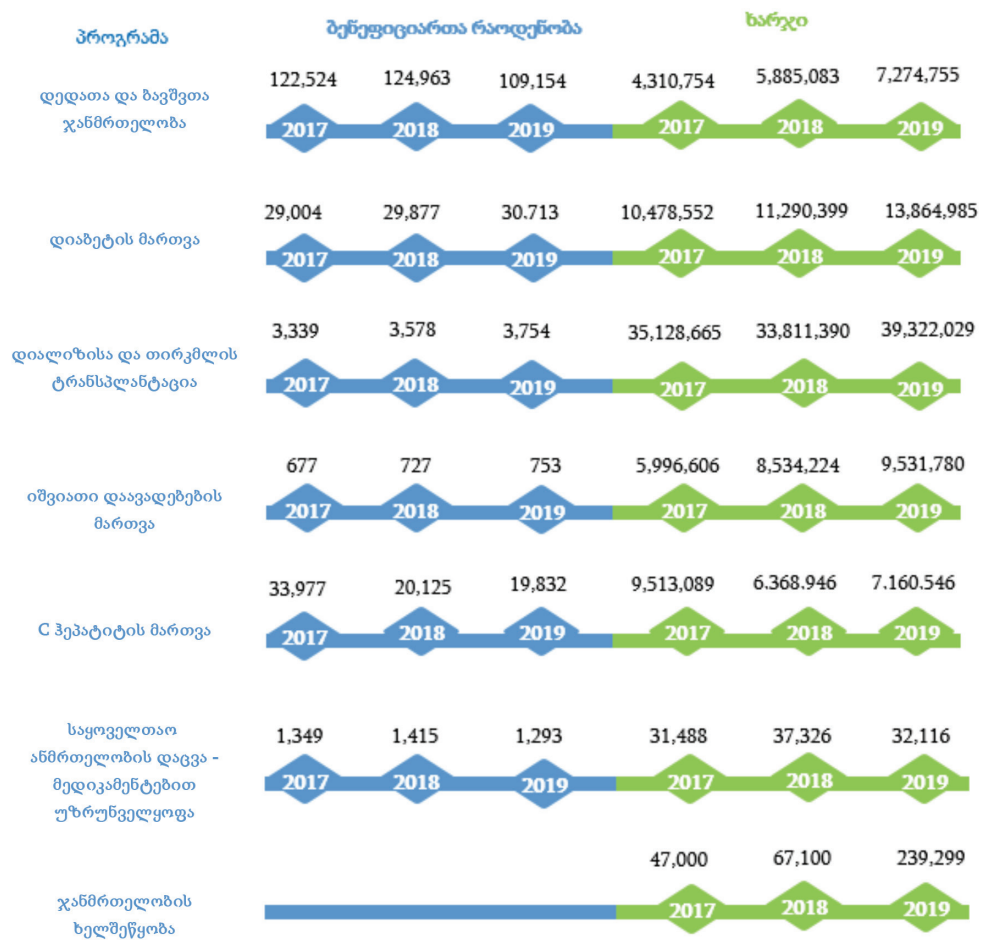
21 დიალიზის სახეობა, რომლის მთავარი დანიშნულებაც ორგანიზმიდან ნივთიერებათა ცვლის ნარჩენი პროდუქტებისა და ჭარბი სითხის მოშორება ხელოვნური გზით. პროცედურას მიმართავენ მაშინ, როდესაც თირკმელები აღარ ფუნქციონირებს და ორგანიზმიდან მავნე ნივთიერებებს ვეღარ გამოდევნის.



პროგრამის დასახელება	მიზანი	მომსახურება	ბენეფიციართა კატეგორია
იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებული პაციენტთა მკურნალობა	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.	ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება და სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.	იშვიათი დაავადებების მქონე საქართველოს მოქალაქეები და საქართველოში მუდმივად მცხოვრები მოქალაქეობის არმქონე პირები ან საქართველოში მუდმივად მცხოვრები უცხო ქვეყნის მოქალაქეები.
საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი	ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა.	გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება, ასევე საბაზისო მედიკამენტების დაფინანსება.	სხვადასხვა სოციალური პაკეტის მქონე მოქალაქეები.
C ჰეპატიტის მართვა	საქართველოში C ჰეპატიტით გამოწვეული ავადობის, სიკვდილიანობისა და ინფექციის გავრცელების შემცირება დაავადების პრევენციაზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით.	C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.	საქართველოს მოსახლეობა.
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ განათლება და ცნობიერების ამაღლება, ასევე ჯანმრთელობის ხელშეწყობი გარემოს შექმნა, რაც ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ფაქტორების უკეთესი კონტროლისა და გაუმჯობესების საშუალებაა.	სხვადასხვა დაავადებაზე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება, ასევე ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა.	



დიაგრამა N2.1 სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლეთა რაოდენობა და გაწეული ხარჯი^{22, 23}



22 დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობის დათვლისას გათვალისწინებული არიან პროგრამის შემდეგი კომპონენტების მოსარგებლეები: ანტენატალური მეთვალყურეობა, ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე, ორსულთა უზრუნველყოფას ფოლიუმის მჟავით, რკინადეფიციტური ანემიის მქონე ორსულთა უზრუნველყოფა რკინის პრეპარატებით, 6-23 თვის ასაკის ბავშვთა უზრუნველყოფა მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატით.

დიალიზის პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობა დათვლილია პროგრამის შემდეგ კომპონენტებზე: ჰემო და პერიტონიული დიალიზით უზრუნველყოფა, ორგანოგადანერგილთა იმუნოსუპრესული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა რაოდენობა დათვლილია პროგრამის შემდეგ კომპონენტებზე: იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურება, ჰემოფილიითა და სისხლის შედედების სხვა სახის მემკვიდრეობითი პათოლოგიებით დაავადებულ ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურება, იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

პროგრამულ ბენეფიციართა რაოდენობების ამსახველი გრაფიკები არ შეიცავს 2019 წლის დეკემბრის მონაცემებს.

23 დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში საკასო ხარჯის ზრდა განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ 2018 წლიდან ორსულთა ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა 4 ვიზიტის ნაცვლად განისაზღვრა 8 ვიზიტით. ამასთანავე, გაიზარდა მომსახურებების ღირებულება, რის შედეგად 57.50 ლარის ნაცვლად, სერვისის ღირებულება განისაზღვრა 180 ლარით.

დიალიზის პროგრამის ფარგლებში 2018 წელს ბენეფიციარების რაოდენობასა და საკასო ხარჯს შორის შესაბამისობა ძირითადად გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ მოცემულ წელს გახარჯული იყო წინა წლებში შესყიდული მასალები, რაც, შესაბამისად, 2018 წლის საკასო ხარჯზე არ იმოქმედებდა;

C ჰეპატიტის პროგრამის ფარგლებში 2019 წელს საკასო ხარჯის ზრდა გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ 2019 წლის აგვისტოდან პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებებზე გაუქმდა თანაგადახდა ბენეფიციართა მხრიდან და სერვისების სრულ ღირებულებას აფინანსებდა სახელმწიფო.



აუდიტის მიზნები

3. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების აღმინისტრირების მექანიზმები

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი პრინციპია მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში.²⁴ ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პოლიტიკის წარმატებით განხორციელებისთვის მნიშვნელოვანია ამ სერვისების ადმინისტრირების მექანიზმების ეფექტიანობა.

ბენეფიციარზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისი გულისხმობს პაციენტის საჭიროებებზე მორგებული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებების მიწოდებას.²⁵ აღნიშნულისთვის მნიშვნელოვანია ისეთი ინსტრუმენტების შექმნა, რომლებიც უზრუნველყოფს ბენეფიციართა სამედიცინო სერვისებში ბარიერების გარეშე ჩართვასა და სერვისის მიღებას, საჭირო მედიკამენტებზე მუდმივ ხელმისაწვდომას, პაციენტთა მკურნალობაზე დამყოლობას, მიღვენებას და ეფექტიან მონიტორინგს.

სამინისტრო განსაზღვრავს სახელმწიფო სერვისების მოცულობას, მათ ღირებულებებს და სერვისების მიღების ადმინისტრირების მექანიზმებს, რომლებიც ყოველწლიურად მტკიცდება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ და მის საფუძველზე გამოცემული ნორმატიული აქტებით.

საპაციენტო სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ბაზისი

ევროკავშირის სტრატეგიული მიზანი იშვიათ დაავადებებთან დაკავშირებით გულისხმობს პაციენტებისათვის წვდომის გაუმჯობესებას დიაგნოსტიკაზე, ინფორმაციასა და მკურნალობაზე.²⁶ იშვიათ დაავადებებს მიეკუთვნება მძიმე, სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებები, რომელთა რაოდენობა მოსახლეობაში იმდენად დაბალია, რომ მათთან ბრძოლა სპეციალურ ერთობლივ ძალისხმევას მოითხოვს. ევროკავშირის ქვეყნებში ნებისმიერი დაავადება, რომელიც 10,000 მოსახლეზე აღინიშნება 5 შემთხვევაში ითვლება იშვიათ დაავადებად. სტატისტიკურად, იშვიათი დაავადებები დაბალი სიხშირით (საშუალოდ, 1 (ერთი) შემთხვევა 2000 მოსახლეზე) გამოირჩევა. ევროპის იშვიათ დაავადებათა ორგანიზაციის შეფასებით, მსოფლიოში 5-დან 8 ათასამდე იშვიათი დაავადებაა, რომელთა რაოდენობა, დაახლოებით, 27-დან 30 მილიონამდე დაავადების შემთხვევას შეადგენს.²⁷

ევროკავშირის საბჭოს მიერ 2009 წელს წევრი ქვეყნებისთვის გაცემულ რეკომენდაციებში – „იშვიათი დაავადებების სფეროში განსახორციელებელ ქმედებებთან დაკავშირებით“

24 საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 4, პუნქტი „ა“.

25 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206971/9789290613176_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26 https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/rare_diseases_en

27 <https://test.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=29961157-658b-44e0-a1c1-11a360d735cd>

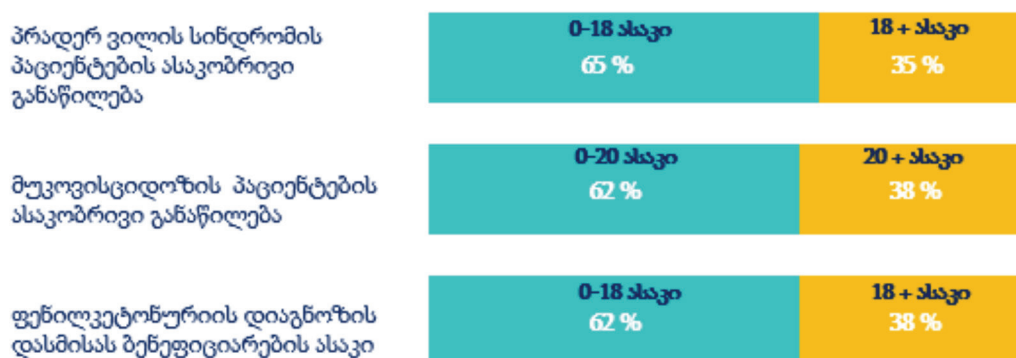


ხაზგასმულია ქვეყნების დონეზე ეროვნული გეგმის ან სტრატეგიის შემუშავების საჭიროება ან სხვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიებში იშვიათ დაავადებებთან დაკავშირებით შესაბამისი ზომების მიღება. შედეგად, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტების წვდომა ხარისხიან მომსახურებაზე, რომელიც მოიცავს: დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, ჰაბილიტაციას²⁸ და შესაძლებლობის ფარგლებში, ეფექტიან ნამლებთან ხელმისაწვდომობას.²⁹

საქართველოში ყოველწლიურად ქვეყნდება დაავადებათა სტატისტიკური ცნობარი,³⁰ რომელშიც წარმოდგენილია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ჯანდაცვის რესურსების ამსახველი ძირითადი სტატისტიკური მაჩვენებლები. აღნიშნული სტატისტიკური ცნობარი არ მოიცავს ინფორმაციას იშვიათი დაავადებების შესახებ. ქვეყანაში არ არსებობს იშვიათი დაავადების მქონე პირთა სტატისტიკა/რეესტრი და არ არის შემუშავებული ეროვნული გეგმა ან სტრატეგია იშვიათ დაავადებებთან დაკავშირებით, სადაც გაწერილი იქნებოდა ამ მიმართულებით ქვეყნის პრიორიტეტები და გრძელვადიანი მიზნები, მათი მიღწევის მექანიზმები და შეფასების ინდიკატორები.

საერთაშორისო პრაქტიკის თანახმად, იშვიათი დაავადებების 72% გენეტიკურია, ხოლო გენეტიკური იშვიათი დაავადებების 70% იწყება ბავშვობაში,³¹ თუმცა ზედა ასაკობრივ კატეგორიაშიც არსებობს აღნიშნულ სერვისებზე შედარებით მცირე მოთხოვნა.

დიაგრამა N3.1 იშვიათი დაავადებების ასაკობრივი განაწილება სხვადასხვა კვლევის მიხედვით რამდენიმე დაავადების მაგალითზე^{32, 33, 34}



იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული მეთვალყურეობის კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურება ვრცელდება მხოლოდ 18 წლამდე ასაკის ბავშვებზე. ამავე პროგრამის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტის ფარგლებში

28 ჰაბილიტაცია არის პროცესი, რომლის მიზანია დაეხმაროს იშვიათი დაავადებების მქონე პირებს ყოველდღიური ცხოვრებისთვის საჭირო უნარების შეძენაში, შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებაში.

29 <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0007:0010:EN:PDF>

30 სტატისტიკურ ცნობარს ყოველწლიურად ერთობლივად შეიმუშავებენ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო და ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

31 <https://www.eurordis.org/content/what-rare-disease>

32 https://www.ema.europa.eu/en/documents/presentation/presentation-cystic-fibrosis-demographic-challenges-europe-j-stuart-elborn_en.pdf

33 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31936105/>

34 https://hcunetworkamerica.org/wp-content/uploads/2018/12/hcu_incidence_greater_than_pku_poster1-1.pdf

დაფინანსებულ ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზების ანალიზით დგინდება, რომ 14 ბენეფიციარის ასაკობრივი ზღვარი აღემატება 18 წელს. შესაბამისად, სახელმწიფოს მიერ პროგრამით გათვალისწინებული ამბულატორიული სერვისი არ არის ხელმისაწვდომი აღნიშნული პირებისათვის, მაშინ როცა საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულად განკარგვის პირობებში, შესაძლებელი იყო მოცვის გაფართოვება.³⁵

სურათი 3.1 იშვიათი დაავადების 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტში ნოზოლოგიის დამატების პროცესი

სამინისტრო გადის კონსულტაციას ა(ა)იპ –
გენეტიკური და იმუნოლოგიური დაავადებების
საქართველოს ფონდთან შემდეგ საკითხზე:



გამოვლინდა ასევე შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს წლების განმავლობაში დაუყოვნებლივ ესაჭიროებოდათ მკურნალობა, თუმცა მოთხოვნა დაკმაყოფილდა სამინისტროსთვის მიმართვიდან 2 წლის შემდეგ. კერძოდ, 2015-2016 წლებში ფილტვის იდიოპათიური ფიბროზით დაავადებულ პაციენტთა კავშირმა წერილობით რამდენჯერმე მიმართა სამინისტროს, რათა იშვიათი დაავადებების პროგრამის ფარგლებში მომხდარიყო მკურნალობის (მედიკამენტის) დაფინანსება. პოტენციურ ბენეფიციართა რაოდენობა, რომელთაც ესაჭიროებოდათ

36 დაავადება.

მკურნალობა პრეპარატით – პირფენიდონი, შეადგენდა 17-ს. მედიკამენტი რეგისტრირებული იყო საქართველოს ბაზარზე, თუმცა პაციენტები მისი მაღალი ღირებულების გამო ვერ ახერხებდნენ მკურნალობას საკუთარი სახსრებით. 2018 წელს, მიმართვიდან 2 წლის შემდეგ, აღნიშნულ პაციენტებს მედიკამენტი დაუფინანსდათ რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ხოლო 2019 წლიდან მედიკამენტი გათვალისწინებულ იქნა იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამაში.

ამასთანავე, რიგი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში არ არის გაწერილი პროგრამით დაფინანსებული სერვისების ჩამონათვალი. კერძოდ, ნორმატიულ აქტებში დეტალურად არ არის გაწერილი კონკრეტული სამედიცინო მომსახურებები და პაციენტების მიერ მათი მიღების სიხშირე. მაგალითად, ქვემოთ ჩამოთვლილი პროგრამები, სხვა სერვისებთან ერთად ითვალისწინებს შემდეგი სახის მომსახურებებს:



იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა, ჰემოფილიით და სისხლის შედედების სხვა მემკვიდრული პათოლოგიებით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი - ჰემატოლოგის და სხვა სპეციალისტების კონსულტაციას, კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები.



დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამა - კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები.



დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა - ფენილკეტონურიის მონიტორინგს 0-დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის და თანდაყოლილ ჰიპოთირეოიზზე 0-დან 1 წლამდე ასაკის ბავშვების მეორადი დიაგნოსტიკა, მონიტორინგი და მკურნალობა.

მოცემულ შემთხვევებში არ არის გაწერილი კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების ჩამონათვალი და წლის მანძილზე მათი მიღების სიხშირე. ასევე არ არის განსაზღვრული პროგრამის ფარგლებში რა სიხშირით შეუძლია მიმართოს პაციენტმა შესაბამისი დარგის სპეციალისტს. 2020 წელს მინისტრის ბრძანებით³⁸ განისაზღვრა მხოლოდ იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის მოცულობა. ნორმატიულ აქტში კომპონენტების მიხედვით ჩამოთვლილია პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული კვლევები და წლის მანძილზე მათი მიღების სიხშირე. სხვა ზემოაღნიშნული პროგრამების ფარგლებში დოკუმენტი, სადაც გაწერილია დაფინანსებული სერვისები, სამინისტროს შიდა მოხმარების დოკუმენტია და არ არის ხელმისაწვდომი ბენეფიციარებისთვის. აღნიშნული წარმოშობს რისკს, რომ ბენეფიციარები სრულად ვერ მიიღებენ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ მომსახურებებს.

38 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 12 მარტის №01-94/ო ბრძანება „იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში იშვიათი დაავადებების ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის მოცულობის განსაზღვრის შესახებ.

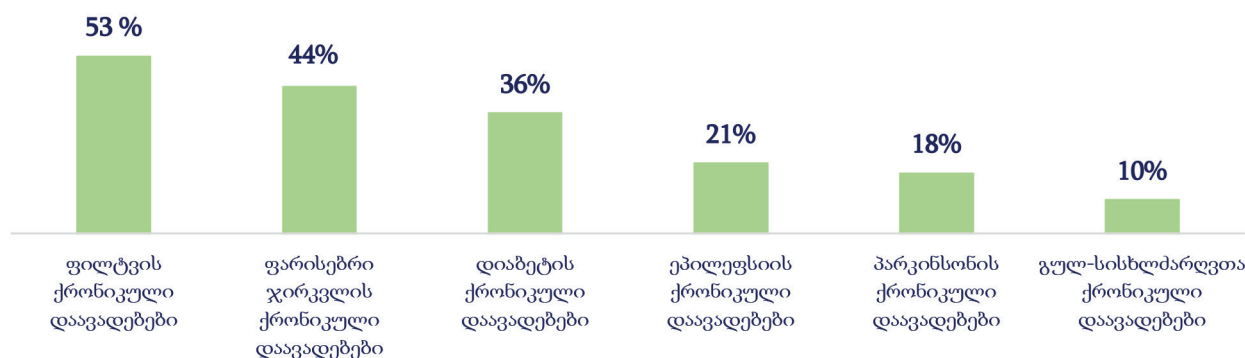
სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, აუცილებელი მედიკამენტები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნებისმიერ დროს, ადეკვატური რაოდენობით, სათანადო დოზირების ფორმებში, გარანტირებული ხარისხით და იმ ფასად, რომლის გადახდაც ინდივიდებს და საზოგადოებას შეუძლიათ.³⁹

ყველა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სადაც გათვალისწინებულია ბენეფიციართათვის სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა, სააგენტო შეისყიდის პროგრამულ მედიკამენტებს და გადასცემს სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებს. განსხვავებული მიდგომაა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შემთხვევაში, სადაც არ ხდება მედიკამენტების შესყიდვა. პროგრამაში ჩართულია რამდენიმე სააფთიაქო ქსელი, რომლებიც აღნიშნული პროგრამის ბენეფიციარებზე გასცემენ მათ ქსელში არსებულ მედიკამენტებს, რომელთა ღირებულებას სააგენტო ანაზღაურებს მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი ანგარიშგების საფუძველზე.

მონაცემთა ბაზების ანალიზით გამოვლინდა ბენეფიციარების მიერ მედიკამენტების უტილიზაციის⁴⁰ დაბალი მაჩვენებელი. კერძოდ, 2020 წლის აპრილიდან⁴¹ ოქტომრამდე პერიოდში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტში რეგისტრირებულ ბენეფიციართა, საშუალოდ, 30%-ს არ მიუღია ოჯახის ექიმის მიერ დანიშნული და მათთვის რეცეპტით გამოწერილი მედიკამენტები.

დიაგრამა N3.2 დაავადებათა ჯგუფის მიხედვით იმ ბენეფიციართა წილი, რომლებმაც 2020 წლის 1 აპრილიდან 14 ოქტომბრის ჩათვლით არ მიიღეს დანიშნული მედიკამენტები



აუდიტის ჯგუფმა ჩაატარა ამ კატეგორიის პირთა გამოკითხვა. გამოკითხულთა 66% მედიკამენტების მიუღებლობის მიზეზად აფთიაქებში მარაგის არარსებობას ასახელებს, ხოლო 31% აღნიშნავს, რომ მედიკამენტის მისაღებად საკუთარი სურვილით არ მიუმართავს აფთიაქისთვის.

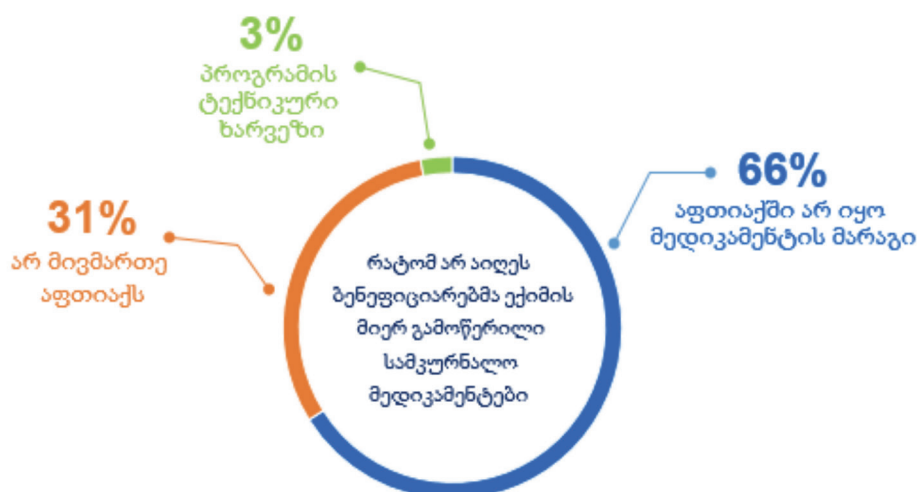
39 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67375/WHO_EDM_2002.2.pdf?sequence=1

40 იგულისხმება ბენეფიციარის მიერ რეცეპტით გამოწერილი მედიკამენტის აფთიაქიდან მიღება.

41 პერიოდი, როდესაც ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა ინტეგრირდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში.



დიაგრამა N3.3 ბენეფიციართა გამოკითხვის შედეგები



აღსანიშნავია, რომ მაშინ როდესაც ბენეფიციარები მედიკამენტების მიუღებლობის ძირითად მიზეზად მარაგების არარსებობას ასახელებდნენ, სააგენტოს 2020 წლის 1 აპრილის მდგომარეობით ნაშთად ერიცხებოდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ამავე დაავადებების სამკურნალოდ შესყიდული 4,335,124 ლარის ღირებულების ფარმაცევტული პროდუქტი.

გემოაღნიშნული პროგრამის ფარგლებში სააგენტოში არ არის დანერგილი მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს მიმწოდებელი სააფთიაქო ქსელიდან მედიკამენტების მარაგების შესახებ ინფორმაციის მიღებას. შესაბამისად, არ ფლობს ინფორმაციას მიმწოდებელ დაწესებულებებში არსებული მედიკამენტების რესურსის შესახებ.

პროგრამული მედიკამენტების დაბალი ათვისების კიდევ ერთი მაგალითია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებში სააგენტო მედიკამენტების შესყიდვას ახორციელებს ორსულებისა და ახალშობილებისთვის.

2017-2019 წლებში პროგრამა ითვალისწინებდა სოციალურად დაუცველი სტატუსის მქონე ოჯახების 6 თვიდან 23 თვემდე ასაკის ბავშვების მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატით უზრუნველყოფას, რომელიც გაიცემოდა ერთჯერადად, 6 კოლოფის (180გ=180 პაკეტი) ოდენობით.⁴² საკვები დანამატის შესყიდვა სააგენტომ 2016 წელს განახორციელა, ხოლო ბენეფიციარებზე გაცემას უზრუნველყოფდა პროგრამაში ჩართული სააფთიაქო ქსელის მეშვეობით.

სააგენტოს მიერ ბენეფიციარებზე გაცემულია საკვები დანამატის მცირე ნაწილი, რომლის მიზეზად ბენეფიციართა დაბალი მიმართვიანობა სახელდება. 2019 წლის ივლისში სააგენტოს მიერ შესყიდული საკვები დანამატის 44%-ს, 57,103 ლარის ღირებულების პროდუქტს, ამოწურა მოქმედების ვადა, ხოლო 2020 წლიდან აღნიშნული კომპონენტი ამოღებულია სახელმწიფო პროგრამების სერვისებიდან.

42 სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის 2017 წლის 7 თებერვლის N04-59/ო ბრძანება მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატის მოსარგებლეზე გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ.

ცხრილი N3.1 მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატის მარაგი და ხარჯვა 2017-2019 წლებში (რაოდენობა)

წელი	საწყისი ნაშთი	გაცემული რაოდენობა	საბოლოო ნაშთი
2017	73,980	26,580	47,400
2018	47,400	10,296	37,104
2019	37,104	2,588	34,498

ამავე პროგრამას 2019 წლიდან დაემატა ახალშობილთა თვალის გონოკოკური ინფექციის⁴³ პროფილაქტიკისათვის თვალის ერითრომიცინისა და ახალშობილთა პემორაგიული დაავადების⁴⁴ პროფილაქტიკისათვის ვიტამინი K1-ის შესყიდვა, რომელიც ახალშობილთა უნდა მიიღოს დაბადების პირველსავე საათებში. 2020 წლის მდგომარეობით, სააგენტოს შესყიდული აქვს მხოლოდ ვიტამინი K1, რომლის შესყიდვა და მიღება განხორციელდა ორჯერ, 2019 წლის ოქტომბერსა და 2020 წლის აგვისტოში, ხოლო ბენეფიციარებზე გაცემა დაიწყო – 2020 წლის მაისიდან, მცირე რაოდენობით. აღნიშნულის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი იყო ის გარემოება, რომ სააგენტომ ვერ უზრუნველყო შესაბამისი ელექტრონული პროგრამის დროულად შექმნა და ინსტალაცია.

ცხრილი N3.2 ვიტამინი K1-ის შესყიდული და ბენეფიციარზე გაცემული რაოდენობა წლების მიხედვით

წელი	მიღებული მედიკამენტის რაოდენობა	ბენეფიციარზე გაცემული მედიკამენტების რაოდენობა	ნაშთი წლის ბოლოს
2019	11,908	0	11,908
2020	16,500	9,393	19,015

რაც შეეხება თვალის ერითრომიცინის მალამოს, მისი შესყიდვა არ განხორციელებულა. სააგენტოს განმარტებით, აღნიშნულის მიზეზი იყო ის გარემოება, რომ ბაზრის კვლევაში კომპანიებმა არ მიიღეს მონაწილეობა, რის გამოც ვერ განისაზღვრა შესყიდვის სავარაუდო ღირებულება ტენდერის გამოსაცხადებლად, თუმცა დამადასტურებელი დოკუმენტები აუდიტის ჯგუფისთვის არ წარდგენილა. შესაბამისად, ჯგუფმა ვერ მოიპოვა ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ რა ქმედებები განახორციელა სააგენტომ მედიკამენტის შესასყიდად. შედეგად, პოტენციური ბენეფიციარები 2 წლის განმავლობაში ვერ იღებენ მათთვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრულ მედიკამენტს.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ორსულების უზრუნველყოფა ხდება ფოლიუმის მჟავისა და რკინის პრეპარატებით. ფოლიუმის მჟავის მიღება ხდება ორსულობის პირველი 13 კვირის განმავლობაში და დღიური დოზაა 400 მკგ.⁴⁵ აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში სააგენტოში დანერგილია მარაგების მართვის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს მიმწოდებელი სააფთიაქო ქსელიდან მედიკამენტების მარაგებისა და ხარჯვის შესახებ ინფორმაციის მიღებას. მედიკამენტის ვადის გასვლამდე 3 თვით ადრე, სპეცმედიკამენტების აღრიცხვა-გაცემის ელექტრონულ პროგრამაში ინტეგრირებული ნიშნული, რაც აფრთხილებს ფარმაცევტული პროდუქტის გამცემს მისი გაცემის საკითხის გადაწყვეტის დროს პრიორიტეტულად ყურადღება მიაქციოს შედარებით

43 თვალის ინფექციური დაავადება, რომლითაც ახალშობილი შეიძლება დაინფიცირდეს ბუნებრივად მშობიარობისას, თუ დედა დაინფიცირებულია დაავადების გამომწვევი ბაქტერია – გონოკოკით.

44 ახალშობილებში ვიტამინი K-ს დეფიციტით გამოწვეული სისხლდენის პრობლემა.

45 <https://www.nhs.uk/common-health-questions/pregnancy/why-do-i-need-folic-acid-in-pregnancy/>



მოკლევადიან მედიკამენტს. ორსულებზე ფოლიუმის მჟავის გაცემისას გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც ბენეფიციარებზე გაცემულია მცირე მოქმედების ვადის მქონე მედიკამენტები, რის გამოც ორსულთა მიერ მათი მოხმარების პერიოდში მედიკამენტების ნაწილს ამოეწურებოდა მოქმედების ვადა. ასეთი ბენეფიციარების რაოდენობა 2018-2019 წლებში სულ 1,118-ია (ბენეფიციართა ჯამური რაოდენობის 2%), ხოლო მათზე გაცემული იმ მედიკამენტების რაოდენობა, რომელთაც მოხმარების პერიოდში ამოეწურებოდა მოქმედების ვადა, 13,231 ერთეულს⁴⁶ (ბენეფიციარებზე ჯამურად გაცემული მედიკამენტების 0.8%) შეადგენს.

მკურნალობაზე დამყოლობასა და პაციენტების მიღწევასთან დაკავშირებული პრობლემები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, პაციენტის მკურნალობაზე დამყოლობა მისი განკურნების ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია. ცუდი დამყოლობა ასუსტებს მკურნალობის სარგებლიანობას, ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობას, ზრდის ხარჯებს, რასაც საბოლოოდ მივყავართ მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნის შეუსრულებლობისკენ.⁴⁷ მკურნალობაზე დამყოლობის გაზრდისათვის ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტების მიდევნება, რომელთაც სკრინინგის ეტაპზე გამოვლინდათ რაიმე სახის დაავადება, მაგალითად, C ჰეპატიტი,⁴⁸ ტუბერკულოზი,⁴⁹ აივ ინფექცია/შიდსი და ა.შ. შესაბამისად, მიდევნების მექანიზმების გამართული ფუნქციონირება ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სერვისების ეფექტიანი გამოყენების წინაპირობაა.

C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია მიზნად ისახავდა 2020 წლისთვის ქვეყანაში C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა 90%-ის გამოკვლევას, C ჰეპატიტის ქრონიკული ფორმის მქონეთა 95%-ის მკურნალობას და მკურნალობის შედეგად 95%-ის განკურნებას.⁵⁰

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით,⁵¹ იმისათვის რომ C ჰეპატიტის აქტიური ვირუსის მქონე ბენეფიციარი განიკურნოს დაავადებისგან, მნიშვნელოვანია თანმიმდევრული და უწყვეტი საფეხურების გავლა პაციენტის დიაგნოსტიკიდან დაწყებული მკურნალობის დასრულებამდე.

46 ერთეულად განსაზღვრულია ერთი აბი.

47 https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

48 სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2018 წლის 22 მარტის ბრძანება N06-55/ო – „C ჰეპატიტის სავარაუდო ინფექციის მქონე პირებზე აქტიური ზედამხედველობის განხორციელების წესის დამტკიცების შესახებ“.

49 „ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირების ეპიდკვლევა“ – საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი).

50 საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 18 აგვისტოს N1704 განკარგულება „საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე“.

51 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205035/9789241549615_eng.pdf;jsessionid=A6C2ACFB534973A537EFD7D3F4F5DC4A?sequence=1



სურათი 3.2 C ჰეპატიტის აქტიური ვირუსის განკურნების პროცესი



C ჰეპატიტის ელიმინაცია ვერ მიიღწევა საზოგადოებაში, მაღალი რისკის ჯგუფებში, შემთხვევათა დროულ გამოვლენასა და ვირუსის გადაცემის კონტროლისაკენ მიმართული მკაცრი პრევენციული ღონისძიებების გატარების გარეშე. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია პაციენტთა მიდევნებასა და მკურნალობაზე დამყოლობის ეფექტიანი მექანიზმის არსებობა. აღნიშნულის განსახორციელებლად 2018 წელს ქვეყანაში დამტკიცდა C ჰეპატიტის სავარაუდო ინფექციის მქონე პირებზე აქტიური ზედამხედველობის განხორციელების წესი, რომლის ფარგლებშიც მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (სჯდ) ცენტრის ეპიდემიოლოგებს ევალებათ C ჰეპატიტზე სკრინინგ დადებითი პირების მიდევნება შემდგომი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობაში ჩართვის მიზნით.⁵²

გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს, რომლებსაც 2017-2019 წლებში ჩაუტარდათ სკრინინგი C ჰეპატიტზე და ჰქონდათ დადებითი პასუხი, შემდგომი კვლევები არ ჩატარებიათ. კერძოდ, 2019 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით C ჰეპატიტზე სკრინინგ დადებითი იყო ჯამში 124,312 ბენეფიციარი, რომელთაგან შემდგომ დიაგნოსტიკურ კვლევებში არ ჩაერთო 22,408 (18%) ბენეფიციარი. 2019 წლის ბოლოს მდგომარეობით მიდევნება განხორციელდა 5,313 პირის შემთხვევაში, რაც იმ სკრინინგ დადებითი პირების, რომელთაც არ ჩატარებიათ შემდგომი კვლევები, მხოლოდ 24%-ს შეადგენს.

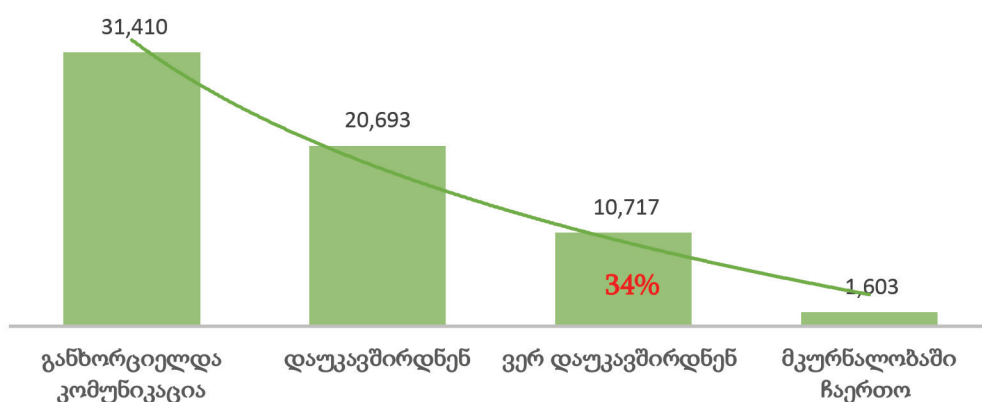
52 სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2018 წლის 23 აპრილის N06-67-ო ბრძანება „C ჰეპატიტის სავარაუდო ინფექციის მქონე პირებზე აქტიური ზედამხედველობის განხორციელების წესი“, დანართი N1.

დიაგრამა N3.4 C ჰეპატიტზე სკრინინგ დადებითი და მიღწევა განხორციელებული შემთხვევები



2018 წლის ნოემბერიდან C ჰეპატიტის პროგრამაში პაციენტთა აქტიური მოზიდვისა და მკურნალობაში ჩართვის გაუმჯობესების მიზნით, პროცესში ჩაერთო სააგენტოც, რომელმაც 2018-2019 წლებში მიღწევა განხორციელდა C ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების მქონე 31,410 ბენეფიციართან. სააგენტოს მიერ განხორციელებული კომუნიკაციის შედეგად, პროგრამით გათვალისწინებულ მკურნალობაში ჩაერთო მხოლოდ 1,603 (8%) ბენეფიციარი.

დიაგრამა N3.5 2018-2019 წლებში სააგენტოს მიერ განხორციელებული მიღწევის ჯამური ანალიზი



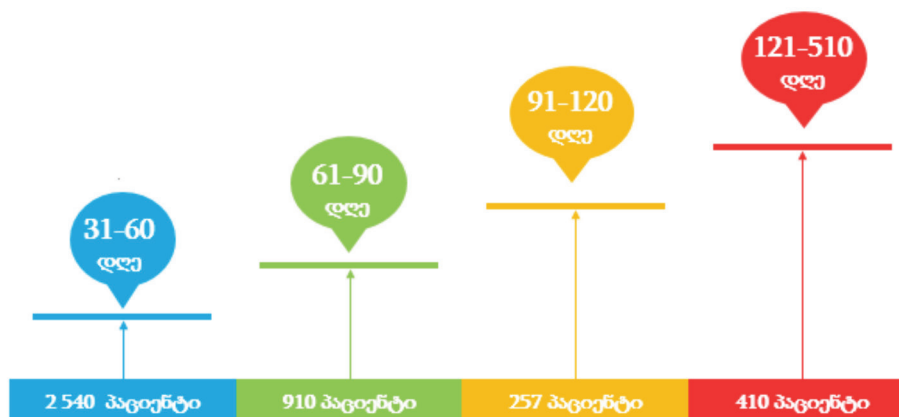
გამოვლინდა ასევე შემთხვევები, როდესაც დიდი მედიკამენტების დანიშვნიდან გაცემამდე პერიოდი. აღნიშნული არ უკავშირდება მარაგების არსებობის პრობლემას, რადგან მიმწოდებელ დანესებულებებს ჰქონდათ საკმარისი მარაგი ბენეფიციართა მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ამის მიუხედავად, 2018 წლის აგვისტოდან 2020 წლის აგვისტომდე პერიოდში ბენეფიციარებზე 24,519 შემთხვევაში⁵³ გაცემული მედიკამენტებიდან, დაახლოებით, 17%-ს სამკურნალო საშუალება მიღებული აქვს 30 და მეტი დღის შემდეგ.⁵⁴ აღსანიშნავია,

53 მითითებულია მხოლოდ ისეთი შემთხვევები, რომლებზეც მონაცემთა ბაზიდან შესაძლებელი იყო პირადი მონაცემებისა და მედიკამენტის დანიშვნის თარიღის იდენტიფიცირება.

54 დაშვება გაკეთებულია იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტმა მკურნალობის რეჟიმის განსაზღვრის შემდეგ 4-კვირიანი ინტერვალებით უნდა ჩაიტაროს კვლევები მკურნალობის პერიოდის მონიტორინგის სქემის შესაბამისად, რაც მთავრობის დადგენილებით არის განსაზღვრული. შესაბამისად, მედიკამენტის დანიშვნიდან მის მიღებამდე არ უნდა იყოს გასული დიდი პერიოდი.

რომ C ჰეპატიტის ელიმინაციის ვადებში განხორციელებისა და პაციენტების განკურნებისთვის მნიშვნელოვანია მკურნალობის დროული დაწყება და რეჟიმის დაცვა.

დიაგრამა N3.6 2018 წლის აგვისტოდან 2020 წლის აგვისტომდე პერიოდში დანიშნული და გაცემული მედიკამენტების დღეების დიაპაზონი⁵⁵



გამოვლინდა ასევე შემთხვევები, როდესაც ბენეფიციარებს სრულად არ აქვთ მიღებული მათთვის დანიშნული მედიკამენტები. კერძოდ, 2018 წლის აგვისტოდან 2019 წლის დეკემბრამდე პერიოდში პაციენტების რაოდენობა, რომლებსაც დანიშნული ჰქონდათ 1, 3, 4 და 6 თვის სამყოფი მედიკამენტი, შეადგენდა 15,999-ს. ჯამში – 1,265 (8%) ბენეფიციარს არ მიუღია დანიშნული მედიკამენტების სრული რაოდენობა. სააგენტოდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, პაციენტთა ზედამხედველობა მოიცავს მხოლოდ C ჰეპატიტზე სკრინინგითა და კონფირმაციით დადებითი შემთხვევების მოძიებასა და მკურნალობის კომპონენტში ჩართვას. რაც შეეხება პაციენტთა მკურნალობაზე დამყოლობას, რაც გულისხმობს მათ მიერ მკურნალობის რეჟიმის სრულ დაცვას – აღნიშნული მექანიზმი სააგენტოსა და ცენტრის მიერ არ ხორციელდება.

პროგრამით გათვალისწინებულ სერვისებზე დაბალი უტილიზაცია გამოვლინდა ასევე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება მდგრადი განვითარების მიზნების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია.⁵⁶ ანტენატალური მეთვალყურეობა ხელს უწყობს მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევას და წარმოადგენს დედასა და ბავშვზე ორიენტირებული პროცესების ერთობლიობას, რომელიც მნიშვნელოვანია ჯანმრთელი ორსულობის, უსაფრთხო მშობიარობისა და გაურთულებელი პოსტნატალური პერიოდის უზრუნველყოფისათვის.⁵⁷

55 მეთოდოლოგია – 2018 წლის აგვისტოდან 2020 წლის აგვისტომდე პერიოდში აღებულია პაციენტების რაოდენობა. დანიშნვის თარიღს გამოკლებულია პირველი გაცემის თარიღი და დღეების სხვაობა გადანაწილებულია დიაპაზონებში, მაგალითად, 1-30 დღის ფარგლებში გაცემულია მედიკამენტები, 31-60 დღის ფარგლებში გაცემული პაციენტების რაოდენობა და ა.შ.

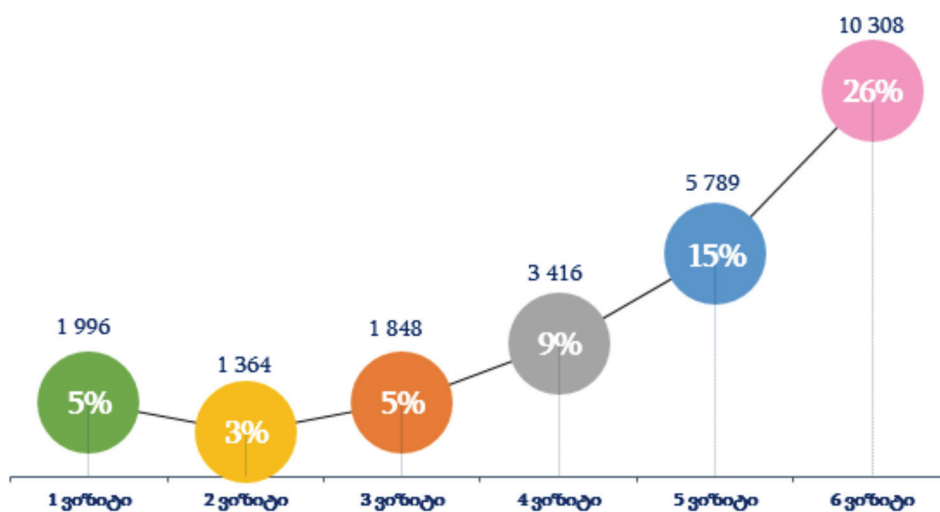
56 https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_2

57 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603717/>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, რეკომენდებულია ორსულთა ანტენატალური მომსახურების, მინიმუმ, 8 ვიზიტის მოდელი,⁵⁸ რაც აისახა მოცემული პროგრამის დიზაინში. აღნიშნული მოდელი უზრუნველყოფს ორსულობის პერიოდში გართულებების შემცირებასა და მშობიარობის გამოსავლის გაუმჯობესებას.⁵⁹

გამოვლინდა შემთხვევები, რომ ბენეფიციართა ნაწილი სრულად არ სარგებლობს მათთვის განკუთვნილი ვიზიტებით. კერძოდ, პროგრამის 24,721 მოსარგებლეს,⁶⁰ რაც შეადგენს ანტენატალურ სერვისებში ჩართული ორსულების 63%-ს, განხორციელებული აქვს 1-დან 6 ვიზიტი.

დიაგრამა N3.7 2018 წლის მარტიდან პროგრამაში ჩართული ორსულების მიმართვიანობა ანტენატალური მეთვალყურეობით გათვალისწინებულ ვიზიტებზე



ამავე პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო ორსულებს უზრუნველყოფს ფოლიუმის მჟავისა და რკინის პრეპარატებით. ფოლიუმის მჟავა ენიშნება ყველა ორსულს, მიღება მნიშვნელოვანია, რადგან მისი დეფიციტი იწვევს ნაყოფის ზურგისა და თავის ტვინის სხვადასხვა დეფექტებს.⁶¹ რაც შეეხება რკინის პრეპარატს, ინიშნება იმ შემთხვევაში, თუ ორსულს დადასტურებული აქვს რკინადეფიციტური ანემია.⁶²

მონაცემთა ბაზების ანალიზით დგინდება, რომ 2017-2019 წლებში პროგრამაში რეგისტრირებულ ორსულთა, დაახლოებით, 35%-ს არ მიუღია პროგრამით გათვალისწინებული მედიკამენტი.

58 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=F8E4B30CC916E1B00CD4D30610C03A17?sequence=1>

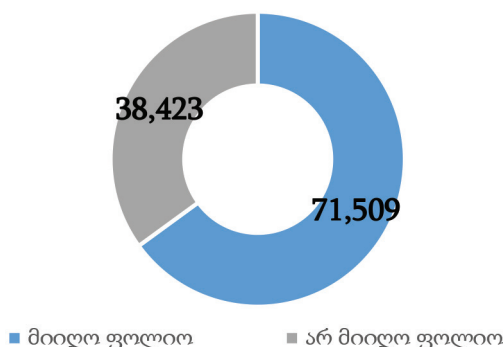
59 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/6 ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 3.

60 მითითებულია იმ ორსულთა რაოდენობა, ვისაც ორსულობის ვადის გათვალისწინებით 2019 წლის დეკემბრამდე უნდა ესარგებლა 8 ვიზიტით. ანალიზი გაკეთებულია სააგენტოს მიერ მოწოდებულ მონაცემთა ბაზებზე, სადაც არ არის გათვალისწინებული ნაადრევი მშობიარობები და შეწყვეტილი ორსულობები. შესაბამისად, ანალიზი გაკეთებული იმ დაშვებით, რომ ყველა ორსულს, ვინც შეყვანილია სააგენტოს ბაზაში ორსულობის ვადის გათვალისწინებით, ზემოაღნიშნულ პერიოდში უნდა ესარგებლა 8 ვიზიტით. იმის გათვალისწინებით, რომ მე-7 და მე-8 ვიზიტები ემთხვევა ორსულობის ბოლო ვადას, მონაცემები დათვლილია 6 ანტენატალურ ვიზიტზე.

61 <https://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid/about.html>

62 ორგანიზმში რკინის დეფიციტი.

დიაგრამა N3.8 2017-2019 წლებში პროგრამაში რეგისტრირებულ ბენეფიციარებზე ფოლიუმის მუავის გაცემის მაჩვენებელი



ბენეფიციარების მიერ მედიკამენტების მიუღებლობა არ არის დაკავშირებული მარაგების სიმცირესთან, რადგან მარაგების ანალიზით დგინდება, რომ ყოველწლიურად დიდია აუთვისებელი მედიკამენტების წილი.⁶³

2017-2019 წლებში რკინადეფიციტური ანემიის მქონე ორსულების 69% არ ჩაერთო პროგრამაში მედიკამენტის მისაღებად.

დიაგრამა N3.9 2017-2019 წლებში რკინადეფიციტური ანემიის დადასტურებული და მედიკამენტების მიღების შემთხვევები



პროგრამების ფარგლებში არ არის გათვალისწინებული ზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს არსებულ სერვისებზე უტილიზაციის მაჩვენებლის გაზრდას. სერვისებზე დამყოლობისა და პაციენტთა მიდევნების მექანიზმი შემუშავებულია მხოლოდ ერთეული პროგრამის ფარგლებში და ამ შემთხვევაშიც სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სერვისების საჭიროების მქონე პაციენტების მიდევნებასა და მკურნალობის კომპონენტებში ჩართვას.

63 განხილულია პროდუქტიულობის ნაწილში.



დასკვნა

იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამინისტროს არ აქვს შემუშავებული და დამტკიცებული დაავადებათა პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები. აღნიშნული მიმართულებით ასევე არ არის ეროვნული გეგმა ან სტრატეგია. ქვეყანაში არ არსებობს იშვიათი დაავადების მქონე პირთა სტატისტიკა/რეესტრი. შეზღუდულია პროგრამის ამბულატორიული სერვისით მოსარგებლეთა კატეგორია და მოიცავს მხოლოდ 18 წლამდე ასაკის პირებს.

რიგ პროგრამებზე ბუნდოვანია ნორმატიული აქტებით განსაზღვრული სერვისების ჩამონათვალი და ვერ უზრუნველყოფს პაციენტთა სრულ ინფორმირებას პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების შესახებ.

სააგენტოში დანერგილი მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ბენეფიციართა წვდომას რიგ სამკურნალო საშუალებებზე, რის გამოც როგორც ბენეფიციარები ვერ იღებენ მედიკამენტებს, ისე მარაგებს გასდით ვარგისიანობის ვადა. რიგი პროგრამების ფარგლებში სააგენტო ვერ უზრუნველყოფს პროგრამული მედიკამენტების შესყიდვას, ხოლო შესყიდულის – ბენეფიციარებისთვის მიწოდებას.

დაბალია პროგრამებით დაფინანსებულ სრულ სერვისებზე მიმართვიანობის მაჩვენებელი. პროგრამების ძირითად ნაწილზე გათვალისწინებულია მომსახურებების ბენეფიციართათვის მიწოდება, თუმცა არ არის დანერგილი მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფდა სერვისებზე უტილიზაციის გაზრდას.

სააგენტოსა და ცენტრის მიერ პაციენტების მიდევნებასა და მკურნალობაზე დამყოლობისთვის გამოყენებული მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფენ ბენეფიციართა სრულად ჩართვას პროგრამით გათვალისწინებულ სერვისებში.

გემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, სახელმწიფოს მიერ დანერგილი პროგრამების ადმინისტრირების მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ბენეფიციარზე ორიენტირებული სერვისის მიწოდებას.

ჩაკომენდაცია საინისტროს:

ჩაკომენდაცია N 1

ბენეფიციარებისთვის თანაბარი პირობების უზრუნველყოფის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდისა და პროგრამის ეფექტიანად დაგეგმვის მიზნით, იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში:

- შემუშავდეს და დამტკიცდეს დაავადების იშვიათად აღიარებისა და ახალი ნოზოლოგიის პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები;
- საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით შემუშავდეს ეროვნული გეგმა ან/და სტრატეგია;
- საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული ხარჯვის გათვალისწინებით, შეფასდეს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მოსარგებლეთა ასაკობრივი კატეგორიის ან/და მომსახურების მოცულობის გაზრდის შესაძლებლობა;
- დაინერგოს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს სანდო და სრული ინფორმაციის მოპოვებას ქვეყანაში არსებული იშვიათი დაავადებების მქონე პირთა რაოდენობის შესახებ.

ჩაკომენდაცია N 2

პროგრამებით განსაზღვრული სერვისების შესახებ ბენეფიციართა ცნობიერების ამაღლებისა და თანაბარი პირობების უზრუნველყოფის მიზნით, იშვიათი დაავადებების, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრულ სერვისებზე დეტალურად გაიწეროს და დამტკიცდეს პროგრამების კომპონენტებით გათვალისწინებული მომსახურებების მოცულობა.

ჩაკომენდაცია სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 3

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაინერგოს, ხოლო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში გაუმჯობესდეს მარაგების მართვის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს მიმწოდებელ დანესებულებებში არსებული ფარმაცევტული პროდუქტის რესურსისა და ბენეფიციარებზე გაცემის უწყვეტ მონიტორინგს.

ჩაკომენდაცია საინისტროს, სააგენტოს და შენსის:

ჩაკომენდაცია N 4

პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე მიმართვიანობის ზრდისა და დაავადებების ეფექტიანი მართვის მიზნით, შემუშავდეს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტების მიერ სერვისების სრულად მიღებას, მკურნალობაზე დამყოლობისა და სერვისების მიღებაზე მონიტორინგს.



4. პროგრამებით გათვალისწინებულ საჩუქრებსა და ფინანსური ხელშეწყობის აღწერა

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის დანახარტებით გამოწვეული ფინანსური რისკებისგან დაცვა და კატასტროფული ხარჯების თავიდან აცილება, მათი გაღატაკებისგან დაცვის მიზნით.⁶⁴

სწორედ აღნიშნულს ემსახურება ქვეყანაში მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა მიზანია შექმნას ფინანსური გარანტიები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის.⁶⁵ პროგრამების ფარგლებში გათვალისწინებული სერვისების ნაწილს სახელმწიფო აფინანსებს სრულად, 100%-ით, ხოლო სერვისების ნაწილზე გათვალისწინებულია თანაგადახდა მოქალაქეთა მხრიდან.

თანადაფინანსების პრინციპი გათვალისწინებულია შემდეგ სახელმწიფო პროგრამებში:

1. დიაბეტის მართვა.
2. C ჰეპატიტის მართვა.
3. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი.

დიაბეტის მართვის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ სრულად ფინანსდება შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება და შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებული მოსახლეობის სპეციალური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ხოლო სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების კომპონენტში ბენეფიციართა ნაწილისთვის გათვალისწინებულია თანაგადახდა პაციენტის მხრიდან, რაც სერვისების გარკვეულ ნაწილზე – 30%-ს, ნაწილზე კი – 50%-ს შეადგენს.

ცხრილი N4.1 დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურება და თანაგადახდის წილი

მომსახურება	0-18 წწ. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული	>18 წ. შაქრიანი დიაბეტი ინსულინმომხმარებელი	>18 წ. შაქრიანი დიაბეტი არაინსულინმომხმარებელი	უშაქრო დიაბეტით დაავადებული	სოციალურად დაუცველი
ამბულატორიული მომსახურება	100%	70%	50%	70%	100%
ინსულინი/ინსულინის ანალოგი	100%	100%	-	-	100%

სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების კომპონენტის ფარგლებში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბენეფიციარებს უფინანსდებათ 14 სხვადასხვა სახის მომსახურება, მათ შორის, კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები და შესაბამისი დარგის სპეციალისტების (ექიმები) კონსულტაციები. მომსახურების ჯამური ღირებულება

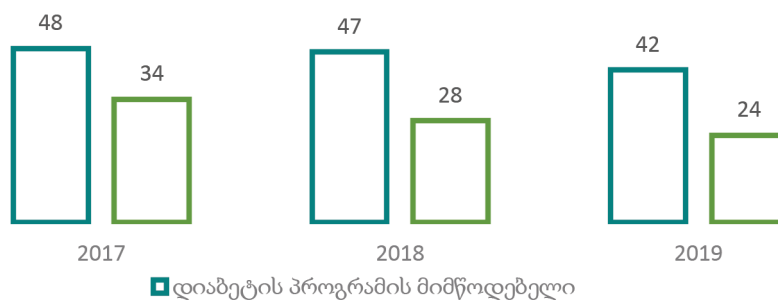
64 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში, <https://www.moh.gov.ge/uploads/publicinformation/2017/04/04/9a97ce1e712132ce5ec6cd817c9e61b5.pdf>

65 საქართველოს მთავრობის 2016-2018 წლების დადგენილებები ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.



განსაზღვრულია 240 ლარით და პაციენტს უფლება აქვს ისარგებლოს წელიწადში ერთხელ, ერთი თვის განმავლობაში. გამოვლინდა, რომ კომპონენტის ფარგლებში განსაზღვრული სერვისების ნაწილის მიღება შესაძლებელია ასევე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. კერძოდ, განსაზღვრული 14 მომსახურებიდან 9 ფინანსდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებშიც, სადაც ბენეფიციართა გარკვეული კატეგორიის მხრიდან თანაგადახდა გათვალისწინებულია მხოლოდ ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაციისთვის და შეადგენს მომსახურების ღირებულების 30%-ს. ყველა სხვა მომსახურების ღირებულებას სახელმწიფო აფინანსებს სრულად და არ ითვალისწინებს თანაგადახდას პაციენტის მხრიდან. ჯამში, დიაბეტის მართვის პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული სერვისების ღირებულებიდან (240 ლარი), პაციენტებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში უფინანსდებათ 143 ლარის ღირებულების მომსახურებები. 2017-2019 წლებში დიაბეტის პროგრამის სპეცამბულატორიულ სერვისში ჩართული პაციენტებიდან (საშუალოდ, 4,974) ამავე პერიოდში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში ჩართული იყო (მომსახურება მიიღო), საშუალოდ, 3,272 ბენეფიციარი. აღსანიშნავია, რომ დიაბეტის ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელთა ნაწილი ჩართულია როგორც ამ პროგრამაში, ასევე არის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიის მიმწოდებელიც. მაგალითად, 2017 წლის დიაბეტის პროგრამაში ჩართული 48 მიმწოდებლიდან 34 იყო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელიც.

დიაგრამა N4.1 ამბულატორიები, რომლებიც 2017-2019 წლებში იყვნენ როგორც დიაბეტის მართვის პროგრამის სპეცამბულატორიის კომპონენტის მიმწოდებლები, ისე საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიის კომპონენტის მიმწოდებელი



იმ ბენეფიციართა მონაცემთა ანალიზით, რომლებიც 2017-2019 წლებში ერთდროულად სარგებლობდნენ ზემოაღნიშნული პროგრამებით გათვალისწინებული გეგმური ამბულატორიის სხვადასხვა სერვისით, გამოვლინდა, რომ პაციენტებს მომსახურებების საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან მიღების შემთხვევაში შეეძლოთ დაეზოგათ 394,371 ლარი.



ცხრილი N4.2 დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში მიღებული მომსახურებისთვის 2017-2019 წლებში ბენეფიციარების მიერ გადახდილი თანხის შედარება საყოველთაო პროგრამით სარგებლობისას გადასახდელ თანხასთან⁶⁶

წელი	ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებიც ერთდროულად სარგებლობდნენ დიაბეტის მართვისა და საყოველთაო პროგრამებით ⁶⁷	დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების მიერ გადასახდელი თანხა ⁶⁸	საყოველთაო პროგრამით სარგებლობის შემთხვევაში ბენეფიციარის მიერ გადასახდელი თანხა	ბენეფიციარის მიერ გადახდილი თანხის დაზოგვის პოტენციალის % წილი
2017	3,201	271,464	141,121	48%
2018	3,289	280,944	147,802	47%
2019	3,326	285,552	154,667	46%
სულ:	9,816	837,960	443,589	47%

2017-2019 წლებში სააგენტო ერთი და იმავე მიზნობრივი ჯგუფისთვის მედიკამენტებით უზრუნველყოფას ახორციელებდა ორი სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა და ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებით. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციართა თანაგადახდის წილი 50%-ს შეადგენდა. გარდა ამისა, ბენეფიციართა კატეგორიის მიხედვით განსაზღვრული იყო ლიმიტები 50 ლარიდან 200 ლარამდე, რომლის ფარგლებშიც შესაძლებელი იყო პროგრამული მედიკამენტის მიღება. ამავე პერიოდში მოქმედი ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარებს მედიკამენტების მიღება შეეძლოთ თითქმის უფასოდ, ყოველგვარი ლიმიტის გარეშე, მაქსიმუმ, ერთი ლარის თანაგადახდით. მიუხედავად ამისა, სააგენტო არ ახორციელებდა ამ ბენეფიციარების ჩართვას ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამაში, რაც მნიშვნელოვნად დაზოგავდა პროგრამით მოსარგებლე მიზნობრივი პოპულაციის მიერ მედიკამენტებზე გაწეულ ფინანსურ სახსრებს.

66 სააგენტოს მიერ მოწოდებული ანგარიშგების ფორმა არ ითვალისწინებს ბენეფიციარის მიერ თანაგადახდის ოდენობის მითითებას, მაგრამ მითითებულია სააგენტოს ასანაზღაურებელი თანხა, რომლის მიხედვით გამოთვლილია ბენეფიციარის თანაგადახდის წილი.

67 მოცემულია მხოლოდ იმ ბენეფიციარების რაოდენობა, რომლებმაც დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა შეადგენს 240 ლარის 50%-ს, 70%-სა და 100%-ს.

68 დათვლილია დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში მიღებული მომსახურებისათვის ბენეფიციარის მიერ გადასახდელი პროცენტის გათვალისწინებით.

ცხრილი N4.3 საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან მიღებული მედიკამენტებისთვის ბენეფიციარების⁶⁹ მიერ გადახდილი თანხის შედარება იმავე მედიკამენტების ქრონიკულის პროგრამიდან მიღების შემთხვევაში გადასახდელ თანხასთან

ბენეფიციარი	წლის განმავლობაში საყოველთაოს პროგრამის ფარგლებში მიღებული ქრონიკული მედიკამენტებისთვის ბენეფიციარის მიერ გადახდილი თანხა	იმავე ბენეფიციარის მიერ მედიკამენტების ქრონიკულის პროგრამიდან მიღების შემთხვევაში გადასახდელი თანხა
ბენეფიციარი A	99	4 ⁷⁰
ბენეფიციარი B	98	4
ბენეფიციარი C	96	4
ბენეფიციარი D	95	4
ბენეფიციარი E	91	4

ბენეფიციართა მხრიდან თანაგადახდა გათვალისწინებული იყო C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებშიც. აღსანიშნავია, რომ ეს პროგრამა ხორციელდებოდა 5-წლიანი სტრატეგიული გეგმის თანახმად, რომლის მიხედვით ინფექციის ელიმინაცია უნდა მომხდარიყო ქვეყნის მასშტაბით. შესაბამისად, მნიშვნელოვანი იყო, რომ პროგრამაში ჩართულიყო ბენეფიციართა მაქსიმალური რაოდენობა, რომელთაც წვდომა ექნებოდათ დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის საჭირო სხვადასხვა სერვისზე.

ამავე პერიოდში ქვეყანაში C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის პარალელურად მოქმედებდა ტუბერკულოზისა და აივ ინფექციის/შიდსის მართვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა მიზანია, ისევე როგორც C ჰეპატიტის მართვის პროგრამისა, ავადობის, სიკვდილიანობისა და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება, მაგრამ C ჰეპატიტით დაავადებული პაციენტებისგან განსხვავებით, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება ანაზღაურდებოდა სრულად სახელმწიფოს მიერ და არ ითვალისწინებდა თანაგადახდას ბენეფიციართა მხრიდან.

C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებიდან (2015 წლის 21 აპრილი) 2019 წლის 1 აგვისტომდე განსაზღვრული იყო თანაგადახდის წილი, რომლის ფარგლებში მომსახურებას აფინანსებდა სახელმწიფო, ხოლო ნაწილს იხდიდა ბენეფიციარი. 2019 წლის აგვისტოდან შეიცვალა დაფინანსების მექანიზმი და პროგრამით გათვალისწინებული ყველა სერვისი ბენეფიციარებისთვის გახდა უფასო.

69 მაგალითისთვის მითითებულია რამდენიმე ბენეფიციარი, რომლებიც შერჩეულია იმ მოსარგებლეებიდან, რომლებმაც წლის განმავლობაში ყველაზე მეტი თანხა გადაიხადეს.

70 ბენეფიციარი აფთიაქიდან მედიკამენტის გატანისას იხდიდა ერთ ლარს და შესაძლებლობა ჰქონდა მიეღო 3 თვის სამყოფი მედიკამენტი. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ბენეფიციარი მედიკამენტების მისაღებად წლის განმავლობაში აფთიაქს მიმართავდა 4-ჯერ და, შესაბამისად, გადაიხდიდა 4 ლარს.

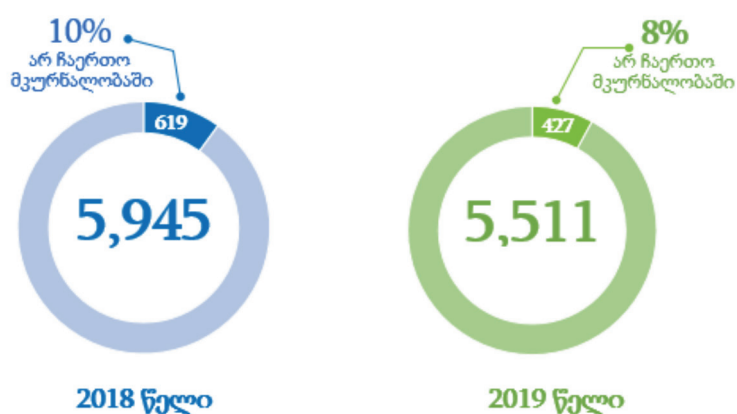


ცხრილი N4.4 პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებები და ბენეფიციარების მხრიდან თანაგდახდის წილი მომსახურების ტიპის მიხედვით

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება/ მოსარგებლე	01.01.2017-01.12.2017		01.12.2017-24.08.2018		24.08.2018-01.08.2019		01.08.2019-დღემდე	
	სოც. დაუცველი	მოქალაქე	სოც. დაუცველი	მოქალაქე	სოც. დაუცველი	მოქალაქე	სოც. დაუცველი	მოქალაქე
სკრინინგი	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
C ჰეპატიტის დადგენა (HCV RNA) კონფირმაციულზე	30%	70%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
მკურნალობის კომპონენტში ჩართვამდე საჭირო კვლევები	30%	70%	30%	70%	30%	70%	0%	0%
HCV გენეტიკური ტიპის განსაზღვრა ხაზოვანი ჰიბრიდიზაციის ან პჯრ მეთოდით	30%	70%	30%	70%	0%	0%	0%	0%
მკურნალობის პერიოდში მონიტორინგი	30%	70%	30%	70%	30%	70%	0%	0%
HCV RNA მკურნალობის ეფექტიანობის შესაფასებლად + ექიმთან ვიზიტი	30%	70%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
სამკურნალო საშუალებები	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

პროგრამით გათვალისწინებულ დიაგნოსტიკურ კვლევებში ჩასართავად აუცილებელია სკრინინგი ინფექციაზე, ხოლო მკურნალობის კომპონენტში ჩასართავად – დიაგნოსტიკური კვლევების ჩატარება. გამოვლინდა, რომ პაციენტების ნაწილს, ვისაც დაავადება დაუდგინდა სკრინინგის ეტაპზე და მკურნალობის კომპონენტში ჩასართავად ესაჭიროებოდა პროგრამით განსაზღვრული სხვადასხვა დიაგნოსტიკური კვლევა, არ უსარგებლია აღნიშნული სერვისით.

დიაგრამა N4.2 2018-2019 წლებში C ჰეპატიტის თვისობრივი კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების მქონე და პროგრამაში არ ჩართული პაციენტების რაოდენობა



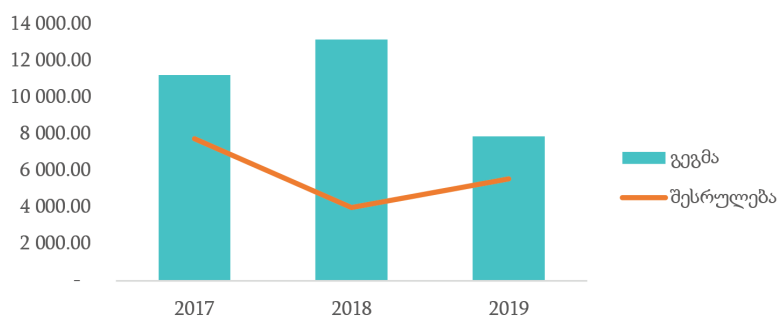
აღსანიშნავია, რომ დიაგნოსტიკური კვლევების ჩასატარებლად ბენეფიციარებს უწევდათ გარკვეული თანხის გადახდა, რაც შესაძლოა იყო ერთ-ერთი შემაფერხებელი ფაქტორი შემდგომ კვლევებში ჩასართავად.

ცხრილი N4.5 C ჰეპატიტის პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული დიაგნოსტიკური კვლევების ღირებულება⁷¹

დასახელება (დიაგნოსტიკური ჯგუფი)	მომ- სახუ- რების ღირე- ბულება	თანაგადახ- და სახელ- მწიფოს მხრიდან მოქალაქე- ბისთვის	თანაგადახ- და სახელ- მწიფოს მხრიდან სოციალუ- რად დაუცვე- ლებისთვის	თანაგადახდა მოქალაქის მხრიდან (ლარი)	თანაგადახ- და სოცი- ალურად დაუცველის მხრიდან (ლარი)
მკურნალობის კომპონენტში ჩართვამდე საჭირო კვლევების სრული პაკეტი ელასტოგრაფიით	390	30%	70%	273	117
მკურნალობის კომპონენტში ჩართვამდე საჭირო კვლევების სრული პაკეტი ელასტოგრაფიის გარეშე	310	30%	70%	217	93
მკურნალობის მონიტორინგი 12-კვირიანი ინტერფერონით	400	30%	70%	280	120
მკურნალობის მონიტორინგი 12-კვირიანი ინტერფერონის გარეშე	391	30%	70%	273.7	117.3
მკურნალობის მონიტორინგი 24-კვირიანი ინტერფერონით	502	30%	70%	351.4	150.6
მკურნალობის მონიტორინგი 24-კვირიანი ინტერფერონის გარეშე	493	30%	70%	345.1	147.9

აღნიშნული ფინანსური ბარიერის შესახებ მითითებულია ასევე სამინისტროს დაკვეთით ჩატარებულ „C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ქცევის, ცოდნისა და შეხედულებების თვისობრივი კვლევის ანგარიშში“, სადაც აღნიშნულია, რომ ფინანსური პრობლემები ძირითადი ბარიერია მკურნალობის წინა კვლევების დროს, როცა პაციენტს დაავადების ფაზის დასადგენად უწევდა თანაგადახდა და ზოგჯერ ეს თანხა მერყეობდა 500-700 ლარის ფარგლებში. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს ამ პერიოდში ჰქონდა რესურსი პროგრამის ბიუჯეტის ფარგლებში სრულად დაეფინანსებინა მომსახურება, რადგან კომპონენტისათვის გამოყოფილი ბიუჯეტი ყოველწლიურად შეუსრულებელი იყო და აუთვისებელი ასიგნებები კომპონენტის დამტკიცებული ბიუჯეტის, საშუალოდ, 43%-ს შეადგენდა.

დიაგრამა N4.3 C ჰეპატიტის მართვის პროგრამის დიაგნოსტიკური კომპონენტის ბიუჯეტის შესრულება 2017-2019 წლებში



⁷¹ სერვისების ღირებულება იცვლებოდა წლების მიხედვით.



პაციენტის მხრიდან თანაგადახდის მოხსნის გადანაცვებილება მიღებულ იქნა 2019 წლის აგვისტოში, მაშინ როდესაც ბენეფიციართა ნაწილმა უკვე ვერ ისარგებლა პროგრამული სერვისებით.

დასკვნა

სამინისტრო პროგრამის შემუშავებისას არ ითვალისწინებს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული მომსახურებების თანაკვეთის რისკებს. ასევე, არ არის შეფასებული ბენეფიციართა მხრიდან თანაგადახდის შემცირების შესაძლებლობა. შედაგად, პაციენტებს ეზრდებათ ფინანსური ბარიერები მათთვის განკუთვნილი მომსახურებების მიღების პროცესში.

გემოლნიშნულის გათვალისწინებით, პროგრამების მართვის მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სერვისებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

რეკომენდაცია საინისტროს:

რეკომენდაცია N 5

ჭანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით:

- სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებისას შეფასდეს ფინანსური ბარიერის საჭიროება;
- დიაბეტის მართვისა და საყოველთაო ჭანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში დადგინდეს პროგრამებით გათვალისწინებული იდენტური სერვისები და შემუშავდეს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს ბენეფიციართათვის მცირე ფინანსური ბარიერის მქონე სერვისის მიწოდებას.



5. საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური ხარჯვა

ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გატარებული პოლიტიკა. ამ კუთხით სხვა ღონისძიებებთან ერთად მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მიერ შესაბამისი სფეროსთვის გამოყოფილი დაფინანსება. ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა, თუმცა ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდა არ არის ერთადერთი პირობა სახელმწიფოს მიერ ამ სფეროში დასახული მიზნების მისაღწევად და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდისთვის. მნიშვნელოვანია გამოყოფილი ფინანსური რესურსის პროდუქტიული და ეკონომიური განკარგვა. აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა პროგრამების დაფინანსების მექანიზმები საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური განკარგვის შესაფასებლად.

პროგრამების დაფინანსების მექანიზმების ნაკლავანებაები

რიგი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში კონტრაქტორი დანესებულებების დაფინანსება ხორციელდება გლობალური ბიუჯეტისა და ვაუჩერული დაფინანსებით.

სურათი N5.1 ვაუჩერისა და გლობალური ბიუჯეტით სერვისების დაფინანსების მეთოდოლოგია



გლობალური ბიუჯეტი - განსაზღვრულია მომსახურებები, ბენეფიციარების სავარაუდო რაოდენობა და ყოველთვიურად, წლიური ასანაზღაურებელი თანხა არაუმეტეს 1/12-ისა, მიუხედავად მომსახურებული ბენეფიციარების რაოდენობისა.



სამედიცინო ვაუჩერი - განსაზღვრულია მომსახურებები და ასანაზღაურებელი თანხის ლიმიტირებული ოდენობა ერთ ბენეფიციარზე.

გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით ფინანსდება იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული შემდეგი მომსახურებები:

- იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურება;
- ჰემოფილით და სისხლის შედედების სხვა მემკვიდრული პათოლოგიებით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება.

ვაუჩერულით ფინანსდება სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში განსაზღვრული შემდეგი მომსახურებები:

- დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამა – შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება;
- დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაცია – ჰემო და პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში მიმწოდებელ დაწესებულებებს წლიური ლიმიტი ანაზღაურებული აქვთ სრულად, მიუხედავად იმისა, პაციენტებმა მიიღეს თუ არა პროგრამით გათვალისწინებული ყველა კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევა და ექიმის კონსულტაცია.

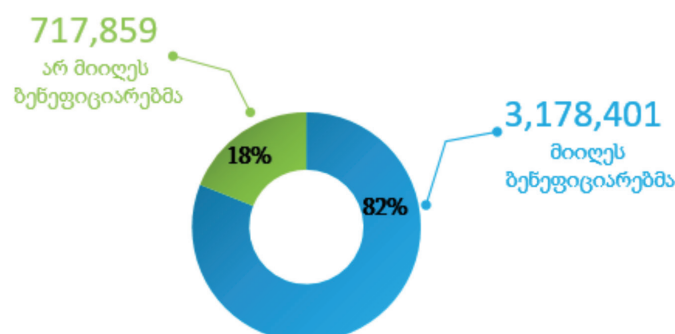
სურათი N5.2 პაციენტების წილი, რომელთა ვაუჩერის ღირებულება სრულად აუნაზღაურდათ მიმწოდებლებს, მაგრამ არ მიუღიათ სხვადასხვა მომსახურება 2017-2019 წლებში⁷²



2017-2019 წლებში გამოვლინდა ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ბენეფიციარებს არ მიუღიათ პროგრამით გათვალისწინებული სერვისები და მიუხედავად ამისა, სააგენტოს სრულად აქვს ანაზღაურებული ამ პაციენტთა ვაუჩერის ღირებულება. ასეთ ბენეფიციართა რაოდენობა სულ 33-ია, ხოლო ანაზღაურებული თანხა 45,268 ლარს შეადგენს.

ჯამში სააგენტოს მიერ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის მიმწოდებლებისთვის 2017-2019 წლებში ანაზღაურებული თანხა 3,896,260 ლარს შეადგენს, მიმწოდებლების მიერ ბენეფიციარებისთვის გაწეული მომსახურებების ჯამური ღირებულება კი – 3,178,401 ლარია.⁷³ სააგენტოს მიერ ანაზღაურებული 717,859 ლარის (18%) მომსახურება არ მიუღიათ ბენეფიციარებს, რაც ვაუჩერული დაფინანსების პირობებში დამატებითი მექანიზმის არარსებობის შემთხვევაში, იწვევს სახსრების არაპროდუქტიულად განკარგვას.

დიაგრამა N5.1 სააგენტოს მიერ ანაზღაურებული და მიმწოდებლების მიერ ბენეფიციარებზე გაწეული მომსახურების ღირებულება



⁷² მითითებულია ისეთი სერვისები, სადაც ყველაზე მაღალი იყო ბენეფიციარების მიერ მიუღებელი მომსახურების წილი.

⁷³ თანხა დაანგარიშებულია სამინისტროს მიერ მოწოდებული მომსახურებების ღირებულებების განფასების საფუძველზე, რომელიც შედარდა სააგენტოს ბენეფიციართა ბაზებს.

გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით ანაზღაურდება იშვიათი დაავადების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი. ამ შემთხვევაშიც მომსახურება ანაზღაურდება ყოველთვიურად, წლიური ასანაზღაურებელი თანხის არაუმეტეს 1/12-ისა.⁷⁴

2017-2019 წლებში სააგენტოს მიერ გლობალური ბიუჯეტის პრინციპის პირობებში მიმწოდებლისთვის ანაზღაურებული თანხა 197,864 ლარს შეადგენს, საიდანაც ბენეფიციარებზე განეული მომსახურების ჯამური ფაქტობრივი ღირებულება 102,287 ლარია. მიმწოდებელზე ანაზღაურებულ თანხის 48%, ანუ 95,577 ლარის მომსახურება არ მიუღიათ ბენეფიციარებს.

აღსანიშნავია, რომ სააგენტოს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში მიმწოდებლების მიერ ყოველთვიურად წარედგინება ანგარიშგების ფორმა, სადაც მითითებულია ინფორმაცია ბენეფიციარებისთვის განეული მომსახურებების შესახებ, თუმცა არ კეთდება ბენეფიციარებზე განეული ფაქტობრივი ხარჯებისა და მიღებული მომსახურებების ანალიზი, რაც იწვევს საბიუჯეტო სახსრების არაპროდუქტიულ ხარჯვას.

სულ 2017-2019 წლებში გემოაღნიშნული პროგრამების კომპონენტების ფარგლებში სააგენტოს მიერ მიმწოდებლებისთვის ანაზღაურებული თანხა 4,094,124 ლარს შეადგენს, საიდანაც ბენეფიციარებზე განეული მომსახურების ფაქტობრივი ღირებულება 3,280,688 ლარია. მათ შორის სხვაობა – 813,436 ლარი (20%), ეკონომიის რესურსია შესაბამისი მექანიზმების დანერგვის პირობებში.

გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც ერთი და იმავე მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება განსხვავებული მექანიზმითა და ღირებულებით. კერძოდ, როგორც ანგარიშშია ასახული, დიაბეტის მართვის პროგრამის სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების კომპონენტის ფარგლებში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტებისთვის გათვალისწინებული მომსახურებების ნაწილს, რაც ერთ პაციენტზე შეადგენს 143 ლარს, სახელმწიფო ასევე აფინანსებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებშიც.

ცხრილი N5.1 მომსახურებები, რომლებიც დაფინანსდა როგორც დიაბეტის პროგრამით, ასევე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით

დიაბეტის პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებები	საყოველთაო პროგრამით დაფინანსებული მომსახურებები
ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია	✓
ნევროლოგის კონსულტაცია	✓
კარდიოლოგის კონსულტაცია	✓
ოფთალმოლოგის კონსულტაცია	✓
ანგიოლოგის კონსულტაცია	
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში	✓
გლიკოჰემოგლობინის (HbA _{1c} %) განსაზღვრა	
სისხლის საერთო ანალიზი	✓
შარდის საერთო ანალიზი	✓
მიკროალბუმინურიის კვლევა	
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლში	✓
C- პეპტიდი	
ჰომა – 2-ის ინდექსი	
მკვ	✓

74 საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 29 დეკემბრის N592 დადგენილება „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N17, მუხლი 4, პუნქტი 1.



საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურება ხორციელდება კაპიტაციური მეთოდით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად, რეგისტრირებულ თითოეულ ბენეფიციარზე ფიქსირებული თანხის გადახდას.⁷⁵ აღნიშნულის ფარგლებში ბენეფიციართა ტიპის მიხედვით, სახელმწიფოს მიერ მიმწოდებლებისათვის ანაზღაურებული თანხა ერთ ბენეფიციარზე შეადგენს 1.07 – 2.15 ლარს, რომლის ფარგლებში რეგისტრირებულმა ბენეფიციარმა უნდა მიიღოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება, ასევე სხვადასხვა ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაცია და კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევები. გარდა ამისა, საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში ოჯახის ექიმის ერთ-ერთი ფუნქციაა შარქიანი დიაბეტის მქონე პაციენტების მართვა.⁷⁶ წლის განმავლობაში ბენეფიციარზე გაწეული მომსახურებებისათვის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ გადახდილმა მაქსიმალურმა თანხამ ერთ ბენეფიციარზე შეიძლება შეადგინოს 25.8 ლარი. დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ გადახდილმა თანხამ იმ ბენეფიციარებზე, რომლებიც იმავე პერიოდში ასევე სარგებლობდნენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით 2017-2019 წლებში, შეადგინა 1,517,880 ლარი, რომლის ფარგლებში ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით სააგენტოს გააჩნდა რესურსი, დაეზოგა ბიუჯეტი 607,152 ლარის (40%) ოდენობით.⁷⁷

აღნიშნულის თანახმად, სხვადასხვა პროგრამით დაფინანსებული იდენტური სერვისების ნაწილში ვერტიკალური პროგრამის ფოკუსირებით მხოლოდ იმ ჯგუფებზე, რომლებიც არ არიან ჩართულნი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, შესაძლებელია ფინანსური რესურსის მნიშვნელოვნად დაზოგვა.

ცხრილი N5.2 დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში იმ ბენეფიციარებზე გაწეული მომსახურებებისთვის ანაზღაურებული თანხა, რომლებიც ასევე სარგებლობდნენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით

წელი	ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებიც სარგებლობდნენ დიაბეტის მართვისა და საყოველთაო პროგრამებით	დიაბეტის მართვის პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული თანხა	მომსახურებების საყოველთაო პროგრამით დაფარვის შემთხვევაში ასანაზღაურებელი თანხა	დაზოგვის პოტენციალი % წილი
2017	3,201	496,776	298,066	40%
2018	3,289	508,416	305,050	40%
2019	3,326	512,688	307,613	40%
სულ:	9,816	1,517,880	910,728	40%

მნიშვნელოვანი განსხვავებებია ერთი პროგრამის ფარგლებში ერთი და იმავე სამედიცინო მომსახურების ღირებულებებში. კერძოდ, დიაბეტის პროგრამის შარქიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა კომპონენტით ენდოკრინოლოგის კონსულტაციის ღირებულებაა წელიწადში 288 ლარი, 4 ვიზიტი, ერთი ვიზიტის ღირებულება – 72 ლარი. ამავე პროგრამის სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების კომპონენტის ფარგლებში ასევე ენდოკრინოლოგის მომსახურების ღირებულება განსაზღვრულია 60 ლარით, იმ განსხვავებით, რომ ამ შემთხვევაში ვიზიტების რაოდენობაა – 3, ერთი ვიზიტის ღირებულება კი – 20 ლარი.

75 საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“, მუხლი 22.

76 საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“, დანართი 1.1, პუნქტი 1, ქვეპუნქტი „ა.ა.ვ“.

77 გათვალისწინებულია სახელმწიფოს თანაგადახდის პროცენტული წილი.

2017-2019 წლებში სააგენტოს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა კომპონენტის ფარგლებში ენდოკრინოლოგის კონსულტაციისთვის ანაზღაურებული აქვს თანხა 812,160 ლარის ოდენობით. აღნიშნულ მომსახურებაზე სპეციალური განსაზღვრული ფასის გათვალისწინების შემთხვევაში, რაც ერთ ვიზიტზე 20 ლარს შეადგენს, სააგენტოს შესაძლებლობა ჰქონდა დაეზოგა 586,560 ლარი.

ცხრილი N5.3 2017-2019 წლებში ენდოკრინოლოგთან განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა, ღირებულება და ეკონომიის შესაძლებლობა

წელი	ენდოკრინოლოგთან ვიზიტების ჯამური რაოდენობა	ენდოკრინოლოგთან ერთი ვიზიტის ღირებულება ბავშვთა დიაბეტის კომპონენტში	ვიზიტების ჯამური ღირებულება	ენდოკრინოლოგთან ერთი ვიზიტის ღირებულება სპეციალური კომპონენტში	ვიზიტების ჯამური ღირებულება სპეციალური კომპონენტით	დაზოგვის პოტენციალი % წილი
2017	3,709	72	267,048	20	74,180	72%
2018	3,827	72	275,544	20	76,540	72%
2019	3,744	72	269,568	20	74,880	72%
სულ	11,280		812,160		225,600	72%

2013 წლის 16 მაისიდან⁷⁸ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულ სერვისებს დაემატა მოსახლეობის გარკვეული სოციალური ჯგუფების⁷⁹ სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა. პროგრამით განსაზღვრული სამკურნალო საშუალებების ნუსხა სხვა მედიკამენტებთან ერთად მოიცავდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს, რომელთაც 2017 წლის აპრილიდან სააგენტო ასევე აფინანსებდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. აღნიშნული პროგრამით სხვა მედიკამენტებთან ერთად ფინანსდებოდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული 13 დასახელების მედიკამენტი. ქრონიკული პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების ერთეულის ღირებულებები ნაკლები იყო⁸⁰ იმავე მედიკამენტების ღირებულებაზე, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ვაუჩერული დაფინანსებით განსაზღვრული მედიკამენტების ერთეულის ღირებულებასთან შედარებით.

ცხრილი N5.4 2017-2019 წლებში ქრონიკული და საყოველთაო პროგრამებით განსაზღვრული რამდენიმე მედიკამენტის ერთეულის ღირებულება

მედიკამენტის საერთაშორისო არაპატენტირებული დასახელება	მედიკამენტის ერთეულის ღირებულება საყოველთაო პროგრამით	მედიკამენტის ერთეულის ღირებულება ქრონიკული პროგრამით
clopidogrel 75მგ	1.07	0.16
Metoprolol 100მგ	0.41	0.05
Amlodipine 5მგ	0.33	0.04
Enalapril 20მგ	0.27	0.06
Bisoprolol 5მგ	0.21	0.06

78 საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 16 მაისის N111 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“.

79 სოციალურად დაუცველი ოჯახები, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატებოდა 70,000-ს, ასაკით პენსიონერები, 0-5 წლის ასაკის ბავშვები, მკვეთრად გამოხატული შშმ პირები და შშმ ბავშვები.

80 სააგენტო მედიკამენტების შესყიდვას ახორციელებდა სახელმწიფო შესყიდვის გზით.



2020 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში სრულად ინტეგრირდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. 2020 წლის 1 აპრილს⁸¹ დამტკიცდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ფარმაცევტული პროდუქტის ახალი ნუსხა და ფასები. პროგრამა მოიცავდა 23 დასახელების⁸² მედიკამენტს, საიდანაც 10 შემთხვევაში სახელმწიფოს ჩამოყალიბებული ჰქონდა⁸³ საყოველთაოს პროგრამით ამავე მედიკამენტებზე ასანაზღაურებელ ტარიფზე ნაკლები ფასი.⁸⁴ სააგენტოს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, მედიკამენტების ერთეულის ღირებულების განსაზღვრისას გათვალისწინებულ იქნა პროგრამის ადმინისტრირების ხარჯებიც, რომელიც ახალი დიზაინის პირობებში სრულად მოექცა სერვისის მიმწოდებელი კომპანიის მხარეს.⁸⁵ აღნიშნულ შემთხვევაში პროგრამის ადმინისტრირებისთვის მნიშვნელოვანი იყო სააფთიაქო ქსელში მედიკამენტების შეუფერხებელი მიწოდება, ტრანსპორტირება, შენახვა და ბენეფიციარებზე გაცემა, რასაც ასევე მოიცავდა სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული მედიკამენტების ერთეულის ღირებულებები.

ცხრილი N5.5 2020 წელს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი და სააგენტოს მიერ განსაზღვრული რამდენიმე მედიკამენტის ერთეულის ღირებულებები

მედიკამენტის საერთაშორისო არაპატენტირებული დასახელება	სააგენტოს მიერ განსაზღვრული მედიკამენტის ერთეულის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული მედიკამენტის ერთეულის ღირებულება
Losartan 100მგ	0.47	0.23
Perindopril+Amlodipine 4მგ/5მგ	0.34	0.31
Bisoprolol 5მგ	0.13	0.10
Amlodipin 5მგ	0.12	0.09
Carbamazepine 200მგ	0.12	0.09

სულ 2020 წლის 1 აპრილიდან 12 ოქტომბრამდე⁸⁶ პერიოდში, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტის ფარგლებში სააგენტოს მიერ ანაზღაურდა 4,162,879 ლარი. ამ პირობებში, სახელმწიფოს მიერ ჩამოყალიბებული ფასების გათვალისწინებით, არსებობდა 397,090 ლარის ეკონომიის შესაძლებლობა.

81 სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის მოვალეობის შემსრულებლის 2020 წლის 1 აპრილის N04-197/თ ბრძანება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტით განსაზღვრული ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის, ფასის დადგენის წესის, აგრეთვე ამავე კომპონენტის ბენეფიციარების რეგისტრაციის წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ“.

82 რაოდენობაში მითითებულია ასევე ერთი დასახელების, მაგრამ განსხვავებული დოზების მედიკამენტებიც.

83 ფარმაცევტულ პროდუქტებზე განხორციელებული კონსოლიდირებული ტენდერებით.

84 სააგენტოს დირექტორის ბრძანების თანახმად, საყოველთაოს პროგრამაში მედიკამენტებზე ფასების განსაზღვრისას გათვალისწინებული უნდა ყოფილიყო იმავე ფარმაცევტულ პროდუქტზე საქართველოს ბაზარზე არსებული ფარმაცევტული კომპანიების მიერ წარმოდგენილი ფასი, სააგენტოს მიერ ჩატარებული ბაზრის კვლევისა და 2020 წელს განხორციელებული კონსოლიდირებული ტენდერების შედეგად ჩამოყალიბებული მედიკამენტების ერთეულის ფასები.

85 ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სააგენტო მედიკამენტების შესყიდვასთან ერთად, დამოუკიდებელი ხელშეკრულების ფარგლებში ახორციელებდა აღნიშნული სერვისის შესყიდვას.

86 სააგენტოს მიერ აუდიტის ჯგუფისთვის მოწოდებულ ბაზაში, ინფორმაცია ასახულია 2020 წლის 11 ოქტომბრის მდგომარეობით.

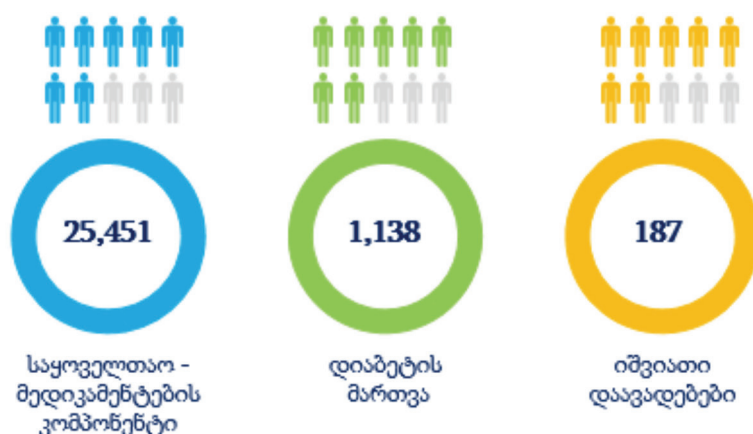
საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული ხარჯვის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია, რომ ოპტიმალურად იქნეს გამოყენებული მიმდინარე მარაგები და აღნიშნულის გათვალისწინებით განისაზღვროს შესყიდვის საჭიროება. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო ყოველწლიურად ახორციელებს ფოლიუმის მჟავის შესყიდვას. შესყიდული რაოდენობა 2017-2019 წლებში ყოველწლიურად 750,000 ერთეულს შეადგენს. ჯამში აღნიშნულ პერიოდში სააგენტოს შესყიდული აქვს 33,750 ლარის ღირებულების 2,250,000 ერთეული ფოლიუმის მჟავა. მედიკამენტის ხარჯვის ანალიზით დგინდება, რომ ყოველწლიურად დიდია აუთვისებელი მედიკამენტების წილი, რაც ასევე იწვევს ვადაგასული ფარმაცევტული პროდუქტის არსებობას.

ცხრილი N5.6 ფოლიუმის მჟავის მარაგი და ხარჯვა 2017-2019 წლებში (რაოდენობა)

წელი	საწყისი ნაშთი	მიღება	ხარჯვა	საბოლოო ნაშთი
2017	1,361,800 ⁸⁷	750,000	929,640	1,182,160
2018	1,182,160	750,000	934,009	998,151
2019	998,151	750,000	735,082	1,013,069

გემოაღნიშნულის თანახმად, პროგრამების ადმინისტრირების მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფს საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ და ეკონომიურ ხარჯვას.

დიაგრამა N5.2 წლის განმავლობაში, ფინანსური რესურსის დაზოგვის პირობებში დამატებით ბენეფიციართა სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების შესაძლებლობა



სერვისების ოპტიმალური ღირებულებების განსაზღვრისა და სათანადო მექანიზმების დანერგვის შემთხვევაში, 2017-2020 წლებში გემოაღნიშნული პროგრამების ფარგლებში შესაძლებელი იქნებოდა საბიუჯეტო სახსრების დაზოგვა, ჯამში – 2,404,238 ლარის ოდენობით და, შედეგად, სახელმწიფო პროგრამებში მეტი რაოდენობით ბენეფიციარის ჩართვა და ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

87 აღნიშნულ რაოდენობაში არ არის მითითებული იმ მედიკამენტების რაოდენობა, რომლებსაც მოქმედების ვადა ამოწურა 2016 წელს, მაგრამ ჩამოიწერა 2017 წელს.

დასკვნა

სამინისტროს მიერ სერვისების დაფინანსების მეთოდოლოგიის შემუშავებისას არ ხდება მისი ხარჯ-ეფექტიანობის ანალიზი და ამა თუ იმ მეთოდთან დაკავშირებული ნაკლოვანებების აღმოფხვრის მიზნით შესაბამისი მექანიზმების დანერგვა. შედეგად, ერთი და იმავე მომსახურება ანაზღაურდება განსხვავებული ღირებულებით. სამინისტროში დანერგილი სერვისების დაფინანსების მოდელის პირობებში სახელმწიფო ანაზღაურებს ყოველთვიურ ლიმიტირებულ თანხას, ბენეფიციარების მიერ მიღებული მომსახურებების მიუხედავად.

აღნიშნულის გათვალისწინებით პროგრამების მართვის ადმინისტრირების მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფს საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ და ეკონომიურ ხარჯვას, რაც გავლენას ახდენს სერვისის ხელმისაწვდომობაზე.

რეკომენდაციები საინისტროს და სააგენტოს:

რეკომენდაცია N 6

საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური ხარჯვის მიზნით დიაბეტის მართვისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში:

- განისაზღვროს პროგრამებით დაფინანსებული სერვისებისა და მედიკამენტების ოპტიმალური ღირებულებები;
- დადგინდეს პროგრამებით გათვალისწინებული იდენტური სერვისები და შემუშავდეს მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მხრიდან ნაკლები დანახარჯების მქონე სერვისის დაფინანსებას.

რეკომენდაცია N 7

საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიული და ეკონომიური ხარჯვის მიზნით, დიაბეტის მართვისა და იშვიათი დაავადებების სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შემუშავდეს და დაინერგოს დაფინანსების მოდელი ან/და არსებული მოდელის ფარგლებში განისაზღვროს დამატებითი მექანიზმები, რომელიც ბენეფიციარისთვის გამოყოფილი ასიგნებების ფარგლებში, ფაქტობრივი ხარჯის გათვალისწინებით, უზრუნველყოფს საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ ხარჯვას.



6. პროგრამით გათვალისწინებულ სეზონებზე გეოგრაფიული ხაზმისაწვდომობა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონცეფციის თანახმად, ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სერვისი სხვა კრიტერიუმებთან ერთად უნდა აკმაყოფილებდეს ფიზიკური ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმს, რომელიც გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო სერვისების არსებობას გონივრული ფიზიკური/ტერიტორიული დაშორებით.⁸⁸

ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა საქართველოს მთავრობის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა, რომელიც სხვადასხვა წლებში დამტკიცებული სახელმწიფო პროგრამების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანია.⁸⁹

სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების მიმწოდებლები განთავსებულნი არიან ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში.

სურათი N6.1 2019 წელს ვერტიკალური პროგრამის ფარგლებში სერვისების მიმწოდებელთა გეოგრაფიული განაწილება (ერთეული)



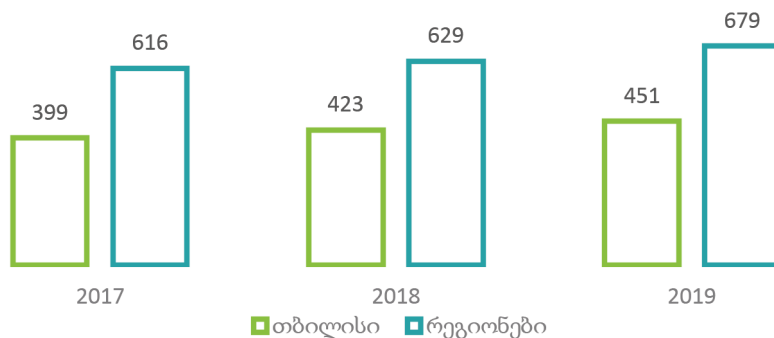
მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ვლინდება ისეთი სერვისები, რომლებიც ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისში.

დიაბეტის პროგრამის ფარგლებში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ამბულატორიული სერვისისა და მედიკამენტების მიმწოდებელი ორგანიზაციები მდებარეობს მხოლოდ თბილისში, მაშინ როდესაც ბენეფიციართა მხოლოდ 40%-ია რეგისტრირებული დედაქალაქში.

88 WHO Strategic Communications Framework for effective communications, <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>

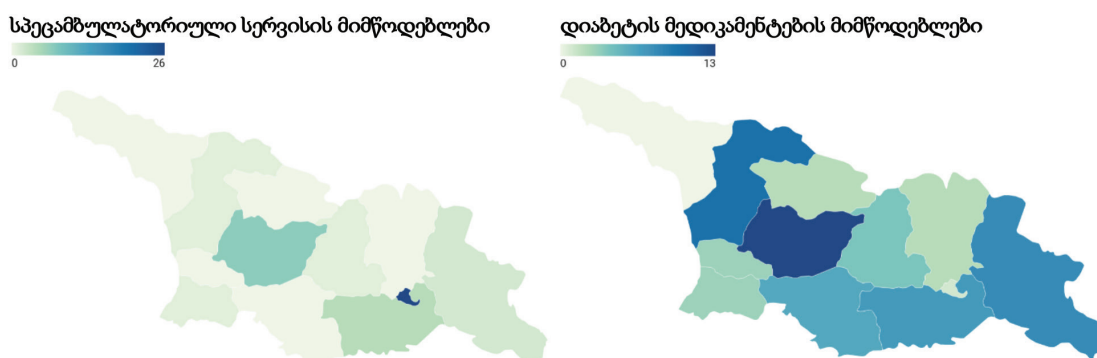
89 საქართველოს მთავრობის 2016, 2017, 2018 წლების დადგენილებები ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

დიაგრამა N6.1 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ამბულატორიულ მომსახურებაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა რეგისტრაციის მისამართის მიხედვით⁹⁰



ამ მხრივ უკეთესი გეოგრაფიული მოცვაა სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარებისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტების ფარგლებში, თუმცა ყველა რეგიონი არც ამ შემთხვევაშია დაფარული. მონაცემთა ანალიზით დგინდება, რომ ბენეფიციარები მედიკამენტების მისაღებად აფთიაქებს მიმართავენ იმ რეგიონებშიც, სადაც არ არის ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელი. რეგიონის მასშტაბით ორივე სერვისის მიმწოდებლის არსებობა მნიშვნელოვანია, რადგან მედიკამენტის მისაღებად, დანიშნული დოზის კორექციისთვის საჭიროა შესაბამისი კვლევები და ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაცია, რაც ხორციელდება, სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების კომპონენტის ფარგლებში. შესაბამისად, იმ პირობებში, როდესაც ბენეფიციარს ესაჭიროება მედიკამენტი, მაგრამ ამბულატორიული სერვისი არ არის ხელმისაწვდომი, პაციენტს უნევს ტერიტორიულად სხვა ერთეულში ექიმთან ვიზიტი, რათა მიიღოს შესაბამისი კონსულტაცია.

სურათი N6.2 2019 წელს სპეცამბულატორიისა და 18 წელზე უფროსი ასაკის შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებულ პირთა მედიკამენტების მიმწოდებლების განაწილება ქვეყნის მასშტაბით



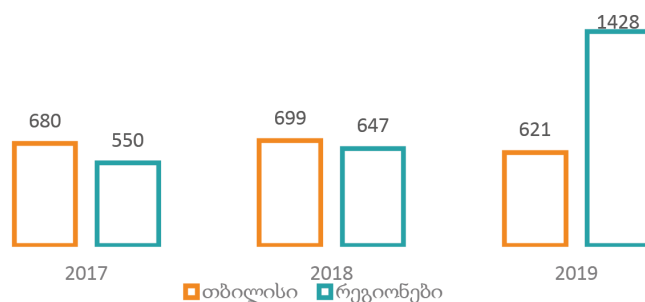
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია მაღალი რისკის ორსულთა კვლევა გენეტიკურ პათოლოგიებზე. დადგენილების თანახმად, სერვისით მოსარგებლეები არიან ორსულები, მხოლოდ ქ. თბილისის მასშტაბით. მიმწოდებელი უზრუნველყოფს ქ. თბილისის მასშტაბით არსებული ქალთა კონსულტაციებიდან (ან შესაბამისი ანტენატალური მომსახურების მიმწოდებელთან) საანალიზო მასალის რეგულარულ შეგროვებას. ანტენატალურ სერვისებში ჩართული ორსულების, საშუალოდ,

90 მონაცემები დათვლილია მხოლოდ იმ ბენეფიციარებზე, რომლებზეც შესაძლებელი იყო მისამართის იდენტიფიცირება.

50% რეგისტრაციის მისამართის მიხედვით ცხოვრობს რეგიონში, დადგენილებით განსაზღვრული მოთხოვნა კი ზღუდავს მათ ხელმისაწვდომობას ზემოაღნიშნულ სერვისზე.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული ახალშობილთა სმენის სკრინინგი მხოლოდ თბილისის მასშტაბით არის ხელმისაწვდომი. მომსახურება იყოფა ორ ეტაპად: პირველადი სკრინინგი, რომელსაც ახორციელებს სამშობიარო სახლი და განთავსებულია მთელი ქვეყნის მასშტაბით და, მეორადი სკრინინგი, რომელიც ხორციელდება მიმწოდებლის მიერ. მეორად სკრინინგს ახორციელებს ერთი დანესებულება და მხოლოდ თბილისის მასშტაბით. ბენეფიციართა რეგისტრაციის მისამართით კი დგინდება, რომ მათი 54% ცხოვრობს რეგიონებში.

დიაგრამა N6.2 პროგრამით მოსარგებლე ბენეფიციარების რაოდენობა ქვეყნის მასშტაბით⁹¹



ქვეყნის მასშტაბით მხოლოდ თბილისშია განთავსებული იშვიათი დაავადების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული მომსახურებების, მათ შორის, მედიკამენტების მიმწოდებლები.⁹² კერძოდ, 2017-2019 წლების მონაცემებით, ქვეყნის მასშტაბით იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის მიწოდება ხორციელდება მხოლოდ თბილისში, მაშინ როცა, რეგისტრაციის მისამართების მიხედვით ბენეფიციართა, საშუალოდ, 64% ცხოვრობს რეგიონებში.

დიაგრამა N6.3 2017-2019 წლებში იშვიათი დაავადების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ბენეფიციართა პროცენტული განაწილება რეგისტრაციის მისამართების მიხედვით



91 მონაცემები დათვლილია მხოლოდ იმ ბენეფიციარებზე, რომლებზეც შესაძლებელი იყო საცხოვრებელი ადგილის მისამართის იდენტიფიცირება.

92 გარდა ჰემოფილიით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა მედიკამენტით უზრუნველყოფისა, რომელიც გაიცემა აჭარისა და იმერეთის რეგიონიდანაც.



გარდა ამბულატორიული სერვისებისა, პროგრამა ასევე ითვალისწინებს იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, რომლის ფარგლებშიც ბენეფიციარებზე გაიცემა მედიკამენტები და საკვები დანამატი. მიმწოდებლების ანალიზით დგინდება, რომ პროგრამით განსაზღვრული მედიკამენტები და საკვები დანამატი გაიცემა მხოლოდ თბილისში. შესაბამისად, ბენეფიციარებს მედიკამენტების მისაღებად პერიოდულად უწევთ თბილისში ვიზიტი. სააგენტოს განმარტებით, იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტის ფარგლებში მედიკამენტების გაცემა ტერიტორიული პრინციპით დამოკიდებულია იმ რეგიონში შესაბამისი კვალიფიკაციის ექიმის არსებობაზე. ვინაიდან იშვიათი დაავადებების მართვა სპეციფიკური პროცესია, საჭიროებს ექიმის შესაბამის მომზადებას. ექიმები, რომლებსაც შეუძლიათ კონკრეტული დაავადებების მართვა, არიან მხოლოდ თბილისში, შესაბამისად, ვერ უზრუნველყოფენ სერვისის გეოგრაფიულ მოცვას. აღსანიშნავია, რომ 2020 წელს პაციენტთა მოთხოვნის გათვალისწინებითა და მკურნალ ექიმთან შეთანხმებით, სააგენტომ განახორციელა იშვიათი დაავადებების მქონე ბენეფიციარებისთვის მედიკამენტების რეგიონებში მიწოდება, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია ალტერნატიული მექანიზმების გამოყენება გეოგრაფიული მოცვის გაფართოების მიზნით.

გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემების მიზეზების დასადგენად, აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა სააგენტოს მიერ მიმწოდებელთა შესარჩევად განსაზღვრული მოთხოვნები. 2018-2019 წლების სატენდერო დოკუმენტაციისა და ვაუჩერების შესწავლით დგინდება, რომ სააგენტოს მოთხოვნები არ შეიცავს ინფორმაციას გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შესახებ. კერძოდ, არ არის მოთხოვნა რეგიონალურ მოცვაზე, დაწესებულების რესურსზე სერვისით უზრუნველყოფის მოსახლეობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. ასევე მონაცემთა ანალიზით გამოვლინდა, რომ სააგენტოს მიერ არ ხდება ბენეფიციართა ფაქტობრივი მისამართების ანალიზი და შესაბამისად, რეგიონებში საჭირო ამბულატორიული სერვისებისა და მედიკამენტების მიმწოდებლების დაგეგმვა, აღნიშნული მიდგომა კი ზღუდავს სერვისებზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას.

დასკვნა

სააგენტოს მიერ დანერგილი მექანიზმები რიგ შემთხვევებში ვერ უზრუნველყოფს სერვისების გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. სხვადასხვა პროგრამის ფარგლებში, მიუხედავად ბენეფიციართა საცხოვრებელი ადგილისა, მიმწოდებლები ძირითადად კონცენტრირებულნი არიან თბილისში, სააგენტოს მხრიდან კი არ შემუშავდება ალტერნატიული მექანიზმები აღნიშნული ბენეფიციარებისთვის სერვისებზე წვდომის გასაუმჯობესებლად. დისტანციის გამო ბენეფიციართა ნაწილს მომსახურების მიღება უწევთ საცხოვრებელი ადგილის მისამართიდან შორს, რაც იწვევს სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემებს.



ჩაკომენდაცია სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 8

ჭანდაცვის სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით:

- პროგრამების მართვისას გათვალისწინებულ იქნეს ბენეფიციართა ფაქტობრივი საცხოვრებელი მისამართები და მიმწოდებელთა რესურსი სერვისების რეგიონალურ მოცვასთან დაკავშირებით;
- რეგიონში სერვისების მიმწოდებლის არარსებობის შემთხვევაში, შემუშავდეს ბენეფიციართათვის მომსახურებების მიწოდების ალტერნატიული მექანიზმები.



7. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სანიტაციის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი პრინციპია მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ.⁹³

საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე. სახელმწიფო ვალდებულია მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ზემოთ მითითებული ინფორმაცია.⁹⁴

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ეფექტიანი, ინტეგრირებული და კოორდინირებული კომუნიკაცია მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის დაცვისა და ხელშეწყობის პროგრამების წარმატებით განსახორციელებლად.⁹⁵

მოსახლეობასთან კომუნიკაცია არის ეფექტიანი გზა, საზოგადოება იყოს ინფორმირებული სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებული ახალი და არსებული პოლიტიკის ან პროგრამების შესახებ.⁹⁶

ქვეყანაში მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სერვისების შესახებ მოსახლეობის დროული და ზუსტი ინფორმირებულობა მნიშვნელოვანია როგორც ამ სფეროში სახელმწიფოს მიერ დასახული მიზნების წარმატებით შესასრულებლად, ასევე ბენეფიციართა მხრიდან ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების შესამცირებლად.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ცოდნის გაძლიერება, მოსახლეობას შესაძლებლობას აძლევს მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები ყოველდღიურ ცხოვრებაში ჯანმრთელობის დაცვის, ხელშეწყობის და დაავადებების პრევენციის შესახებ, მათი ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნების ან გაუმჯობესების მიზნით. ბოლო წლებში აღნიშნული საკითხი სულ უფრო და უფრო მეტ ყურადღებას იპყრობს ევროპის ქვეყნებში, სადაც ზოგიერთ მათგანს⁹⁷ ეროვნულ დონეზე შემუშავებული აქვს პოლიტიკა აღნიშნულ საკითხთან მიმართებით.⁹⁸

ქვეყანაში სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ საინფორმაციო კამპანიას სამინისტროს სხვა სტრუქტურული დანაყოფების სიტყვიერი

93 საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 4, პუნქტი „ბ“.

94 საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 16.

95 WHO Strategic Communications Framework for effective communications, <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>

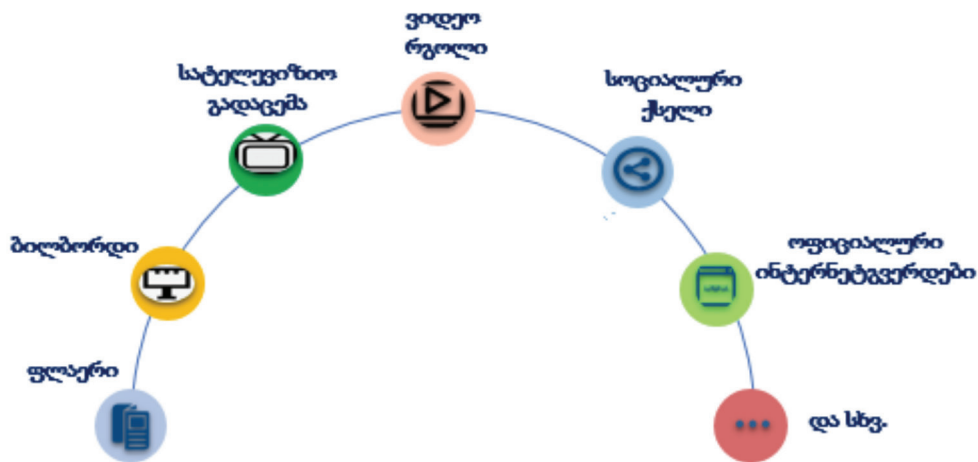
96 Communication Strategy Guidelines, NSW Health https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2005_074.pdf

97 ავსტრია, ირლანდია, იტალია, პორტუგალია, ესპანეთი და დიდი ბრიტანეთი.

98 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf



დავალების საფუძველზე ახორციელებს საზოგადოებასთან ურთიერთობის დეპარტამენტი, რომლის მიერ გამოყენებული კომუნიკაციის ფორმებია:



ამას გარდა, სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამას, რომლის ფარგლებში ხორციელდება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სხვადასხვა ქვეყნის პოპულარიზაცია და ჯანმრთელობის დაცვის ზოგიერთ პროგრამაზე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება.

სამინისტროს მიერ აუდიტის ჯგუფისთვის მონოდებული ინფორმაცია მოსახლეობის ინფორმირებულობის კუთხით გატარებული ღონისძიებების შესახებ, ძირითადად მოიცავს C ჰეპატიტის მართვის პროგრამის და 2017 წლის C ჰეპატიტის საკომუნიკაციო სტრატეგიის ფარგლებში განხორციელებულ აქტივობებს, რაც გულისხმობს ქვეყნის მასშტაბით სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულში უფასო სკრინინგის განხორციელებას, ცნობილი სახეების პიარკამპანიაში ჩართვას, ვიდეო და ბეჭდური მასალის მედიაში გავრცელებას, სამინისტროს წარმომადგენლების სხვადასხვა გადაცემაში მონაწილეობას და სოციალური ქსელების აქტიურ გამოყენებას. ასევე 2019 წელს შეიქმნა აუდიტორიაზე მორგებული C ჰეპატიტის პრევენციული ღონისძიებების პოპულარიზაციისა და საინფორმაციო მხარდაჭერის სტრატეგიული გეგმა, რომლის მიხედვით განისაზღვრა სამიზნე ჯგუფები,⁹⁹ დაიგეგმა ფოკუსირებული განახლებული საინფორმაციო კამპანია, რომელიც გულისხმობს ახალი ვიდეორგოლების შექმნას, ბეჭდური მასალის, სოციალური ქსელების უფრო აქტიურად გამოყენებას, სხვადასხვა დაინტერესებული მხარის ჩართვას (ექიმი, პროგრამის განმახორციელებელი). ასევე დაიგეგმა საზოგადოებაზე მაღალი ზეგავლენის მქონე ორგანიზაციების და აქტივობების გამოყენება სამიზნე აუდიტორიაზე პოზიტიური ზემოქმედების მოხდენის მიზნით.

რაც შეეხება სხვა სახელმწიფო პროგრამებს, მათ ფარგლებში არ განხორციელებულა ისეთი აქტივობა, რომელიც მიმართული იქნებოდა მიზნობრივი პოპულაციის ინფორმირებულობისკენ. ასეთ პროგრამებზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის ძირითადი საშუალებაა სამინისტროსა და შესაბამისი პროგრამის განმახორციელებლის ვებგვერდებზე განთავსებული ინფორმაცია.

99 ადამიანების ჯგუფი, რომელსაც არ გაუვლია სკრინინგი და არ თვლის, რომ ჰეპატიტი C ისეთი დაავადებაა, რომელიც შეიძლება მას ჰქონდეს. ადამიანთა ჯგუფი, რომელმაც გაიარა სკრინინგი, აღმოაჩნდა დაავადება და აღარ დაინტერესდა პროგრამაში ჩართვით.



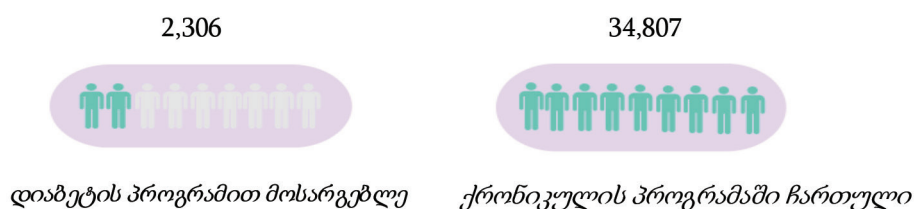
მონაცემთა ბაზების ანალიზით გამოვლინდა შემთხვევები, რომლებიც მიუთითებს ბენეფიციართა პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ არასაკმარის ინფორმირებულობასა და ცნობადობაზე.

დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის მონაცემებით, საქართველოში დიაბეტის გავრცელების მაჩვენებელი 2019 წელს გამოცემული ატლასის მიხედვით, იყო საშუალოდ 7.1%,¹⁰⁰ რაც, დაახლოებით, გულისხმობს 260,000 პოტენციურ დაავადებულს. ცენტრის მონაცემებით, 2017 წლის ბოლოს საქართველოში რეგისტრირებული იყო 90,599 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტი. ასევე ცენტრის განმარტებით, საქართველოში ბოლო წლებში დიაბეტის პრევალენტობა მზარდია.¹⁰¹

მიუხედავად ქვეყანაში დიაბეტით დაავადებულ პირთა მაღალი პრევალენტობისა და რეგისტრირებული პაციენტების დიდი რაოდენობისა, 2017-2019 წლებში დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისით ისარგებლა რეგისტრირებულებთან შედარებით ნაკლებმა ბენეფიციარმა. კერძოდ, თუ 2017 წლის მონაცემებით, ქვეყნის მასშტაბით იყო 90,599 დიაბეტით დაავადებული პირი, ხოლო პროგრამის ამბულატორიული მომსახურებით ისარგებლა 6,147 ბენეფიციარმა, რაც რეგისტრირებული პაციენტების 7%-ს შეადგენს.

დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა მაღალ მაჩვენებელზე მიუთითებს ასევე 2017 წელს ამოქმედებული ქრონიკული დაავადების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტებით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობაც. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული ბენეფიციარებიც არიან დიაბეტის პროგრამით მოსარგებლე პოტენციური ბენეფიციარები, თუმცა მათგან მხოლოდ 7%-მა ისარგებლა დიაბეტის ამბულატორიული სერვისით.

სურათი N7.1 2017-2019 წლებში ქრონიკული პროგრამის დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტებით მოსარგებლე და მათგან დიაბეტის მართვის პროგრამით გათვალისწინებულ ამბულატორიულ სერვისში ჩართული ბენეფიციარები



პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ ბენეფიციართა არაინფორმირებულობაზე მიუთითებს 2017-2019 წლებში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის სამკურნალო საშუალებებით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობა. მონაცემთა ბაზების ანალიზით დგინდება, რომ ამ პერიოდში პროგრამით გათვალისწინებული მედიკამენტებით ისარგებლა მხოლოდ 3,192 ბენეფიციარმა. აღნიშნული არ არის დაკავშირებული შეზღუდულ საბიუჯეტო სახსრებთან. სააგენტოს განმარტებით,

100 https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf

101 <https://ncdc.ge/api/api/File/GetFile/03f46e02-ca53-4ce1-afd7-ac7cb2111a55>

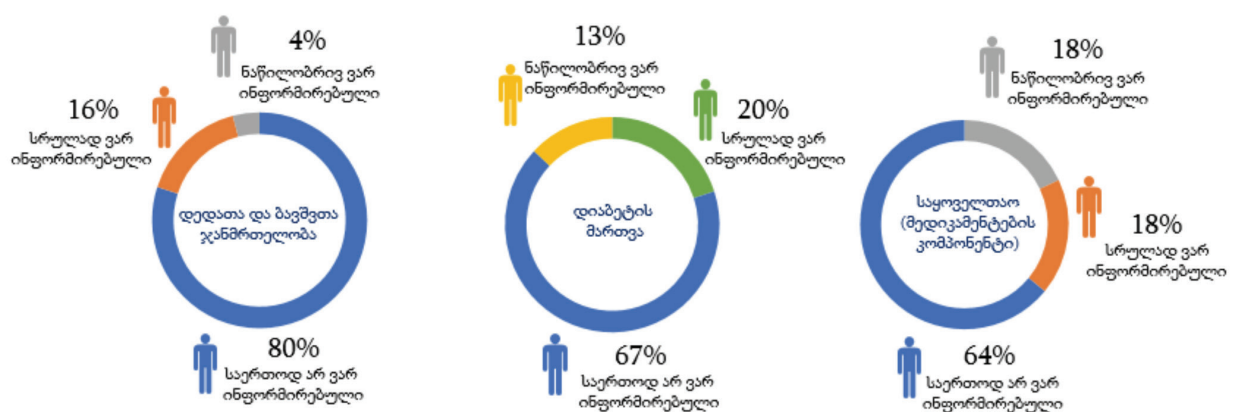
პროგრამას არ ჰქონდა შეზღუდული ფინანსური რესურსები და შესაძლებელი იყო ყველა იმ პირის დაფინანსება, ვინც აკმაყოფილებდა მოსარგებლედ აღიარების კრიტერიუმებს და ჩაერთვებოდა პროგრამაში.

აუდიტის ჯგუფმა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სახელმწიფო პროგრამებისა და მათ ფარგლებში გათვალისწინებული სერვისების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შესაფასებლად ჩაატარა პოტენციურ ბენეფიციართა გამოკითხვა, შემდეგი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში:

- მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა – მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
- დიაბეტის მართვა;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა.

გამოკითხვაში შეირჩა ისეთი პოპულაცია (სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა, ასაკით პენსიონერები, შშმ პირები და სხვ.), რომლებიც იყვნენ ზემოთ ჩამოთვლილი პროგრამების პოტენციური ბენეფიციარები. კერძოდ, იყვნენ ქრონიკული დაავადებების მატარებელნი, დიაბეტით დაავადებულნი, დედები ან/და პოტენციური დედები. გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ გამოკითხულთა დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას სახელმწიფო პროგრამების შესახებ. ზემოაღნიშნული პროგრამების ფარგლებში გამოკითხულ ბენეფიციართა, საშუალოდ, 70% აღნიშნავს, რომ საერთოდ არ ფლობს ინფორმაციას სახელმწიფო პროგრამებისა და მათ ფარგლებში დაფინანსებული სერვისების შესახებ, საშუალოდ, 12% აღნიშნავს, რომ სმენია, მაგრამ არ აქვს სრული ინფორმაცია პროგრამებით დაფინანსებული სერვისების შესახებ. ამ კატეგორიიდან გამოკითხულთა 67% აღნიშნავს, რომ არ აქვთ ინფორმაცია – ვის მიმართონ და რა პროცედურებია საჭირო პროგრამაში ჩასართავად და მხოლოდ 18% აღნიშნავს, რომ სრულად ფლობს ინფორმაციას სახელმწიფო პროგრამებით დაფინანსებული სერვისების შესახებ.

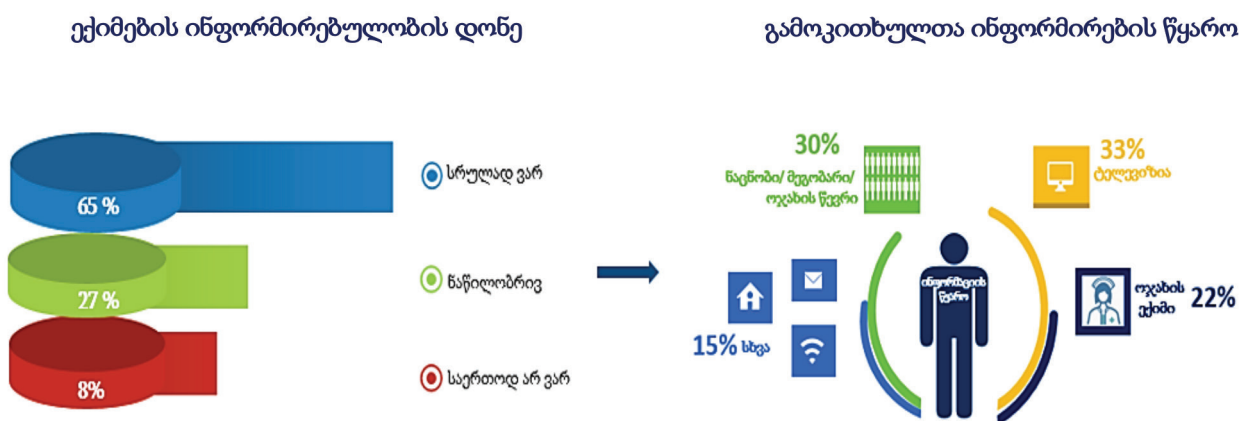
დიაგრამა N7.1 პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ გამოკითხული პირების ინფორმირებულობის მაჩვენებელი



ზემოაღნიშნული გარემოებების გამომწვევი მიზეზის დასადგენად, აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა სამინისტროს მიერ მოსახლეობის ინფორმირებულობისთვის გამოყენებული მექანიზმები. ერთ-ერთი ასეთია ექიმების ინფორმირებულობა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის სერვისების შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის სისტემის წარმატებით

მართვისათვის მნიშვნელოვანია პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების შესახებ ექიმების სწორი და ზუსტი ინფორმირება, რადგან სწორედ მათ მიერ გაცემული დანიშნულებით ხდება ბენეფიციართა ჩართვა ჯანდაცვის სხვადასხვა სერვისში. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გვერდით ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ ოჯახის ან სოფლის/უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე.¹⁰² ასევე ოჯახის/სოფლის ექიმის მიერ ხდება სხვადასხვა დარგის ექიმ-სპეციალისტებთან პაციენტების გადამისამართება, მედიკამენტების რეცეპტების გაცემა და სხვ. სამინისტროს/სააგენტოს მხრიდან ექიმთა ინფორმირების ძირითადი კომუნიკაციის საშუალებაა, პროგრამების შესახებ ინფორმაცია განთავსდეს სამინისტროს/სააგენტოს ვებგვერდებზე. აუდიტის ჯგუფმა შერჩეული ჯანმრთელობის დაცვის 6 სახელმწიფო პროგრამის¹⁰³ ფარგლებში ექიმთა ინფორმირებულობის დონის შესაფასებლად ჩაატარა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში დასაქმებული ოჯახისა და სოფლის ექიმების გამოკითხვა. გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ მაღალია ექიმთა ინფორმირებულობის დონე. კერძოდ, 65% აღნიშნავს, რომ სრულად არის ინფორმირებული სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ, 27% – ნაწილობრივ და მხოლოდ 8% აღნიშნავს, რომ საერთოდ არ არის ინფორმირებული. მიუხედავად ასეთი შედეგისა, იმ გამოკითხულ ბენეფიციარებს შორის, რომლებიც იყვნენ ინფორმირებულნი სახელმწიფო პროგრამების შესახებ, მხოლოდ 22% აღნიშნავს, რომ ინფორმირებულობის წყარო იყო ოჯახის/სოფლის ექიმი.

დიაგრამა N7.2 ექიმების ინფორმირებულობის დონე და ბენეფიციარების ინფორმირების წყარო



ქვეყანაში არ არის შემუშავებული ბენეფიციარებთან კომუნიკაციის სტრატეგია. არ არის დაგეგმილი ამ მიმართულებით განსახორციელებელი ღონისძიებები. საკომუნიკაციო აქტივობები, რომლებიც განხორციელებულია ერთეული პროგრამის ფარგლებში, არ არის სტრუქტურირებული და ფორმალიზებული, შესაბამისად, არ იძლევა შედეგის გაზომვის შესაძლებლობას.

102 საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, დანართი 1.1.

103 დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა; დიაბეტის მართვა; დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია; იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა; მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა (მედიკამენტების კომპონენტი); C ჰეპატიტის მართვა.

დასკვნა

სამინისტროს არ აქვს ერთიანი სტრატეგია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ჯანდაცვის სერვისებზე მიზნობრივი ჯგუფების ინფორმირების მიზნით გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ და არ ახორციელებს ეფექტიან საინფორმაციო კამპანიებს, რაც მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის სერვისებზე ხელმისაწვდომობაში. შედეგად, გამოკითხულ პოტენციურ ბენეფიციართა ინფორმირებულობის დონე არის დაბალი და მათი დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას სახელმწიფოს მიერ მათთვის შეთავაზებული და დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების შესახებ.

რეკომენდაცია სამინისტროსა და სააგენტოს:

რეკომენდაცია N 9

სახელმწიფო პროგრამებისა და მათ ფარგლებში დაფინანსებული სერვისების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და ცნობიერების ამაღლების მიზნით, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით შემუშავდეს ეფექტიანი საკომუნიკაციო სტრატეგია, გაძლიერდეს ოჯახის ექიმის როლი ბენეფიციარებთან კომუნიკაციის მიმართულებით, განისაზღვროს მიზნები, მათი მიღწევის მექანიზმები და შეფასების ინდიკატორები, ასევე ჩატარდეს მიღებული შედეგების მონიტორინგი.



ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა:

საქართველოს კონსტიტუცია.

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 1997 წელი.

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 2000 წელი.

საქართველოს მთავრობის დადგენილება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 2017-2019 წლები.

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვალის N36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“.

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის N169 დადგენილება „C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 18 აგვისტოს N1704 განკარგულება „საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/ნ ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის ღონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 26 თებერვლის N53/ნ ბრძანება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის“ სახელმწიფო პროგრამის პირობებით გათვალისწინებული ფარმაცევტული პროდუქტების (სამკურნალო საშუალებების) ნუსხისა და ამ სამკურნალო საშუალებების ექიმის დანიშნულებით ბენეფიციარისათვის მიწოდების ფორმატის დამტკიცების შესახებ“.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის მოვალეობის შემსრულებლის 2020 წლის 1 აპრილის N04-197/ო ბრძანება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტით განსაზღვრული ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის, ფასის დადგენის წესის, აგრეთვე ამავე კომპონენტის ბენეფიციარების რეგისტრაციის წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ“.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის 2017 წლის 7 თებერვლის N04-59/ო ბრძანება „მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატის მოსარგებლეზე გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ“.

სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2018 წლის 22 მარტის ბრძანება N06-55/ო „C ჰეპატიტის სავარაუდო ინფექციის მქონე პირებზე აქტიური ზედამხედველობის განხორციელების წესის დამტკიცების შესახებ“.



სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის 2018 წლის 23 აპრილის ბრძანება N06-67-თ „C ჰეპატიტის სავარაუდო ინფექციის მქონე პირებზე აქტიური ზედამხედველობის განხორციელების წესის შესახებ“.

სახელმძვანელოები და პუბლიკაციები:

ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 2016-2017 წლები.

ქვეყნის ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2020-2023 წლებისთვის.

საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში, 2017 წელი.

ჯანმრთელობის დაცვის სტატისტიკური ცნობარი, 2016-2018 წლები.

მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა 2017 წელი, გაეროს ბავშვთა ფონდი.

Strategic Communications Framework for Effective Communications, World Health Organization, 2017.

Communication strategy guidelines, Government of New South Wales, 2005.

Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the european union, European Commission, 2015.

People-Centred Health Care, World Health Organization, 2007.

Pharmaceutical Pricing Policies to Improve the Population's Access to Pharmaceuticals in Georgia, Curatio International Foundation, 2019.

Adherence to Long-Term Therapies, World Health Organization, 2003.

Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis C Infection, World Health Organization, 2016.

Antenatal care for a positive pregnancy experience; World Health organization, 2016.

Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, World Health Organization, 2016.

Recommendation on an action in the field of rare disease, Council of the European Union, 2009.



პაგეზი:

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/271346/PMC3738317.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/vitamins-supplements-and-nutrition/>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_2, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid/about.html>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://ncdc.ge/api/api/File/GetFile/03f46e02-ca53-4ce1-afd7-ac7cb2111a55>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0007:0010:EN:PDF>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://www.eurordis.org/content/what-rare-disease>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/presentation/presentation-cystic-fibrosis-demographic-challenges-europe-j-stuart-elborn_en.pdf, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31936105/>, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

https://hcunetworkamerica.org/wp-content/uploads/2018/12/hcu_incidence_greater_than_pku_poster1-1.pdf, ბოლოს გადამოწმდა 29.11.2021.

აუდიტორთა ხელმოწერა:
სახელი, გვარი

ხელმოწერა

ნინო შუბითიძე
უფროსი აუდიტორი



ნაზი ჩაგანავა
უფროსი აუდიტორი



ლიკა გეგეჭკორი
უფროსი აუდიტორ-ასისტენტი



მარიამ ზოზირაშვილი
უფროსი აუდიტორ-ასისტენტი

