

ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის სოციალური შედეგები

ბექა ნაცვლიშვილი
ნოდარ კაპანაძე
სოფო ჯაფარიძე



ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის სოციალური შედეგები

ბექა ნაცვლიშვილი
ნოდარ კაპანაძე
სოფო ჯაფარიძე

ფრიდრიხ ებერტის ფონდი | თბილისის ოფისი
ნინო რამიშვილის ქ., 1 ჩიხი, სახლი 1
0179 თბილისი | საქართველო
ტელ.: +995 32 225 07 28
<http://southcaucasus.fes.de/>

პუბლიკაციის შესაკვეთად დაგვიკავშირდით:
georgia@fes.de

პროექტი განხორციელდა ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მხარდაჭერით.
დაუშვებელია ფონდის მიერ გამოცემული მასალების ფონდის წერილობითი
თანხმობის გარეშე კომერციული მიზნით გამოყენება.
პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები შესაძლოა არ ემთხვეოდეს ფრიდრიხ
ებერტის ფონდის პოზიციას.

© Friedrich-Ebert-Stiftung
© Beka Natsvlishvili
© Nodar Kapanadze
© Sopo Japaridze

ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის სოციალური შედეგები

ბექა ნაცვლიშვილი
ნოდარ კაპანაძე
სოფო ჯაფარიძე

ოქტომბერი 2022



სარჩევი

	შეჯამება	3
1.	შესავალი	9
2.	კვლევის მიზანი	11
3.	მეთოდოლოგია	12
4.	მონაცემთა ანალიზი	18
5.	ჯანდაცვის რეფორმების კონტექსტი	51
6.	ჯანდაცვის სოციალური მდგენელები	53
7.	ჯანდაცვის სისტემის ტრანსფორმაციის სამი ეტაპი	57
7.1	ნეოლიბერალიზმთან ფლირტი	57
7.2	მილიტანტური ნეოლიბერალიზმი	60
7.3	რბილი ნეოლიბერალიზმი	63
8.	შედეგების მიმოხილვა	65
9.	რეკომენდაციები	67
	გამოყენებული ლიტერატურა	72
	ავტორების შესახებ	73

შეჯამება

საბჭოთა კავშირის დანგრევას და დაგეგმვითი ეკონომიკიდან საბაზროზე გადასვლას ახლად წარმოქმნილი დამოუკიდებელი სახელმწიფოები, საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების მიერ 80-იან წლებში შემუშავებული უნივერსალური, სტანდარტული რეცეპტების მეშვეობით, თითქმის უკვე მომზადებულები უნდა შეხვედროდნენ. ნეოლიბერალური ეკონომიკური დოქტრინის საფუძველზე შემუშავებული ეს რეცეპტები ვაშინგტონის კონსენსუსით სახელით არის ცნობილი. პოსტსაბჭოთა სივრცეში ამ რეფორმებს „შოკური თერაპია“ ეწოდა. მათი მიზანი სწრაფი და ყოვლისმომცველი პრივატიზაცია, ფასებისა და ვაჭრობის ლიბერალიზაცია, მაკროეკონომიკური სტაბილურობის უზრუნველყოფა იყო.

საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებისა და უცხოელი მრჩევლების თუ რეფორმატორების მოლოდინი იმის შესახებ, რომ შოკური თერაპიის თანმხლებ მოკლევადიან სტაგნაციას სწრაფი და უწყვეტი აღმავლობა მოყვებოდა, არ გამართლდა. ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი შიდა პროდუქტის მაჩვენებელი საქართველოში და მსგავს პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში საშუალოდ 40%-ით დაეცა და დღესაც 15%-ით ჩამორჩება 1989 წლის მაჩვენებელს. 90-იანი წლების დასაწყისში მომხდარმა სამოქალაქო დაპირისპირებამ და შეიარაღებულმა ტერიტორიულმა კონფლიქტებმა ვითარება კიდევ უფრო დაამძიმა. ქვეყანა მხოლოდ 1995 წლიდან დაუბრუნდა მეტ-ნაკლებ სტაბილურობას. 1995 წელს მოხდა საკონსტიტუციო ცვლილება და დამტკიცდა პირველი სახელმწიფო ბიუჯეტი.

კოლაფსის წინაშე აღმოჩნდა ჯანდაცვის სისტემა. ყოფილ რესპუბლიკებს შორის სავაჭრო ურთიერთობების მომლამ ძირითადი სამედიცინო საშუალებებით უზრუნველყოფის საგრძნობი შემცირება გამოიწვია. ამორტიზებული იყო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. თუ ერთ სულზე ჯანდაცვაზე 1990 წელს ბიუჯეტიდან 130 დოლარი იხარჯებოდა, 1994 წელს ეს მაჩვენებელი 1 დოლარს შეადგენდა. ჯანდაცვის ხარჯების თითქმის 90%-ს მოქალაქეები საკუთარი ჯიბიდან ფარავდნენ.

90-იანი წლების დასაწყისიდანვე დაიწყო საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. რეფორმის მიზანს, სემაშკოს საბჭოთა ცენტრალიზებული გეგმიური მოდელიდან მიმდინარე ნეოლიბერალური რეფორმების სულისკვეთების შესაბამის „თანამედროვე“ სისტემაზე გადასვლა წარმოადგენდა. პრივატიზაციის, საბაზრო პრინციპებზე გადასვლის, კონკურენციისა და საწოლ-ფონდის შემცირების გზით უნდა მომხდარიყო ხარჯების ოპტიმიზაცია, ინფრასტრუქტურისა და ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესება. სახელმწიფოს ძირითადად პოლიტიკის განსაზღვრისა და სფეროს რეგულირების ფუნქცია უნდა შეენარჩუნებინა.

რეფორმები სამ ეტაპად შეიძლება დავყოთ:

1. ნეოლიბერალიზმთან ფლირტის პერიოდი 1994 - 2003

- ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაცია ადმინისტრაციულ და რეგიონალურ დონეზე;

- საბიუჯეტო უნივერსალური დაფინანსებიდან სოციალური დაზღვევის სისტემაზე გადასვლა; საბიუჯეტო უნივერსალური დაფინანსებიდან სოციალური დაზღვევის სისტემაზე გადასვლა;
- სახელმწიფო სადაზღვეო კომპანიის შექმნა;
- სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებადი სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვალის შემცირება;
- გეგმიურიდან პროგრამულ ბიუჯეტზე გადასვლა;
- სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ჯანდაცვის დაწესებულებების ეტაპობრივი პრივატიზაცია;
- სტომატოლოგიური კლინიკებისა და აფთიაქების სრული პრივატიზაცია;
- საბაზრო პრინციპებთან თავსებადი სტანდარტებისა და მარეგულირებელი ჩარჩოს დანერგვა.

2. მილიტანტური ნეოლიბერალიზმის პერიოდი 2004-2012

- ბრტყელი გადასახადის შემოღება და სოციალური მოსაკრებლის გაუქმება;
- სახელმწიფო სადაზღვეო კომპანიის გაუქმება;
- ბიუჯეტიდან კერძო სადაზღვეო კომპანიების გავლით მიზნობრივი სოციალური ჯგუფების (means tested) ჯანდაცვის სადაზღვეო პოლისებით უზრუნველყოფა;
- ჯანდაცვის დაწესებულებების, ჰოსპიტლების, პოლიკლინიკების ყოვლისმომცველი პრივატიზაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობის და საწოლფონდის რადიკალური შემცირება;
- კერძო სადაზღვეო კომპანიების, ჰოსპიტალებისა და ფარმაცევტული კომპანიების ვერტიკალური ინტეგრაცია;
- რეგულაციების შემცირება.

3. რბილი ნეოლიბერალიზმის პერიოდი 2012 –

- ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების ნახტომისებური ზრდა;
- ბიუჯეტიდან დაფინანსებული საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღება სოციალური და საშემოსავლო ჯგუფების ეტაპობრივი / უნივერსალური მოცვით;
- ბიუჯეტიდან დაფინანსებადი სამედიცინო მომსახურების ტარფების განსაზღვრა, როცა გასხვავებას კლინიკის მიერ შეთავაზებულსა და საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ დადგენილ ტარიფს შორის პაციენტი იხდის.
- საშემოსავლო და სოციალური ჯგუფების ჯანდაცვის მიზნობრივ დაფინანსებასთან დაბრუნება საშემოსავლო ცენზის საფუძველზე;
- საწოლფონდისა და სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობის ზრდა.

კვლევის მიზანი

კვლევა მიზნად არ ისახავს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მსოფლიოში გავრცელებულ მოდელებთან შედარებას. კვლევა უფრო პოლიტეკონომიური ხასიათისაა. დამოუკიდებლობის მოპოვების დღიდან, რაც საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ყველა ეტაპზე ახასიათებდა ურყევი სვლაა ჯანდაცვის კომერციალიზაციისკენ. ამიტომ ჩვენი კვლევის მიზანი საქართველოში ნეოლიბერალური რეფორმების, ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციისა და კომერციალიზაციის სოციალური შედეგების დადგენაა. ვინ მოიგო კომერციალიზაციის შედეგად? იყო თუ არა ამ ტიპის განვითარება გარდაუვალი? რა იყო ამ პროცესების მამოძრავებელი, გადაუდებელი აუცილებლობა თუ იდეოლოგია? რა როლი ჰქონდათ საერთაშორისო ორგანიზაციებს ამ პროცესში? ეს ის კითხვებია, რომელსაც კვლევა ეცდება პასუხი გასცეს.

მეთოდოლოგია

კვლევა სამი კომპონენტისგან შედგება:

- ლიტერატურის, საკანონმდებლო აქტებისა და საერთაშორისო ინსტიტუტების ანგარიშებისა და რეკომენდაციების მიმოხილვა;
- ინტერვიუები ექსპერტებთან და მთავრობის წევრებთან, რომლებიც ამა თუ იმ დროს იღებდნენ რეფორმებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებას;
- რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზი.

რადგან დამოუკიდებლობის შემდეგ ქვეყანაში პირველ ეტაპზე დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციისა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის პროცესი, გამოვიყენეთ დროითი მწკრივების ანალიზის მეთოდი. ამ მიზნით შევადარეთ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირების ცალკეული ასპექტები 1990 წლამდე და ამჟამად, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების გათვალისწინებით.

შედეგების მიმოხილვა

ზემოთ განხილული მაჩვენებლების ანალიზი ცხადყოფს, რომ მოსახლეობამ ჯანდაცვის სისტემის აღნიშნული ტრანსფორმაციით სარგებელზე მეტი ზარალი ნახა, რაც გამოიხატება მათ შორის:

- მოკვდაობის დონის საშუალოდ 8 პრომილიდან 12 პრომილამდე ანუ 1.5- ჯერ ზრდაში;
- დაბადებიდან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის უმნიშვნელო ზრდაში: 1988 წელთან შედარებით 2020 წელს მაჩვენებელი უმნიშვნელოდ, მხოლოდ 1.2 წლითაა გაზრდილი, 1988 წლის 72.2-იდან 2020 წლის 73.4 წლამდე. ბოლო წლების მაქსიმალური მნიშვნელობაც კი (2018 წლის 74.1 წელი) 1988 წელთან შედარებით უმნიშვნელო ზრდად შეიძლება შეფასდეს;
- ავადობის დონის 2.3 ჯერ ზრდაში;
- ჯანმრთელობის დაცვაზე განუხრელად მზარდ ხარჯებში.

ბოლო 30 წლის მანძილზე მომხდარი ტრანსფორმაციის შედეგად მოგებული არც პერსონალის უდიდესი ნაწილი დარჩენილა. სამედიცინო პერსონალისთვის გაუარესდა შრომის პირობები, შემცირდა რეალური შემოსავალი.

რაც შეეხება სახელმწიფოს, იგი გათავისუფლდა ძალზედ დიდი მოცულობის აქტივებისგან, რომელთა ექსპლოატაციაც საკმაოდ დიდ დანახარჯებს მოითხოვდა.

თუ გავითვალისწინებთ ჯანდაცვის ხარჯების მზარდ მაჩვენებლებს, ალბათ ფარმაცევტული კომპანიები და კერძო კლინიკების მფლობელები წარმოადგენენ ერთადერთ ჯგუფს, რომელიც ბოლო 30 წლის ტრანსფორმაციის შედეგებით მოგებულნი დარჩნენ.

მიუხედავად იმისა, რომ კერძო კაპიტალის შემოდინებისა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის ტენდენცია განვითარებული, ინდუსტრიული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებსაც ახასიათებთ, საქართველოს მასშტაბისა და ხარისხის ჯანდაცვის სექტორის პრივატიზაცია, შეიძლება ითქვას, რომ უპრეცედენტოა. ინტერვიუები, საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციების რეკომენდაციები და ანგარიშები ცხადყოფს, რომ საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებს თავისი წვლილი მიუძღვით ამ რეფორმების განხორციელებაში.

პირველ პერიოდზე, შეიძლება ითქვას, რომ სახელმწიფო სახსრების სიმცირისგან გამომწვეულ რეფორმებს ზურგს გაბატონებული იდეოლოგიაც უმაგრებდა. საერთო რეფორმების ხასიათის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის რეფორმის მეორე ეტაპზე უფრო იდეოლოგიური მდგენელი ჭარბობდა. მესამე ეტაპზე, კი მიუხედავად საბიუჯეტო დაფინანსების საგრძნობი ზრდისა და რიგი ცვლილებებისა სისტემა მაინც საბაზრო პრინციპების ერთგული დარჩა.

რეკომენდაციები

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა

კვლევების თანახმად საქართველოში მედიკამენტების ფასი, სხვა ქვეყნებთან შედარებით, ძვირია, ხოლო მოსახლეობის ჯიბიდან გაწეული ხარჯების 69% მედიკამენტებზე მოდის, მხოლოდ 2%-ს ფარავს სახელმწიფო პროგრამები. მიზეზი მთლიანი სისტემის გაუმართაობაა და არა მხოლოდ საცალო / საბითუმო მოვაჭრეებისა და ჯანდაცვის პროვაიდერების ერთი ვერტკალური ინტეგრაცია, არც ექიმებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის არსებული კომერციული ინტერესი და არც გენერეიკების არაპოპულარობაა. მედიკამენტების საბითუმო შესყიდვა განპირობებულია არა სისტემური და კლინიკური კვლევებით, არამედ ჯანდაცვის სექტორისთვის დამახასიათებელი ინფორმაციული ასიმეტრიის შედეგად წარმოქმნილი კომერციული სარგებლის მიღების ინტერესით.

გარდა ამისა, მოცულობის ეკონომიკიდან გამომდინარე, შემსყიდველი ორგანიზაციების ფრაგმენტულობა კიდევ უფრო აძვირებს საბითუმო შესასყიდ ფასს. ხოლო განუვითარებელი პირველადი ჯანდაცვის სექტორი, ექიმებისა და კერძო ჰოსპიტალების კომერციული ინტერესის გათვალისწინებით, პაციენტს ძვირადღირებული მედიკამენტების მძევლად აქცევს. ამიტომ ვერც გენერეიკების პოპულარიზაცია და ვერც გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის სისტემის დანერგვა ვერ აღმოფხვრის პრობლემას. ინფორმაციული ასიმეტრიის ნიველირება და ფასების შემცირება

მხოლოდ სახელმწიფოს მხრიდან მედიკამენტების მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კონსოლიდირებული შესყიდვისა და საცალო ბაზარზე ზღვრული ფასების დაწესების საფუძველზეა შესაძლებელი. შედეგად დაიკლებს საბითუმო შესასყიდი ფასი, ბუნებრივად მოხდება საბითუმო და საცალო ვაჭრობის სეგმენტების გამოიჯნა. საცალო ვაჭრობის ობიექტებს კი, საქმიანობის განსახორციელებლად, განესაზღვრებათ მოგების ზღვრული მარჟა. შედეგად მოხდება მედიკამენტების სახელმწიფო პროგრამებში ოპტიმალური ინტეგრაცია.

ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსება

დღევანდელი ჯანდაცვის სისტემა შემსყიდველი უწყებების მრავალფეროვნებით, სიმრავლითა და შესაბამისად, ფრაგმენტულობით ხასიათდება. დაფინანსების წყაროები გაბნეულია ცენტრალურ, ადგილობრივ ბიუჯეტსა და კერძო სადაზღვეო კომპანიებში. ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების დაახლოებით 50 %-ს პაციენტებს მიერ ჯიბიდან გადახდა წარმოადგენს. პროვაიდერი კლინიკების სიმრავლისა და ფრაგმენტულობის გათვალისწინებით, ეს გარემოება აფერხებს შესყიდველსა და მომსახურების მომწოდებელს შორის სრულფასოვან კომუნიკაციას, ხელს უშლის პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის კონსოლიდაციას და მის უწყვეტ მკურნალობას. გარდა ამისა, ასუსტებს სახელმწიფოს შესაძლებლობას შეიმუშაოს და სრულფასოვნად გაატაროს ჯანდაცვის პოლიტიკა. ამასთან, ქმნის დამატებით ბიუროკრატიულ ბარიერებს პაციენტებისთვის, აკისრებს მათ დამატებით ხარჯებს. ამიტომ უპრიანი იქნებოდა სადაზღვეო კომპანიებისთვის ზედნაშენი სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის უფლებამოსილების დატოვება, ხოლო ძირითადი სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის კონცენტრაცია მთლიანად ცენტრალურ ბიუჯეტში მომხდარიყო.

სოციალური სამედიცინო დაზღვევის მოდელმა რიგი გარემოებების გამო საქართველოში ვერ გამართლა. თავი რომ დავანებოთ ისტორიულ და კულტურულ ფაქტორებს, უმუშევრობის მაღალი მაჩვენებელი თუ ეკონომიკის არაფორმალური სექტორის ხვედრითი წილი დღესაც ამ სისტემის სრულფასოვანი დანერგვის ხელისშემშლელ ფაქტორებს წარმოადგენენ. სოციალური სამართლიანობის თვალსაზრისით უპრიანი იქნებოდა პროგრესული სამემოსავლო გადასახადის შემოღება, რაც სამართლიანად გაანაწილებდა ჯანდაცვაზე საზოგადოების მიერ გაწეულ ხარჯებს.

მომსახურების ხარჯების ოპტიმიზაცია

ხარჯების ოპტიმიზაციის მთავარ გზას ჯანდაცვის სწორი ბიუჯეტირება წარმოადგენს. რადგან მოსახლეობის ფინანსური მდგომარეობა მძიმეა, ხოლო ჯიბიდან გადახდის საჭიროება მაღალი, ჩვენ ზუსტად ვერ გვეცოდინება რა ოდენობის საწოლფონდი თუ ინფრასტრუქტურა გვჭირდება. ეს არა სხვა ქვეყნების იგივე მაჩვენებლებთან მექანიკურმა შედარებამ, არამედ კვლევებმა უნდა განსაზღვროს. საბიუჯეტო დანახარჯების ოპტიმიზაციისა და ჯიბიდან გადახდის წნეხის შესამცირებლად, უპრიანი იქნებოდა, გლობალური ბიუჯეტირების ფარგლებში, ე.წ. DRG / დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების მეთოდის დანერგვა. მხოლოდ DRG მეთოდის დანერგვა ვერ მოახდენდა გავლენას კერძო კლინიკების მხრიდან არასაჭირო, ძვირადღირებული სამედიცინო ინტერვენციების განხორციელებაზე, რადგან მოგების მარჟის შენარჩუნების მიზნით, აქცენტი არა სამედიცინო ჩარევის ღირებულებაზე, არამედ რაოდენობაზე გაკეთდებოდა. გლობალური ბიუჯეტირების ფარგლებში კი თავიდანვე განისაზღვრებოდა ჰოსპიტალის ზღვრული ბიუჯეტი სახელმწიფოსა და მომსახურების მომწოდებელს შორის როგორც მიმდინარე, ისე კაპიტალური ხარჯების გათვალისწინებით. სელექციური კონტრაქტირების საფუძველზე მოხდებოდა სახე-

ლმწიფო დაფინანსების პროგრამაში მხოლოდ იმ კლინიკების ჩართვა, რომლებიც ამ კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებდნენ. აღნიშნულ მოდელში მოტივაციის გასაზრდელად შეიძლება განხილულ იქნას სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ინდიკატორების შესრულებასთან დაკავშირებული ბონუსების სისტემა.

პირველადი ჯანდაცვა

პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარ აქილევსის ქუსლად იქცა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის. აქაც მაღალი ფრაგმენტაციის პრობლემას ვაწყდებით. ფრაგმენტაციის აღმოფხვრის გარეშე, კაპიტალური დაფინანსების გაზრდა და პირველადი სამედიცინო დაწესებულების ინფრასტრუქტურის მოდერნიზაცია-აღჭურვაც ვერ მოგვცემს სასურველ შედეგს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქცია არა მხოლოდ დაავადების ადრეულ ფაზაში გამოვლენაა, არამედ ის ერთგვარ მეხსიერების ბარათს წარმოადგენს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ერთიანი სახელმწიფო საინფორმაციო ციფრული ბაზის არარსებობის შემთხვევაში განსხვავებულ კერძო თუ სახელმწიფო სამედიცინო კომპანიებს შორის ინფორმაცია ამბულატორიული სექტორიდან ჰოსპიტალურ სექტორში, თითქმის ვერ აღწევს. თუ გავითვალისწინებთ ზემოთ აღნიშნულ დაფინანსების წყაროების ფრაგმენტაციას და შემსყიდველის მიერ პროვაიდერების დაკონტრაქტების ქაოტურ სისტემას, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ პაციენტის შესახებ ინფორმაცია ერთი საფეხურიდან მეორეში სრულფასოვნად ვერ აღწევს, რაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სწორი და უწყვეტი მკურნალობისთვის. ისედაც, დაბალი მოგების მარჟის გამო კერძო სამედიცინო კომპანიები ნაკლებად არიან ორიენტირებული პირველად მედიცინაში ინვესტირება-განვითარებაზე. ამიტომ უპრიანი იქნებოდა სახელმწიფოს მიერ კერძო დაწესებულებების ეტაპობრივი გამოსყიდვა და დაწესებულებებისთვის შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების სისტემის დანერგვა.

დაავადების ადრეულ ფაზაში გამოვლენისა და გართულებების პრევენციის მიზნით, განსაკუთრებით სამუშაო ადგილებზე, უნდა მოხდეს პროაქტიული შემოწმების, დისპანსერიზაციის პრაქტიკის რეანიმაცია.

სამედიცინო პერსონალის შრომის პირობები

უნდა განისაზღვროს მინიმალური ხელფასი სექტორულ დონეზე და მოხდეს სამედიცინო პერსონალის სამუშაოს მოცულობის რეგლამენტირება. სხვა შემთხვევაში კადრების გაღიწება გარდაუვალი გახდება.

ზემოთ აღნიშნული რეფორმები მინიმუმამდე დაიყვანდა კერძო კომპანიების მხრიდან არამიზნობრივი და ძვირადღირებული მანიპულაციების შესაძლებლობას, გამოთავისუფლებული სახსრებით გაიზრდებოდა საყოველთაო ჯანდაცვის დაფარვა, შემცირდებოდა ჯიბიდან გადახდის მაჩვენებელი. ამასთან, მოხდებოდა სისტემის ინტეგრაცია, გაუმჯობესდებოდა დაბალი და საშუალო რგოლის სამედიცინო პერსონალის მდგომარეობა და პროდუქტიულობა, სახელმწიფოს კი გაუადვილდებოდა პოლიტიკის გატარება, სულ მინიმუმ ისეთ ფორსმაჟორულ ვითარებაში, როგორიც პანდემიაა.

1

შესავალი

„ძვირად, იაფად, უფასოდ, ეს მეოცხარისხოვანი საკითხი იყო. პრივატიზაცია არ იყო ეკონომიკური მიზანშეწონილობით განპირობებული პროცესი. ჩვენ უბრალოდ ვიცოდით, რომ ნებისმიერი გაყიდული საწარმო, კიდევ ერთ ღურსმანს წარმოადგენდა კომუნიზმის კუბოს თავსახურში“.

ანატოლი ჩუბაისი - რუსეთის ფედერაციის ქონების მართვის სახელმწიფო კომიტეტის თავმჯდომარე 1991-94 წლებში.

ანატოლი ჩუბაისის ეს სიტყვები მკაფიოდ გამოხატავს იმ სულისკვეთებას, რომელიც საბჭოთა კავშირის დანგრევის შემდგომ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში მიმდინარე რეფორმებს განაპირობებდა, მათ შორის ჯანდაცვის სექტორში.

კოვიდ 19-ის პანდემია ერთგვარი გამოცდა აღმოჩნდა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემებისთვის მთელს მსოფლიოში. მან ნათელი მოჰფინა იმ სისტემურ ხარვეზებს, რომლებიც ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებს ახასიათებდათ. არც საქართველო აღმოჩნდა გამონაკლისი.

კაცობრიობის ისტორიის მანძილზე ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვამ გრძელი, ევოლუციური გზა გაიარა. შუა საუკუნეებამდე ითვლებოდა, რომ ავადმყოფობა ადამიანის ინდივიდუალურ მახასიათებელს, მის ბედისწერას წარმოადგენდა, რადგან ღარიბები უფრო ავადდებოდნენ და სიღარიბეც ერთგვარი განაჩენი იყო. მოგვიანებით, ღარიბების მკურნალობა რელიგიური შეხედულებებიდან გამომდინარე ქველმოქმედებას დაექვემდებარა. ინდუსტრიული რევოლუციის შემდეგ, რადგან კაპიტალმა გაათვითცნობიერა, რომ მას შეუფერხებელი კლავწარმოებისთვის ჯანმრთელი მუშახელი სჭირდებოდა, დათანხმდა იმას, რომ სახელმწიფოს აეღო ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობა, ცხადია, მწირი ფორმით. პირველმა მსოფლიო ომმა კიდევ უფრო დააჩქარა და გააღრმავა ეს პროცესი, რადგან ქვეყნებს ჯანმრთელი მოსახლეობით დაკომპლექტებული ჯარი სჭირდებოდათ. ამ ტენდენციას ზურგს უმაგრებდა მშრომელთა ორგანიზებული ბრძოლა საყოველთაო და სამოქალაქო უფლებებისთვის (Gaffney, 2017). 1948 წელს, გაეროს ადამიანის უფლებათა დეკლარაციის თანახმად ჯანდაცვაზე წვდომა ადამიანის განუყოფელ უფლებად გამოცხადდა. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, კეინსიანური კონსენსუსის ეპოქაში, ჯანდაცვის უნივერსალური სისტემა ევროპაში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი საყრდენი იყო. სისტემის გარანტიად, სხვა ფაქტორებს შორის, სრული დასაქმების პოლიტიკა და ძლიერი მშრომელთა გაერთიანებები გვევლინებოდნენ. რადგან საბჭოთა კავშირის საზოგადოებრივი წესრიგის სამარკო ნიშანს მრავლისმომცველი, უნივერსალური სოციალური გარანტიები წარმოადგენდა, ცივი ომის პერიოდში, კაპიტალისტური და სოციალისტური სისტემების პაექრობა კიდევ უფრო ზრდიდა დასავლურ სისტემებზე წნეხს, გაეზარდათ სახელმწიფოს სოციალური პასუხისმგებლობა საკუთარი მოქალაქეების მიმართ. გარდა ამისა, ჯანმრთელი სამუშაო ძალა, ორივე სისტემისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი იყო.

70-იანი წლებიდან დასავლეთში ვითარება შეიცვალა. ნეოლიბერალური ეკონომიკური პარადიგმის გამარჯვებამ სახელმწიფოს პოლიტიკა დიამეტრულად შეცვალა. ადგილობრივი კაპიტალის გლობალურ ბაზრებზე ორიენტაციის შედეგად სრული დასაქმების პოლიტიკა დღის წესრიგიდან მოიხსნა. შრომა კაპიტალმა ჩაანაცვლა. ჯანმრთელი სამუშაო ძალა, როგორც ეკონომიკის მთა-

ვარი მამოძრავებელი ფაქტორი, იმდენად მნიშვნელოვანი აღარ იყო. კაპიტალისტის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა ღერეგულაციას და გადასახადების შემცირებას მოითხოვს, რაც ამცირებს სახელმწიფოს სამოქმედო არეალსა და შესაძლებლობას. ამიტომ დაიწყო საჯარო სიკეთეების ეტაპობრივი კომერციალიზაცია, რაც ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემებსაც შეეხო (Roger Cooter, 2000). ეს, ერთი შეხედვით, თითქოს მხოლოდ ეკონომიკური მიზანშეწონილობით განპირობებული ცვლილებები, კონკრეტული მსოფლმხედველობით არის გამყარებული. ნეოლიბერალური სოციალური პარადიგმის მიხედვით, ადამიანის გაუარესებული ჯანმრთელობა მის პერსონალურ არჩევანს და არასწორ ცხოვრების წესს უკავშირდება. შედეგად, სახელმწიფო, როგორც საზოგადოების კოლექტიური პასუხისმგებლობის განმახორციელებელი, თავისუფალია ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ვალდებულებისგან და ის მთლიანად ინდივიდს ეკისრება (Lawrence King, 2009). ის პროგრესი, რომელიც კაცობრიობამ ჯანდაცვის უფლების ევოლუციის თვალსაზრისით განიცადა, ამ ახალმა რწმენამ თითქმის შუა საუკუნეების წარმოდგენას დაუახლოვა. შესაბამისად, ჯანდაცვის კომერციალიზაციის თვალსაზრისით გაჩნდა არა მხოლოდ ეკონომისტური,¹ occur but also a worldview shift emerged.

მიუხედავად ამ ტენდენციისა, ევროპისა და ეუთოს ქვეყნების უმრავლესობაში ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსების მთავარ წყაროს ბიუჯეტი ან სოციალური დაზღვევის მექანიზმები წარმოადგენს.² ჯანდაცვის მომსახურების განმახორციელებელი დაწესებულებების ხერხემალი კი სახელმწიფო და არამომგებიანი კლინიკებია (გალტ & თაგარტი, 2020).

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა არ მიეკუთვნება, არც ბრიტანეთში გავრცელებულ ბევრიიჩის მოდელს, რომელიც ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსებას ითვალისწინებს და არც დასავლეთ ევროპაში გავრცელებულ ე.წ. ბისმარკის მოდელს, რომელიც ძირითადად სოლიდარობის პრინციპით, სოციალური შენატანების საფუძველზე ფინანსდება. ის სხვადასხვა სისტემის ერთგვარ ამალგამს წარმოადგენს. მაგრამ, რაც მას სხვა ქვეყნების სისტემებიდან განსაკუთრებით გამოარჩევს ღერეგულაციისა და კომერციალიზაციის უპრეცედენტო მაჩვენებელია, სადაც ჯანდაცვის მომსახურებას კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოები ახორციელებენ, ხოლო ჯანდაცვის ხარჯების დიდ ნაწილს, გარდა მედიკამენტებისა, სახელმწიფო ფარავს. კომერციული ჯანდაცვის დაწესებულებების წილი საავადმყოფოების მთლიანი რაოდენობის 86%-ს შეადგენს, რაც საწოლფონდის დაახლოებით 95 %-ია. გარდა ამისა, სახელმწიფოს მიერ არ არის განსაზღვრული და რეგლამენტირებული ჯანდაცვის სისტემის სიმძლავრეები, რაც ხელს უწყობს მათ ჭარბ მოწოდებას. ეს გარემოება მოქალაქეებსა და სახელმწიფო ბიუჯეტს კომერციული ჯანდაცვის დაწესებულებების მძევლად აქცევს. შედეგად კი ვიღებთ ჯანდაცვის სისტემას, რომელიც ნებისმიერ შემთხვევაში, მიდრეკილია არა ჯანმრთელობის დაცვისკენ, არამედ ავადმყოფების წარმოებისკენ, რათა მოგებაზე ორიენტირებული სისტემის კვლავწარმოება იქნას უზრუნველყოფილი. სწორედ ამ გარემოებაზე მეტყველებს წინამდებარე კვლევის შედეგები. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვაზე გაწეული სახელმწიფო ხარჯები 2010-2019 წლებში გასამმაგდა, ჯიბიდან გადახდის ხარჯები პროპორციულად არ შემცირებულა. კვლავ ძალიან მაღალია ჯანდაცვის ხარჯების ხვედრითი წილი შინამეურნეობის საერთო დანახარჯებში და ისევ 12%-ის ფარგლებში მერყეობს. მაგრამ რაც ყველაზე მნიშვნელოვანი და სავალალოა, გაუარესებულია ავადობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.

1 ეკონომიზმი: თეორია, ან შეხედულება, რომელიც გადამწყვეტ მნიშვნელობას ეკონომიკურ მიზანშეწონილობას და ინტერესებს ანიჭებს [Economism Definition & Meaning - Merriam-Webster](#)

2 [Public funding of health spending | Health at a Glance 2021 : OECD Indicators | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](#)

2

კვლევის მიზანი

კვლევა მიზნად არ ისახავს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მსოფლიოში გავრცელებულ მოდელებთან შედარებას, ან კლინიკური მახასიათებლების შესწავლას. კვლევა უფრო პოლიტიკონომიური ხასიათისაა. ის რაც დამოუკიდებლობის მოპოვების დღიდან, რეფორმის ყველა ეტაპზე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ახასიათებდა, არის ურყევი სვლა ჯანდაცვის კომერციალიზაციისკენ. ამიტომ ჩვენი კვლევის მიზანი საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციისა და კომერციალიზაციის სოციალური შედეგების დადგენა და ანალიზია. თუ ამ მიმართულებით გადადგმული პირველი ნაბიჯები 90-იან წლებში შექმნილი საბიუჯეტო კრიზისით შეიძლება აიხსნას, ისმის კითხვა, რატომ გაგრძელდა პროცესი იმ წლებშიც, როცა ეკონომიკამ მეტ-ნაკლებ სტაბილურობას მიაღწია? რატომ გაღრმავდა 2006-2011 წლებში, როცა მაშინდელი ხელისუფლება თავს არნახული ეკონომიკური რეფორმებითა და ეკონომიკური ზრდით იწონებდა³ და რატომ გაგრძელდა შემდეგ, როცა ხელისუფლების ცვლილების ერთ-ერთ მთავარ მიზანს სოციალური პოლიტიკის გადახედვა და ჯანდაცვის სისტემის ადამიანზე მორგება წარმოადგენდა?⁴ უკვე წარსულს ჩაბარებული ჯანდაცვის საბჭოთა სემამკოს მოდელი ეფუძნებოდა რწმენას, რომ ადამიანის ჯანმრთელობა უფრო მის ირგვლივ არსებული სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორებით არის განპირობებული, ვიდრე მისი ინდივიდუალური არჩევანით. ამიტომ ის სახელმწიფოს მხრიდან ადამიანის ჯანმრთელობაზე უფრო პატერნალისტურ, პროაქტიულ ზრუნვას გულისხმობდა. მიუხედავად სტაგნაციისა, ეს სულისკვეთება საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემას მაინც ბოლომდე მოჰყვა. ნეოლიბერალური მოდელი კი, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ადამიანის გაუარესებულ ჯანმრთელობას მის პერსონალურ არჩევანს და არასწორ ცხოვრების წესს უკავშირებს, რის შედეგადაც სახელმწიფო აღარ იღებს მოქალაქის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პასუხსმგებლობას და ის ინდივიდს ეკისრება. თუ შევთანხმდებით, რომ ნეოლიბერალური ეკონომიკური პარადიგმა იყო საერთო სახელმწიფო რეფორმების ყველა ეტაპზე რეალური იდეოლოგიური საყრდენი, არ გაგვიჭირდება იმის დანახვა, თუ რამ გაუხსნა გზა ჯანდაცვის კომერციალიზაციას და რატომ იქცა ჯანდაცვა საბაზრო პროდუქტად.

ჯანმრთელობის თითქმის ყველა პარამეტრი, კვლევის შედეგების თანახმად, გაუარესებულია. ამ გარემოების ფონზე ჩნდება კითხვა: რამდენად რეალურია, რომ ავადობა ადამიანის პერსონალურ არჩევანთან არის დაკავშირებული? და თუ ეს ასეა, რატომ გააკეთა და აკეთებს ამდენი ადამიანი მაინც და მაინც პოსტსაბჭოთა სამყაროში, და განსაკუთრებით საქართველოში, არასწორ პერსონალურ არჩევანს? ვინ მოიგო კომერციალიზაციის შედეგად? იყო თუ არა ამ ტიპის განვითარება გარდაუვალი? რა იყო ამ პროცესების მამოძრავებელი - გადაუდებელი აუცილებლობა თუ იდეოლოგია? რა როლი ჰქონდათ საერთაშორისო ორგანიზაციებს ამ პროცესში? რადგან ჯანდაცვის სისტემაზე დებატები აქტიურ ფაზაშია, წინამდებარე კვლევა ეცდება ამ კითხვებს გასცეს პასუხი. კვლევის დასკვნითი ნაწილი კი რეკომენდაციებს დაეთმობა.

3 საქართველოს მთავრობა – 2007 წლის სიახლეები (www.gov.ge)

4 სტრატეგიული განვითარების დოკუმენტი „საქართველო 2020“ [Georgia2020 \(napr.gov.ge\)](http://Georgia2020.napr.gov.ge)

3 მეთოდოლოგია

კვლევა სამი კომპონენტისგან შედგება:

- ლიტერატურის, საკანონმდებლო აქტებისა და საერთაშორისო ინსტიტუტების ანგარიშებისა და რეკომენდაციების მიმოხილვა;
- რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზი
- ინტერვიუები ექსპერტებთან და მთავრობის წევრებთან, რომლებიც ამა თუ იმ დროს იღებდნენ რეფორმებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებას:

რესპოდენტები:

ირაკლი მენადარიშვილი - 1986 წლიდან 1991 წლამდე საქართველოს სსრ-ის ჯანდაცვის მინისტრი. იგივე თანამდებობას იკავებდა 1992 – 93 წლებში

ავთანდილ ჯორბენაძე - 1995-2001 წლებში საქართველოს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრი

ალექსანდრე კვიტაშვილი - 2008-10 წლებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ზურაბ ჭიაბერაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი (2012 წელი)

ამირან გამყრელიძე - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორი, 1997-2001 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის პირველი მოადგილე; 2001-2004 წლებში – მინისტრი

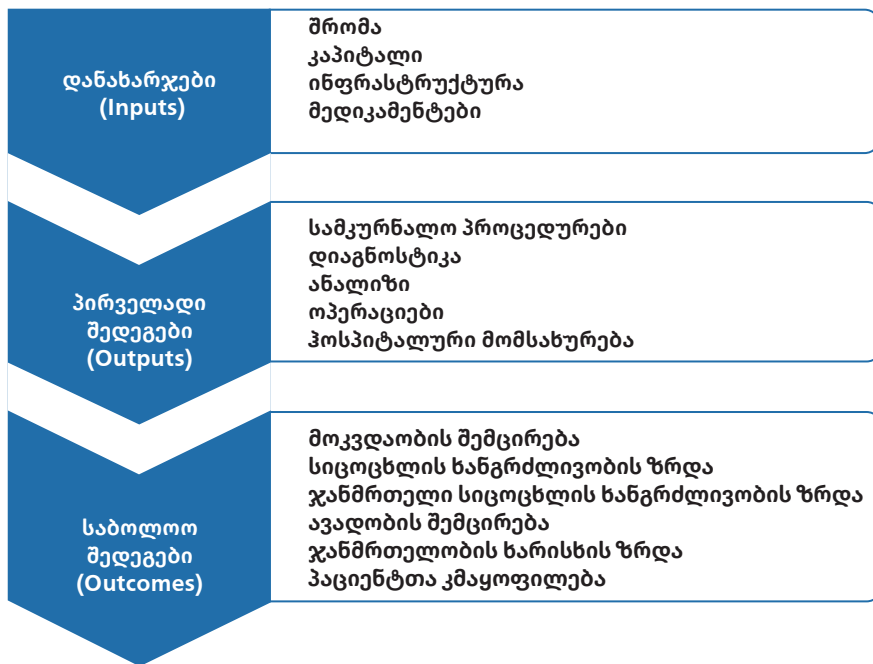
აკაკი ზოიძე - ჯანდაცვის ექსპერტი; საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტის თავმჯდომარე 2016-20 წლებში

გიორგი გოცაძე - ჯანდაცვის ექსპერტი, ფონდ კურაციოს პრეზიდენტი

ქეთევან ჩხატარაშვილი - ჯანდაცვის დამოუკიდებელი ექსპერტი

რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასებისათვის საერთაშორისო პრაქტიკაში გამოიყენება სტანდარტული მიდგომა:



ეფექტიანობის შეფასება ხდება ორი ძირითადი მიმართულებით, ესენია:

1. ტექნიკური ეფექტიანობის (TE) შეფასება, რომლის შინაარსიც დანახარჯების მინიმიზაციის პირობებში პირველადი შედეგების მაქსიმალური ღონის მიღწევაა;
2. რესურსების განაწილების ეფექტიანობის (AE) შეფასება. რომლის შინაარსიც დანახარჯების თანაბრობის პირობებში ისეთი ოპტიმალური განაწილების მოძებნაა, რომლის ფონზეც მაქსიმალური შედეგი იქნება მიღწეული.

შეფასებისათვის გამოიყენება ორი ძირითადი მეთოდი, ესენია:

- A. მონაცემთა მოცვის ანალიზის (Data envelopment analysis) მეთოდი
- B. შემთხვევითი ზღვრული ანალიზის (Stochastic frontier analysis) მეთოდი

მაგალითად ნაშრომში Health System Efficiency, How to make measurement matter for policy and management დეტალურად არის განხილული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების მეთოდები და ტექნიკა, თუმცა მხოლოდ გაკვრით არის ნახსენები პრევენცია, რაც 1990 წლამდე საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის ერთერთი ძირითადი ქვაკუთხედი იყო.

განხილული ნაშრომი ერთგვარ კონსოლიდირებულ დოკუმენტს წარმოადგენს, სადაც თავმოყრილია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების მიზნით, სხვადასხვა დროს გამოყენებული მეთოდები და მიდგომები. პრაქტიკულად, ღლეის მდგომარეობით, სისტემის ეფექტიანობის შეფასების ყველა მიდგომა ჯანმრთელობის დაცვას განიხილავს როგორც მომსახურებას და შეფასების ერთერთი ქვაკუთხედი ხარჯთეფექტურობაა.

ჩვენს შემთხვევაში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების სტანდარტული მეთოდოლოგია ნაკლებად გამოგვადგება, ვინაიდან ჩვენი ამოცანა სისტემური ცვლილების შედეგების შეფასებაა და არა უკვე არსებული სისტემის შიგნით განვითარების ანალიზი. წინამდებარე ნაშრომში გამოყენებული მეთოდოლოგიის განსაზღვრამდე უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ჩვენი მიზანი არის არა უშუალოდ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება და მისი დინამიკა, არამედ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საბაზრო პრინციპებზე გადასვლის სოციალური შედეგების აღწერა.

საქართველოში, როგორც საბჭოთა კავშირის ერთ-ერთ მოკავშირე რესპუბლიკაში 1990 წლამდე სემაშკოს მოდელი ფუნქციონირებდა. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჯანდაცვის სისტემის ტრანსფორმაციის შედეგად მივიღეთ დღეს არსებული ჯანდაცვის მოდელების ერთგვარი ამალგამი. სემაშკოს მოდელი და ახალი სისტემა თვისობრივად განსხვავდება ერთმანეთისგან. პირველ შემთხვევაში როგორც დაფინანსების, ისე მომსახურების ერთადერთ წყაროს სახელმწიფო წარმოადგენდა. მეორე კი საბაზრო მექანიზმებს ანიჭებს უპირატესობას. წინამდებარე კვლევის მიზანი აღნიშნული ტრანსფორმაციის სოციალური შედეგების გამოვლენა და შეფასებაა. აღნიშნული ორი მოდელის დეტალური შედარებითი ანალიზისთვის გარდა პროფესიული სამედიცინო განათლებისა, აუცილებელია დეტალურ და საიმედო ინფორმაციულ მასივებზე წვდომა, როგორც 1990 წლამდე ისე ამჟამად. ასეთი ინფორმაციული მასივები საჯარო სივრცეში არ მოიპოვება. შეიძლება საერთოდ არ არსებობს.

ამდენად ჩვენს წინაშე მდგომი ამოცანის გადასაჭრელად გამოვიყენეთ დროითი მწკრივების ანალიზის მეთოდი, რომლის ფარგლებშიც შევადარეთ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირების ცალკეული ასპექტები 1990 წლამდე და ამჟამად. ანალიზში განხილულია შეძლებისდაგვარად ხანგრძლივი დროითი მწკრივები და ვინაიდან ინფორმაცია, განსაკუთრებით 1990 წლამდე არსებული მდგომარეობის შესახებ, საკმაოდ შეზღუდულია, ანალიზში ჩავრთეთ ის მაჩვენებლები, რომელთა საჯარო სივრცეში მოძიებაც იყო შესაძლებელი.

აუცილებელია, რომ თავდაპირველად განვიხილოთ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში თვისობრივი ცვლილებების ქრონოლოგია, რომელიც მოცემულია შესაბამისი სამინისტროს ვებ გვერდზე არსებულ დოკუმენტში „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა“⁵ ცხრილი #1: ძირითადი რეფორმები ჯანდაცვის სისტემაში.

1. 1991 წლამდე სემაშკოს მოდელი - სერვისები სრულად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ;
2. 1991-1994 სემაშკოს მოდელი - სერვისები ფინანსდებოდა ჯიბიდან არაფორმალური გადახდებით;
3. 1995-1996 სავალდებულო სოციალური დაზღვევა (3%+1%);
4. 2007-2012 ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა, ჰოსპიტალური სექტორის სრული პრივატიზება;
5. 2007-2014 სახელმწიფო თანხების კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის მართვაში გადაცემა მიზნობრივი ჯგუფებისთვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფები, მასწავლებლები და ა.შ) ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფის მიზნით;

5 ბმული: <https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/06.08.2018.pdf>

6. 2012-2014 პენსიონერების, 0-5 წლამდე ბავშვების, სტუდენტების, შშმ პირების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა;
7. 2013 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა (I და II ფაზა);
8. 2015 C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა;
9. 2017 ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების პროგრამა;
10. 2017 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის III ფაზა - სერვისების სტრატეგიკაცია შემოსავლის ჯგუფების მიხედვით.

წინამდებარე ანალიზიც ამ ქრონოლოგიის გათვალისწინებით არის მომზადებული.

ჩვენი უპირველესი ამოცანა ჯანმრთელობის დაცვის ორი სრულიად განსხვავებული სისტემის შედარებაა. ამისთვის, პირველ რიგში, შევარჩიეთ ისეთი მაჩვენებლები, რომლებიც იძებნებოდა, როგორც 1990 წლამდე და 1990 წლის შემდეგაც.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 90-იანი წლები (განსაკუთრებით პირველი და ნაწილობრივ მეორე ნახევარი) აღრიცხვის სისტემის სრული მოშლით გამოირჩეოდა და ამ პერიოდში დაანგარიშებული მაჩვენებლები საკმაოდ ბევრ კითხვის ნიშანს ბადებს. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში აღრიცხვის მოწესრიგება, მეტ-ნაკლებად, 2000 წლის შემდეგ დაიწყო. მაჩვენებელთა შერჩევისათვის, უპირველეს ყოვლისა, განვიხილეთ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანმრთელობის 100 ძირითადი ინდიკატორის სია⁶ საიდანაც საანალიზოდ შევარჩიეთ შემდეგი მაჩვენებლები:

1. **დაბადებიდან სიცოცხლის ხანგრძლივობა (Life expectancy at birth).** ეს ერთერთი უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელია, რომლის შესახებ ინფორმაციის მოძიება 1990 წლამდე პერიოდისთვისაც შესაძლებელია. ამაზე უფრო ინფორმატიული ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი იქნებოდა, მაგრამ ეს მონაცემები 1990 წლამდე პერიოდისათვის ძალიან რთული მოსაძიებელია ან არ არსებობს. ყოველ შემთხვევაში, საჯარო სივრცეში მსგავსი მაჩვენებელი ვერ მოიძებნა. დაბადებიდან სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი აღწერს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მუშაობის შედეგს, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია.
2. **15-60 წლის ასაკში მოკვდაობის დონე (Adult mortality rate between 15 and 60 years of age).** ამ მაჩვენებლის ნაცვლად გამოყენებული იქნება მოკვდაობის დონის საშუალო მაჩვენებელი, რომელიც ასევე ძალზედ მნიშვნელოვანი მონაცემია და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მუშაობის საბოლოო შედეგებს აღწერს. სისტემის მუშაობის შედეგი მოკვდაობის დონის დაბალი მაჩვენებელი უნდა იყოს.
3. **ტუბერკულოზით ავადობის დონე (TB incidence rate).** ტუბერკულოზი ძალზე სპეციფიკური დაავადებაა და ეს მაჩვენებელი სისტემის ფუნქციონირების ერთერთი მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია. შესაძლებელია 1990 წლამდე მონაცემების მოძიებაც. შესაბამისად, ორი სრულიად განსხვავებული მოდელის პირობებში ავადობის მაჩვენებლები შედარებადია.

6 ბმული: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173589/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf?sequence=1

4. **კიბოთი ავადობის დონე კიბოს ტიპების მიხედვით (Cancer incidence, by type of cancer).** შედარებითი ანალიზისათვის, ტუბერკულოზის ანალოგიურად, კიბოთი ავადობის მაჩვენებლებიც ძალზედ მნიშვნელოვანი შეიძლება იყოს. ტიპების მიხედვით დეზაგრეგაცია ვერ მოხერხდება, ვინაიდან ასეთი მაჩვენებლები 1990 წლამდე პერიოდისათვის ვერ მოვიძიეთ. თუმცა ამის აუცილებლობა არც არის, რადგან წინამდებარე ანალიზი უფრო პოლიტეკონომიური შინაარსისაა ვიდრე სამედიცინო.
5. გარდა ამ ორი დაავადებისა, შედარებული იქნება სხვა დაავადებებით ავადობისა და ავადობის საერთო მაჩვენებლებიც.
6. **მომსახურების უტილიზაცია (Service utilization).** ეს ერთერთი უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელია, რომელიც მიუთითებს ამბულატორიულ დაწესებულებებსა და პოლიკლინიკებში ვიზიტების სიხშირეზე, როგორც ამბულატორიული მკურნალობის, ისე პროფილაქტიკური მიზნებით. აღნიშნული პარამეტრი რაც 1990 წლამდე საქართველოში მოქმედი სისტემის ერთერთი უმნიშვნელოვანესი განმასხვავებელი ნიშანია.
7. **ჯანდაცვის მუშაკების სიმჭიდროვე და განაწილება (Health worker density and distribution).** ეს ფარდობითი მაჩვენებელი მიუთითებს როგორც უფროსი, ისე უმცროსი სამედიცინო პერსონალით მოსახლეობის უზრუნველყოფას. 1990 წლამდე პერიოდისათვის ამ მონაცემების მოძიება შესაძლებელია და პერიოდების შედარებისთვის ეს ერთერთ მნიშვნელოვანი ინდიკატორია.
8. **ჯანმრთელობის მიმდინარე ხარჯების (მთლიანი შიდა პროდუქტის %) (Total current expenditure on health (% of gross domestic product)) მაჩვენებელი.** 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.
9. **ჯანმრთელობაზე მთავრობის და სავალდებულო სქემების მიმდინარე ხარჯები (ჯანმრთელობაზე მიმდინარე ხარჯების %) (Current expenditure on health by general government and compulsory schemes (% of current expenditure on health)).** 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.
10. **ჯანმრთელობისთვის ჯიბიდან გადახდა (ჯანმრთელობის მიმდინარე ხარჯების %) (Out-of-pocket payment for health (% of current expenditure on health)).** 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.
11. **მთლიანი კაპიტალური დანახარჯები ჯანმრთელობაზე (% მიმდინარე + კაპიტალური დანახარჯები ჯანმრთელობაზე) (Total capital expenditure on health (% current + capital expenditure on health)).** 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.
12. **ჯანმრთელობის კატასტროფული დანახარჯების მქონე მოსახლეობის წილი (Headcount ratio of catastrophic health expenditure).** 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.

მებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.

13. ჯანმრთელობის გამადარიბებელი ხარჯების მქონე მოსახლეობის წილი (Headcount ratio of impoverishing health expenditure). 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.

14. მოსახლეობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების სტრუქტურა და დინამიკა. 1990 წლამდე მონაცემების მოპოვება ძალიან რთული ან შეუძლებელია. ანალიზისთვის გამოვიყენებთ მხოლოდ იმ პერიოდის მონაცემებს, რომლის მოპოვებაც შესაძლებელია.

წინამდებარე ანალიზისათვის აუცილებელი მონაცემებისათვის გამოყენებულია ინფორმაციის შემდეგი წყაროები:

1. 1990 წლამდე პერიოდისთვის სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ბიბლიოთეკაში მოძიებულ იქნა მონაცემები შემდეგი გამოცემებიდან:
 - 1.1. НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО ГССР – 1980 Г. (NATIONAL ECONOMY OF THE GSSR – 1980)
 - 1.2. НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО ГССР – 1983 Г. (NATIONAL ECONOMY OF THE GSSR – 1983)
 - 1.3. НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО ГССР – 1985 Г. (NATIONAL ECONOMY OF THE GSSR – 1985)
 - 1.4. ГРУЗИЯ В ЦИФРАХ – 1986 Г. (GEORGIA IN FIGURES – 1986)
 - 1.5. საქართველო ციფრებში - 1990 წ. (GEORGIA IN FIGURES – 1990)
2. ავადობის მაჩვენებლების გაანგარიშებისათვის გამოვიყენეთ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრის 1999 წლის პუბლიკაცია „ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობის დაცვა“.⁷
3. ჯანმრთელობაზე გაწეული დანახარჯების ანალიზისათვის გამოყენებულია ორი ძირითადი წყარო:
 - 3.1. მსოფლიო ბანკის მონაცემთა ბაზები,⁸ სადაც განთავსებულია ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული საბიუჯეტო დანახარჯები.
 - 3.2. შინამეურნეობების შემოსავლებისა და ხარჯების გამოკვლევის მონაცემთა ბაზები,⁹ რომელიც განთავსებული სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებგვერდზე.
4. აგრეთვე გამოვიყენეთ ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ვებგვერდზე განთავსებული ცალკეული მონაცემები.

⁷ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი. თბილისი, მ. წინამძღვრის მიხედვით ქ. 126. თ. დანელია; მ. კერესელიძე; ი. კოჩაროვა; მ. ცინცაძე; მ. შახ-ნაზაროვა; ს. შახუდაგიანი. გამოქვეყნებული მასალებით სარგებლობისა და მათი რეპროდუქციისთვის სპეციალური ნებართვა საჭირო არ არის. სასურველია წყაროს მოხსენება.

⁸ ბმული: <https://data.worldbank.org/>

⁹ ბმული: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/127/monatsemta-bazebi>

4

მონაცემთა ანალიზი

ინფრასტრუქტურა

ჯანმრთელობის დაცვის დღეს არსებული ინფრასტრუქტურის 30 წლის წინანდელთან სრულფასოვანი შედარება საკმაოდ რთული ამოცანაა, ვინაიდან ტექნოლოგიური განვითარების დღეს არსებული დონე არსებითად განსხვავებულია 30 წლის წინანდელისაგან. გარდა ამისა, მეორე და არანაკლებ მნიშვნელოვანი პრობლემა ინფორმაციის სიმწირეა. აღსანიშნავია, რომ ინფორმაციის სიმწირე მხოლოდ 1990 წლამდე პერიოდს არ შეეხება. თუნდაც დღევანდელი მდგომარეობის ამსახველი სრულფასოვანი და მოწესრიგებული ინფორმაციული მასივი საჯარო სივრცეში ხელმისაწვდომი არაა, რაც საფუძველს გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ ასეთი ინფორმაციული მასივი საერთოდაც არ არსებობს.

ამდენად, დროითი მწკრივების ანალიზისათვის გამოვიყენეთ ის მაჩვენებლები, რომელთა მოძიებაც შევძელით და რომლებიც საკმარისი სიზუსტით ასახავს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურით მოსახლეობის უზრუნველყოფას. 1990 წლამდე პერიოდის მაჩვენებლების მოძიება შევძელით სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ბიბლიოთეკაში დაცულ ძველ გამოცემებში, რომლებიც ინფორმაციის წყაროებშია მითითებული. ანალიზისთვის გვაქვს 1940, 1965, 1970, 1980-1990 წლის მონაცემები. 2002-2019 წლების იგივე მაჩვენებელი სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებგვერდზეა განთავსებული. ეს მაჩვენებლებია:

1. საავადმყოფო და სამედიცინო ცენტრების, ანუ ინსტიტუციური ერთეულების რაოდენობა. ანალიზისთვის გამოყენებულია 100 ათას მოსახლეზე გადაანგარიშებული ფარდობითი მაჩვენებელი.
2. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების, ანუ ინსტიტუციური ერთეულების რაოდენობა და ამ შემთხვევაშიც გამოყენებულია 100 ათას მოსახლეზე გადაანგარიშებული ფარდობითი მაჩვენებელი.
3. საწოლების რაოდენობა, ანუ ჰოსპიტალურ სექტორში საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა და აქაც გამოყენებულია საწოლების რაოდენობის ფარდობითი მაჩვენებელი 10 ათას მოსახლეზე გადაანგარიშებით. ეს მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალი სიზუსტით ასახავს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარებას.

მოძიებული მონაცემების მიხედვით საქართველოში 1940 წელს 100 ათას მოსახლეზე საშუალოდ 8.7 ერთეული საავადმყოფო და სამედიცინო ცენტრი მოდიოდა. 1965 წელს ეს მაჩვენებელი 14.4 ერთეულამდე გაიზარდა. ამის შემდეგ 1970, 1975 და 1980 წლების მაჩვენებლები შემცირდა და ამის მიზეზი 1965-1980 წლებში ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობის მკვეთრი ზრდა იყო. საავადმყოფოების და სამედიცინო ცენტრების რაოდენობა ფიზიკურად არ შემცირებულა, გაიზარდა მოსახლეობის რაოდენობა.

მაჩვენებელი შემცირების ტენდენციით ხასიათდებოდა 1980-1990 წლებშიც, მაგრამ შემცირების ტემპი 1965-1980 წლებთან შედარებით გაცილებით დაბალი იყო. ამის მიზეზიც მოსახლეობის რაოდენობის

დენობის შედარებით დაბალი ტემპით, მაგრამ განუხრელი ზრდა იყო.

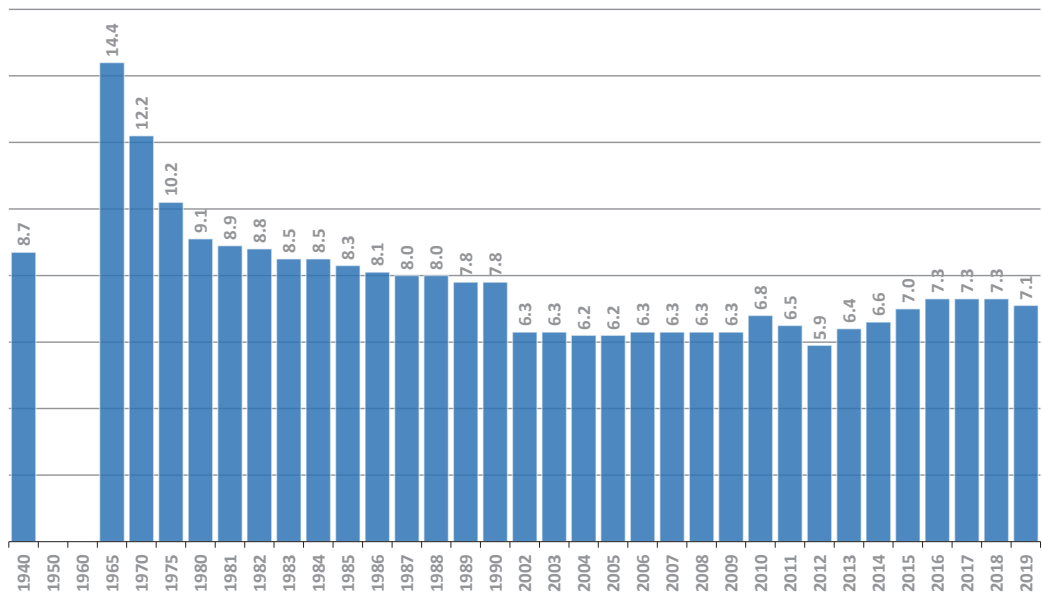
1990 წელს დამთავრდა საბჭოთა ეპოქა და მასთან ერთად დამთავრდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სემაშკოს მოდელიც. 2002 წლის მდგომარეობით საქართველოში 100 ათას სულ მოსახლეზე 6.3 საავადმყოფო და სამედიცინო ცენტრი მოდიოდა, რაც დაახლოებით 20%-ით ნაკლებია საბჭოთა პერიოდის ბოლო მონაცემზე. შემცირების ტემპი 20%-ზე გაცილებით მეტია თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ საქართველოს მოსახლეობა 2002 წელს, 1990 წელთან შედარებით, 26%-ით არის შემცირებული. საავადმყოფო და სამედიცინო ცენტრების რაოდენობა 1990 წელს მოსახლეობის 2002 წლის რაოდენობის მაჩვენებელი პირობებში 100 ათას მოსახლეზე გადაანგარიშებით 10.7 ერთეული იქნებოდა, ანუ რეალური ფარდობითი შემცირების მასშტაბი 40 %-ზე მეტია.

2002-2009 წლები:

100 ათას სულზე საავადმყოფოების და სამედიცინო ცენტრების რაოდენობის მაჩვენებელი სტაბილური იყო. 2010 წელს რაოდენობის მკვეთრი ზრდის შემდეგ 2011-2012 წლებში მაჩვენებელი შემცირდა და 2013 წლიდან კვლავ ზრდა დაიწყო, რაც 2016 წლამდე გაგრძელდა. 2019 წლის მდგომარეობით საქართველოში 10 ათას მოსახლეზე 7.1 საავადმყოფო და სამედიცინო ცენტრი მოდიოდა.

ამ შემთხვევაში თავი დავანებოთ საავადმყოფოების სიმძლავრეების შედარებას და იმ გარემოებას, რომ ამჟამად მოქმედი საავადმყოფოების და სამედიცინო ცენტრების მუშაობის პრინციპი რადიკალურად განსხვავებულია 1990 წლამდე პერიოდთან შედარებით. ფიზიკურად, ადმინისტრაციული ერთეულების ფარდობითი რაოდენობა 1990 წელთან შედარებით 9%-ით ნაკლებია.

დიაგრამა #1: საავადმყოფოების და სამედიცინო ცენტრების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ.252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

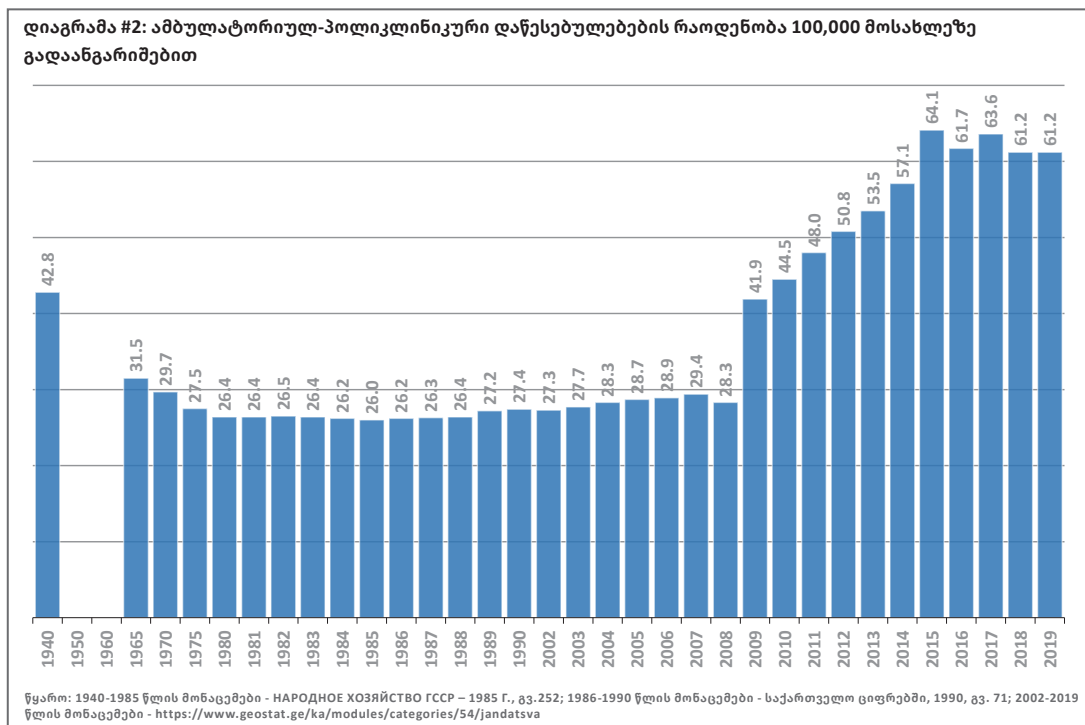
10 ათას მოსახლეზე ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა 1965 წელს 31.5 ერთეული იყო და ეს მაჩვენებელი 1980 წლამდე შემცირების ტენდენციას ავლენდა, რაც მოსახლეობის რაოდენობის ზრდით იყო განპირობებული.

1981-1990 წლებში მაჩვენებელი სტაბილური იყო და ეს სტაბილურობა, დიდი ალბათობით, ქვემომდებარე ღიაგრამაზე 1991-2001 წლების გამოტოვებულ პერიოდშიც შენარჩუნდა, ვინაიდან 2002 წლის მონაცემიც ზუსტად ისეთივეა, როგორიც 1990 წლის, თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ 2002 წლის მაჩვენებელი 26%-ით შემცირებული მოსახლეობის პირობებშია დაანგარიშებული.

2002-2009 წლებში 10 ათას სულზე გადაანგარიშებით ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა პრაქტიკულად არ იცვლებოდა. მაჩვენებლის მცირეოდენი რყევები მოსახლეობის რაოდენობის ცვლილებითაა განპირობებული.

2009 წლიდან იწყება მაჩვენებლის მკვეთრი ზრდა, რომელიც 2015 წლამდე გრძელდება და თავის მაქსიმალურ მნიშვნელობას, 10 ათას სულ მოსახლეზე 64.1 ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებას აღწევს. ამის შემდეგ, 2016-2019 წლებში მაჩვენებელი სტაბილური არაა, თუმცა 61-64 ღიაპაზონს არ სცილდება.

2009-2015 წლის მკვეთრი ზრდის მიზეზი 2007 წლიდან დაწყებული ჯანდაცვის სექტორის სრული პრივატიზაციაა, ხოლო დაწესებულებების რაოდენობის მაჩვენებლის მკვეთრი ზრდა სულაც არ ნიშნავს დაწესებულებების ჯამური სიმძლავრის ზრდას. დიდი ალბათობით, რაოდენობის მაჩვენებლის ასეთი ზრდა იმითაა განპირობებული, რომ ერთი ძველი პოლიკლინიკის პრივატიზების შემდეგ, ამავე სივრცეში რამდენიმე დამოუკიდებელი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება



ბულება წარმოიშვებოდა, რაც რაოდენობის მაჩვენებელს ზრდიდა, თუმცა ამ დაწესებულებების ჯამური სიმძლავრე ზრდის მიმართულებით ნამდვილად არ იცვლებოდა, ხოლო კლების მიმართულებით ცვლილება სავსებით შესაძლებელია.

სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ერთერთი მნიშვნელოვანი მაჩვენებელი საწოლების რაოდენობაა. მოძიებული მონაცემებით საქართველოში 1940 წელს 10 ათას სულ მოსახლეზე 36.8 საავადმყოფოს საწოლი მოდიოდა. ეს მაჩვენებელი 1960 წელს 82.4-ამდე გაიზარდა. 1960-1980 წლებში მაჩვენებელი განუხრელად იზრდებოდა და 1980 წელს 10 ათას მოსახლეზე 107.3 საწოლს მიაღწია. ამის შემდეგ 1980-1990 წლებში მაჩვენებელი სტაბილური იყო და სუსტად გამოხატული ზრდის ტენდენციით ხასიათდებოდა. 1990 წელს 10 ათას მოსახლეზე საავადმყოფო საწოლების რაოდენობამ ისტორიულ მაქსიმუმს, 10 ათას მოსახლეზე 110.0 საწოლს მიაღწია. 2002 წელს 1990 წელთან შედარებით 10 ათას მოსახლეზე საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა 2.4-ჯერ შემცირდა და 45.8 ნიშნულზე აღმოჩნდა. 2002-2012 წლებში საწოლების რაოდენობის ფარდობითი მაჩვენებელი კვლავ განაგრძობდა შემცირებას და ისტორიულ მინიმუმს (30.3 საავადმყოფოს საწოლი 10 ათას მოსახლეზე) 2012 წელს მიაღწია. 2013 წლიდან მაჩვენებელმა ზრდა დაიწყო და 2019 წელს 10 ათას მოსახლეზე უკვე 46.9 საწოლი მოდიოდა, რაც 2002-2019 წლების ისტორიული მაქსიმუმია, თუმცა 1990 წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს 57%-ით ჩამორჩება.

ეს რაც შეეხებოდა დროითი მწკრივის მექანიკურ აღწერას, მაგრამ ამ მაჩვენებლების უკან მნიშვნელოვანი სისტემური ცვლილებები დგას. ძალიან კარგია, რომ საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის ფარდობითი მაჩვენებელი იზრდება, მაგრამ საავადმყოფოს საწოლები 2019 წელს თვისობრივად განსხვავდება საავადმყოფოს საწოლებისაგან, რომელიც 1990 წელს იყო. 2019 წლის საავადმყოფოს საწოლები ავადმყოფის მკურნალობასთან ერთად მოგების მიღებას ემსახურება, რაც 1990 წელს საავადმყოფოს საწოლების ამოცანა არ ყოფილა.

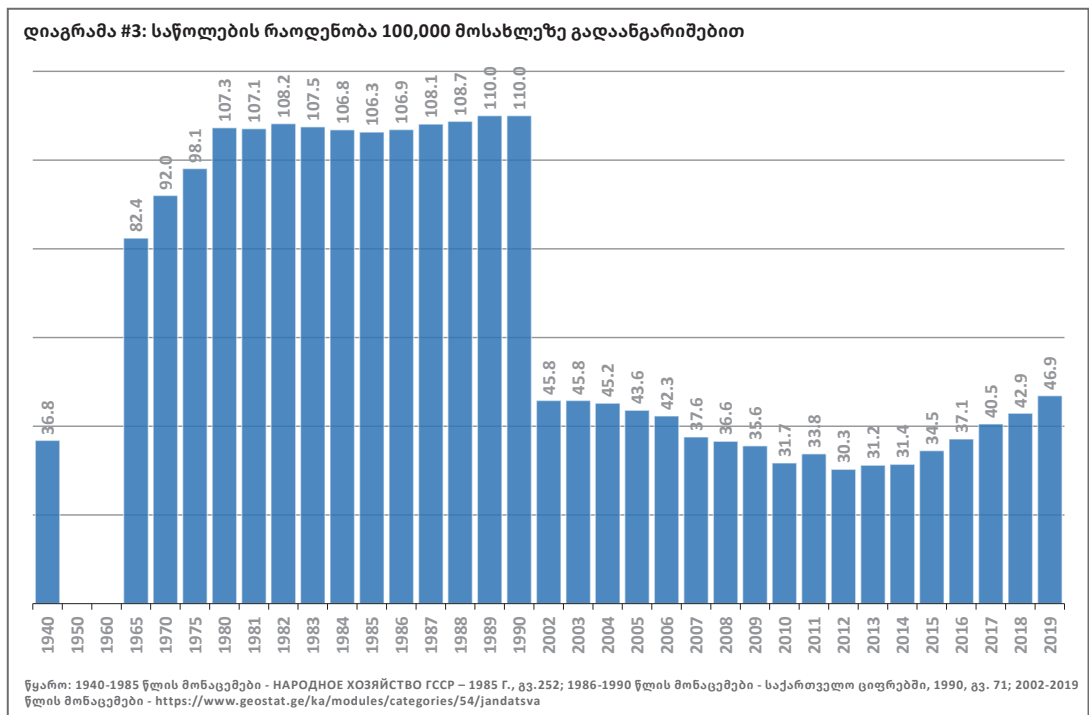
გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია პასუხი კითხვაზე: საკმარისია საწოლების ეს რაოდენობა? ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად, პირველ რიგში, აუცილებელია ვუპასუხოთ კითხვას, თუ რა შინაარსის ვლებით საავადმყოფოს საწოლის ცნებაში: ეს არის ინფრასტრუქტურა, სადაც ავადმყოფმა მოქალაქემ უნდა იმკურნალოს თუ ეს არის შემოსავლის წყარო?

თუ ეს შემოსავლის წყაროა, მაშინ უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ყოველი დამატებული საწოლი დამატებით პერსონალს და ინფრასტრუქტურის მოვლა-შენახვის დამატებით ხარჯებს მოითხოვს. ხოლო თუ მიზანი შემოსავალია, მაშინ სამეწარმეო ხარჯების მოცულობა გადახდისუნარიანი მოთხოვნის წარმოებულია. ამდენად, ასეთ შემთხვევაში საავადმყოფოს საწოლების ოპტიმალური რაოდენობის განსაზღვრა შედარებით მარტივი ამოცანაა, მაგრამ ერთი მნიშვნელოვანი ნაკლით - მოქალაქეთა ჯანმრთელობა ამ პროცესში არანაირად არ მონაწილეობს. ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემის პირობებში საწოლების ზრდა, პირველ რიგში, გადახდისუნარიანი მოთხოვნის ზრდითაა განპირობებული.

თუ საავადმყოფოს საწოლის დანიშნულება ავადმყოფი მოქალაქის მკურნალობაა, მაშინ ხარჯთეფექტურობაზე უფრო მნიშვნელოვანი საწოლების პროფილის მიხედვით ოპტიმალური განაწილება და მოსალოდნელი ფორსმაჟორული სიტუაციებისთვის მუდმივი მზადყოფნაა. კორონა ვირუსის პანდემიამ აჩვენა საქართველოში დღეს არსებული ჯანდაცვის სისტემის უსუსურობა ფორსმაჟორულ სიტუაციებთან გამკლავების საქმეში. როდესაც საავადმყოფოების საწოლების ფონდი ავადმყოფთა მოზღვაებული რაოდენობისთვის საკმარისი არ აღმოჩნდა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ ისიც, რომ პანდემიად შერაცხული კორონა ვირუსის გავრცელება საკმაოდ მორსაა ეპიდემიის და მით უმეტეს პანდემიის რეალური მასშტაბებისაგან. აქტიური შემთხვევების მაქსი-

მაღური რაოდენობა - 30,944 შემთხვევა - 2020 წლის 14 დეკემბერს დაფიქსირდა, რაც მთლიანი მოსახლეობის 0.8%-ია. რეალური ეპიდემია კლასიკური განმარტებით მოსახლეობის მინიმუმ 5%-ის, ანუ 2020 წლის მდგომარეობით 186 ათასი ადამიანის, ერთდროულ ავადობას ნიშნავს. ასეთ დატვირთვას ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემა ნამდვილად ვერ გაუძლებდა. მან ვერ გაუძლო შერბილებული კრიტერიუმით ეპიდემიის ფორმსაჟორულთან მიახლოებულ დატვირთვასაც კი. შერბილებული კრიტერიუმით ეპიდემიის პირობებად ითვლება მოსახლეობის მინიმუმ 1%-ის ერთობლივი ავადობა, რაც 2020 წლის მდგომარეობით ერთდროულად 37 ათას შემთხვევას ნიშნავს. აღსანიშნავია, რომ ამ ვითარებაში საქართველო ყველაზე უარესთა შორის არ ყოფილა და დიდი ალბათობით, ეს 1990 წლამდე მოქმედი მოდელის ისტორიული გამოცდილების დამსახურებაა. ამ დასკვნას კიდევ უფრო ამყარებს ის ფაქტი, რომ <https://www.worldometers.info/coronavirus/> მონაცემებით, ერთერთი საუკეთესო მაჩვენებლები ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებს და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებს აქვთ, სადაც 1990 წლამდე ჯანდაცვის სემაშქოს მოდელი მოქმედებდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში საწოლების ოპტიმალური რაოდენობის შესახებ ინფორმაციის მოძიება გადაუჭრელი ამოცანა აღმოჩნდა. თუმცა მოძიებული მონაცემებიდან გამომდინარე, შეიძლება ვთქვათ, რომ 10 ათას მოსახლეზე 110 საწოლი ოპტიმალურია, ვინაიდან სწორე ეს ნიშნული ნარჩუნდებოდა საქართველოში 1980-1990 წლებში, როდესაც დამატებითი ინფრასტრუქტურის მშენებლობა არანაირი პრობლემა არ იყო.



ფიზიკური ინფრასტრუქტურის მაჩვენებლების დროითი მწკრივების ანალიზიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ 1990 წლამდე პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურა ინტენსიურად ვითარდებოდა. მოსახლეობის რაოდენობის მუდმივი ზრდის პირობებში, საავადმყოფოებისა და სამედიცინო ცენტრების რაოდენობის ფარდობითი მაჩვენებელი მცირდ-

ბოდა მოსახლეობის ზრდის გამო, მაგრამ საწოლების რაოდენობის ფარდობითი მაჩვენებელი მკვეთრად ზრდადი იყო, რაც საავადმყოფოებისა და სამედიცინო ცენტრების სიმძლავრეების ზრდაზე მიუთითებს. ამდენად, 1990 წლის მდგომარეობით უკვე მიღწეული იყო საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის ოპტიმალური მაჩვენებელი და ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტები გეოგრაფიულადაც თანაბრად იყო განფენილი.

90-იან წლებში ჯანდაცვის არსებულმა სისტემამ სრული კოლაფსი განიცადა. მდგომარეობა მეტნაკლებად 90-იანი წლების ბოლოს დარეგულირდა, თუმცა კრიზისის შემდგომი სისტემა რადიკალურად განსხვავებულია კრიზისამდელი სისტემისაგან. კრიზისის შემდგომი და კრიზისამდელი მდგომარეობებს შორის არსებული სისტემური განსხვავება, ბუნებრივია ინფრასტრუქტურაზეც აისახება.

2019 წლის მდგომარეობით საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა 1990 წლის დონის 43%-ია. ეს მაჩვენებელი ზრდადია და სხვა თანაბარ პირობებში, წრფივი ტრენდით 1990 წლის დონეს 2045 წელს მიაღწევს. მაგრამ ასეც რომ მოხდეს და 2045 წელს 10 ათას მოსახლეზე 110 საწოლი იყოს, რას ნიშნავს ეს? 2.5-ჯერ უკეთეს მისაწვდომობას ჯანდაცვაზე და ჯანმრთელ მოსახლეობას? თუ ეს ნიშნავს ჯანმრთელობის დაცვის „მომსახურების“ მიმწოდებელი კომპანიების 2.5-ჯერ მეტ მოგებას. განსხვავება ფუნდამენტურია და მხოლოდ ინფრასტრუქტურის რაოდენობრივი მაჩვენებლებით მისი აღწერა კორექტული ვერ იქნება.

პერსონალი

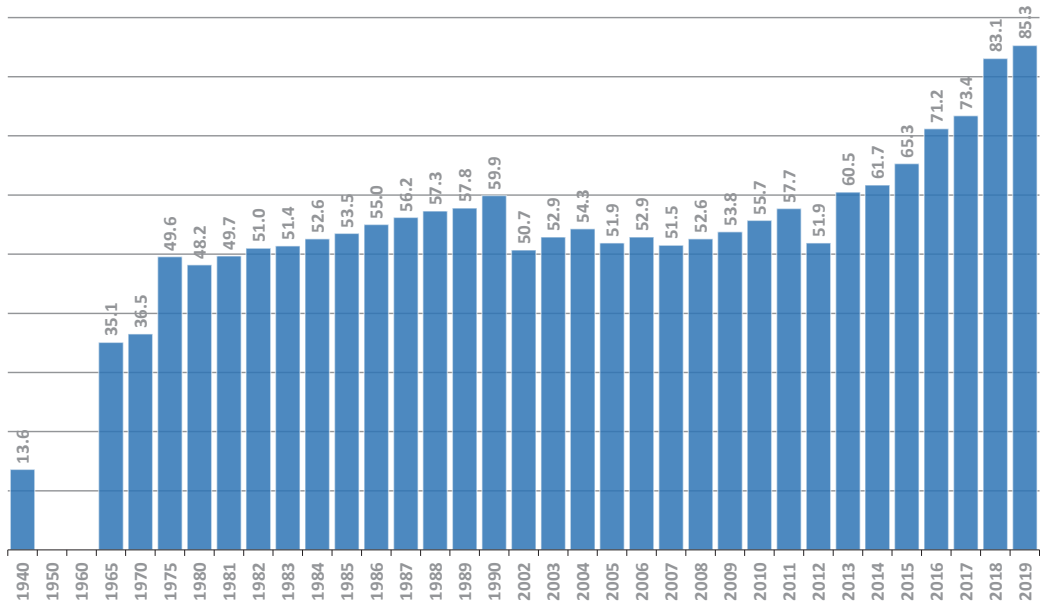
ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალიდან მნიშვნელოვანია ვიწრო სპეციალობების მიხედვით კონტინგენტის განაწილება, მაგრამ სამწუხაროდ ასეთი დეტალიზაციის ინფორმაცია არც 1990 წლამდე და არც 1990 წლის შემდგომი პერიოდისათვის საჯარო სივრცეში ხელმისაწვდომი არაა. აქედან გამომდინარე, შემოვიფარგლეთ საყოველთაოდ მიღებული მაჩვენებლებით. ესენია:

1. ექიმების რაოდენობა 10 ათას სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით.
2. ექთნების და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა 10 ათას სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით.
3. მთლიანი სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა 10 ათას სულ მოსახლეზე.

მოძიებული მონაცემების მიხედვით საქართველოში 1940 წელს 10 ათას მოსახლეზე საშუალოდ 13.6 ექიმი მოდიოდა. 1965 წელს ეს მაჩვენებელი უკვე 35.1 ნიშნულზე იყო. 10 ათას მოსახლეზე ექიმების რაოდენობის მაჩვენებელი ნაბტომისებურად მკვეთრად გაიზარდა 1970-იდან 1975 წლამდე. 1980-1990 წლებში 10 ათას მოსახლეზე ექიმების რაოდენობა მზარდი იყო. 2020 წელს 1990 წელთან შედარებით ექიმების ფარდობითი რაოდენობა არსებითად შემცირდა. 2002-2011 წლებში 10 ათას მოსახლეზე ექიმების რაოდენობის მაჩვენებელი სუსტად გამოხატულ ზრდის ტენდენციას ატარებდა. 2011-იდან 2012 წელს მკვეთრი შემცირების შემდეგ ექიმების რაოდენობის ფარდობითმა მაჩვენებელმა მკვეთრად გამოხატული ზრდის ტენდენცია გამოავლინა და უკვე 2013 წელს ოდნავ გადაასწრო 1990 წლის დონეს და 2019 წლისთვის უკვე 85.3 ნიშნულს მიაღწია, რაც 1990 წლის მაჩვენებელზე 42%-ით მეტია.

აღწერილი ტენდენცია, ერთი შეხედვით ძალზედ პოზიტიურია, მაგრამ მეორე მხრივ საკითხავია, თუ რამდენად და რისთვისაა სასარგებლო ექიმების დიდი რაოდენობა: ეს ჯანდაცვის „მომსახურების“ მომწოდებელთა მოგების გენერირებას ემსახურება თუ უფრო მეტი ექიმის პირობებში უფრო ჯანმრთელი მოსახლეობა გვეყოლება?!

დიაგრამა #4: ექიმების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე გადანაგარიშებით



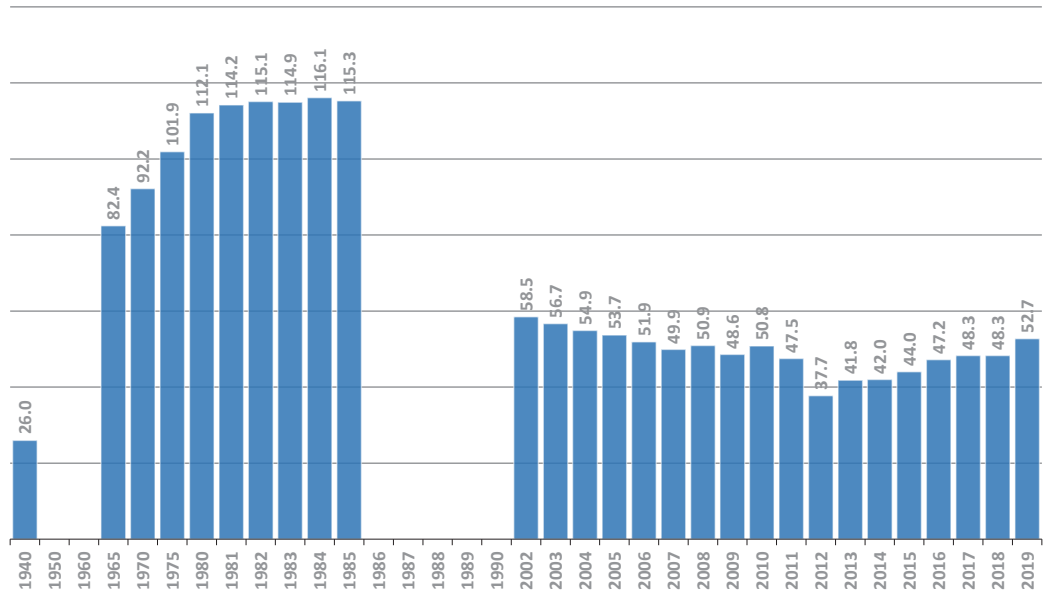
წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО ГССР - 1985 გ., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

ექიმების რაოდენობის პარალელურად მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია საშუალო სამედიცინო პერსონალის (ექთანი, ლაბორანტი, და მსგავსი პროფილის მუშაკები) რაოდენობაც. 1940 წლის მონაცემებით 10 ათას მოსახლეზე სულ 26 საშუალო კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალი მოდიოდა. 1965 წელს ეს მაჩვენებელი 82.4-ამდე გაიზარდა და მის შემდეგ 1980 წლამდე მკვეთრად გამოხატულ ზრდის ტენდენციას ატარებდა. 1980-1985 წლებში მაჩვენებელი უკვე სტაბილურად 10 ათას მოსახლეზე დაახლოებით 115 ექთანი და საშუალო კვალიფიკაციის სხვა სამედიცინო პერსონალი მოდიოდა. 2002 წელს 1985 წელთან შედარებით საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა 2-ჯერ შემცირდა. 2002-2012 წლებში მაჩვენებელი კვლავ შემცირების ტენდენციით ხასიათდებოდა, ხოლო 2013 წლიდან მაჩვენებელი ზრდადია.¹⁰ 2019 წლის მდგომარეობით საქართველოში 10 ათას მოსახლეზე 52.7 საშუალო კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალი მოდიოდა.

10 სტატისტიკის სამსახურის ვებ გვერდზე გამოქვეყნებული მონაცემებით 2003 წელს 10 ათას მოსახლეზე ექთნების რაოდენობა 90-ზე მეტი იყო, რაც აშკარად მჭკრივიდან ამოვარდნილი მონაცემია, ვინაიდან 2004 წელს მაჩვენებელი საერთო ტენდენციას დაუბრუნდა. დიდი ალბათობით ეს ტექნიკური შეცდომით უნდა იყოს გამოწვეული. ამის გამო 2003 წლის გამოქვეყნებული მაჩვენებელი ჩანაცვლდა 2002 და 2004 წლის მაჩვენებლების საშუალო მნიშვნელობით.

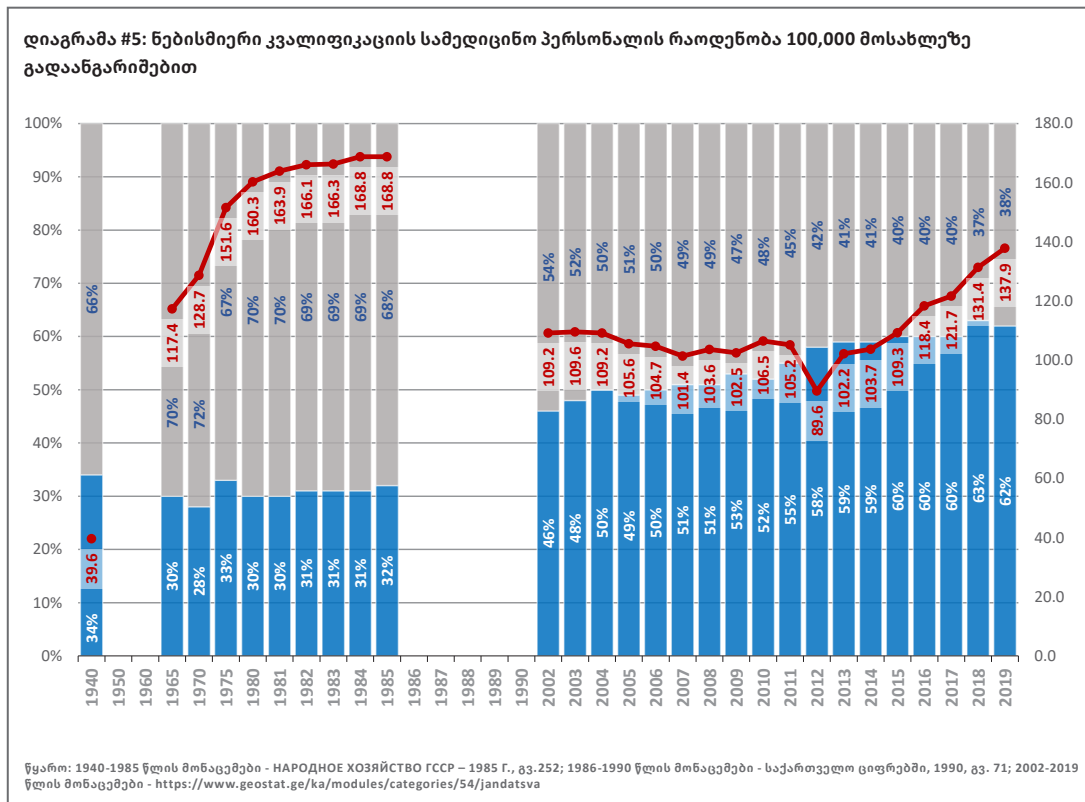
ექთნების რაოდენობის ოპტიმალური მაჩვენებელზე, ისევე როგორც სხვა დანარჩენზე ინფორმაცია ვერ მოვიძიეთ, მაგრამ ის ფაქტი, რომ 2019 წლის მდგომარეობით ექიმების ფარდობითი რაოდენობა (85.3) ექთნების ფარდობით რაოდენობაზე (52.7) 1.6-ჯერ მეტია, უკვე დამაფიქრებელი გარემოებაა. წინამდებარე ანალიზი მიზნად არ ისახავს სამედიცინო სფეროს პროფესიულ ანალიზს, მაგრამ ასეთი პროპორცია პოლიტეკონომიური თვალთახედვითაც ანომალიურია.

დიაგრამა #5: საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე გადანაგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР - 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

ნებისმიერი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის ფარდობითი რაოდენობის მაჩვენებელი შეიძლება ისეთი ინფორმატიული არ იყოს, მაგრამ აქ უფრო მნიშვნელოვანი ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის პროპორციაა. 1990 წლამდე პერიოდში ერთ ექიმზე სტაბილურად 2.2-2.3 ექთანი მოდიოდა და შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალის 30% ექიმები იყო, ხოლო 70% ექთნები და სხვა საშუალო კვალიფიკაციის სპეციალისტი. ეს პროპორცია რომ შემთხვევითი არაა, ამას ადასტურებს ის გარემოებაც, რომ პერსონალის ფარდობითი რაოდენობის მკვეთრი ზრდის პირობებშიც კი პროპორცია შენარჩუნებულია. 30:70 პროპორცია უცვლელია 1940, 1965, 1970, 1975 და მომდევნო წლებშიც. ხოლო პროპორცია რადიკალურად განსხვავებულია 2002-2019 წლებში. კერძოდ, დინამიკა აჩვენებს, რომ ბოლო პერიოდში განუხრელად იზრდება ექიმების წილი და მცირდება საშუალო კვალიფიკაციის პერსონალის წილი. მართალია წინამდებარე ანალიზის მიზანი არაა ჯანდაცვის სამედიცინო დეტალების კვლევა, მაგრამ სამედიცინო პერსონალში 60:40 პროპორცია ექიმების სასარგებლოდ, ნორმალურს არ ჰგავს.



საერთო ჯამში, ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო პერსონალის დროითი მწკრივების ანალიზიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ 1990 წლის შემდგომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მდგომარეობა რადიკალურად შეცვლილია უარესობისკენ რაც შემდეგ გარემოებებში გამოიხატება:

2019 წლის მდგომარეობით ერთ ექიმზე საშუალოდ 0.6 ექთანი მოდის, მაშინ როდესაც 1990 წლამდე ერთ ექიმზე საშუალოდ 2.2 ექთანი მოდიოდა. ამდენად, 2019 წლის მდგომარეობით ექთნების რაოდენობა მინიმუმ 3,6-ჯერ გასაზრდელია, რომ აღდგეს უმაღლესი და საშუალო კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური პროპორცია.

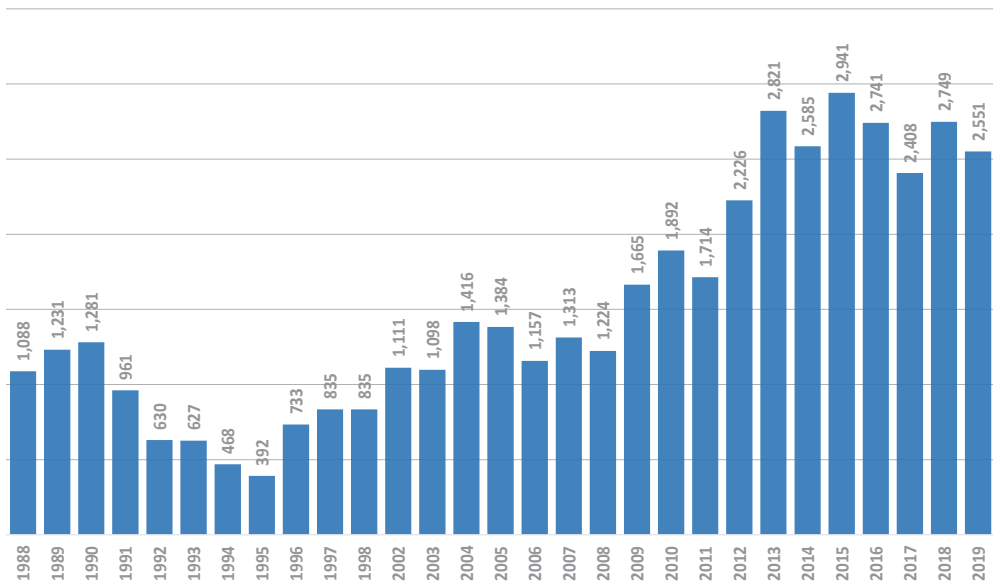
ექიმების რაოდენობის მკვეთრი ზრდა განათლების და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების სრულყოფილ ასინქრონულ მუშაობაზე მიუთითებს. სრული შეუთანხმებლობის კიდევ ერთი უტყუარი ნიშანი ექიმების და ექთნების ფარდობითი რაოდენობის მაჩვენებლების საპირისპირო ნიშნის ტენდენციებია. მიზეზი ძალიან მარტივია: განათლების სისტემაც საბაზრო პრინციპებზე მუშაობს: საზოგადოებაში არის მოთხოვნა ექიმის დიპლომზე და განათლების სისტემაც შესაბამის პროდუქციას აწვდის „ბაზარს“, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულფასოვანი მუშაობისთვის მხოლოდ ექიმების მომზადება წესით არ უნდა იყოს საკმარისი, მაგრამ „ბაზარზე“ ექთნის დიპლომზე მოთხოვნა არაა. საბოლოო ჯამში, დაზარალებული მოსახლეობა რჩება.

აკადობა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთერთი მნიშვნელოვანი მაჩვენებელი მოსახლეობის ავადობის მაჩვენებელია. მოძიებული მონაცემების მიხედვით, ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 2.14-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით. 1992-1998 წლებში ავადობის დაბალი დონე უფრო აღრიცხვის პრობლემურობის შედეგია, ვიდრე მოსახლეობის ჯანმრთელობის.

მოძიებული მონაცემებიდან მნიშვნელოვანი სწორედ 1988-1990 წლებთან შედარებაა, ვინაიდან სწორედ ეს პერიოდი იყო სემაშკოს მოდელის გამართული ფუნქციონირების ბოლო სამი წელი, როდესაც აღრიცხვა-ანგარიშგების სისტემა გამართულად მუშაობდა.

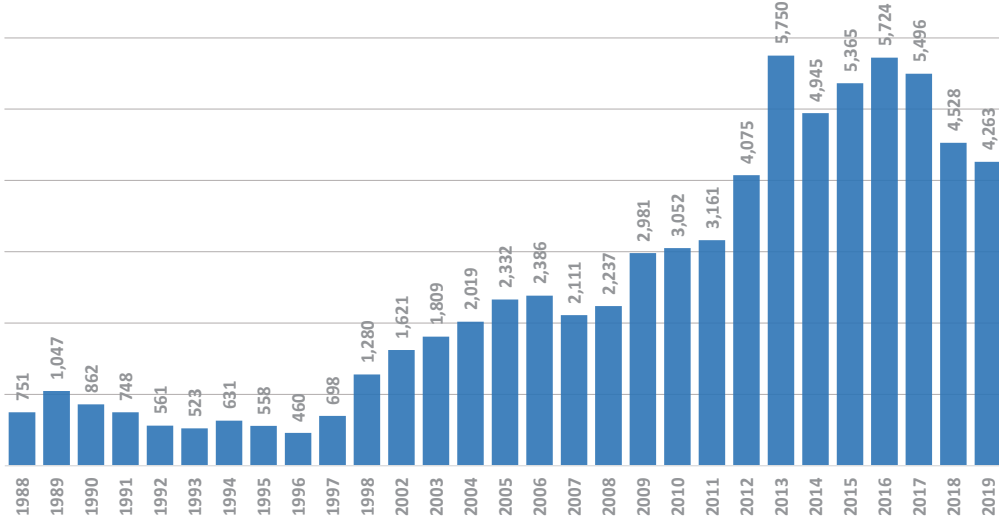
დიაგრამა #7: ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები 100,000 მოსახლეზე გადანგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ.252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

სისხლის მიმოქცევის სისტემის, სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 5.37-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით. 1992-1998 წლებში ავადობის დაბალი დონე უფრო აღრიცხვის პრობლემურობის შედეგია, ვიდრე მოსახლეობის ჯანმრთელობის.

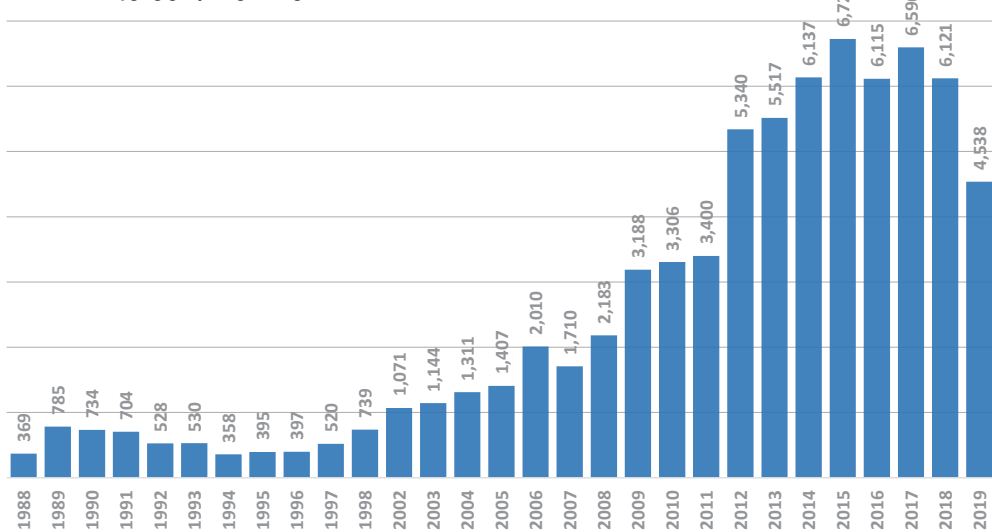
დიაგრამა #8: სისხლის მიმოქცევის სისტემის, სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები 100,000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 9.14-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით. 1992-1998 წლებში ავადობის დაბალი დონე უფრო აღრიცხვის პრობლემურობის შედეგია, ვიდრე მოსახლეობის ჯანმრთელობის.

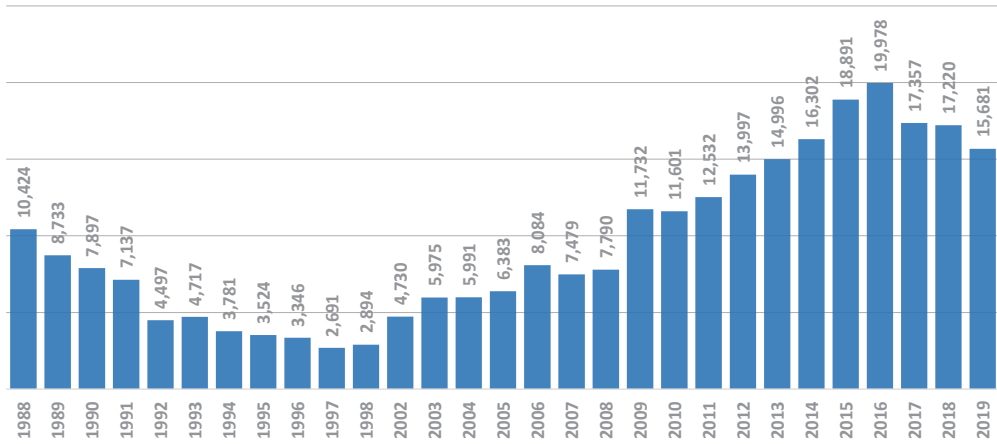
დიაგრამა #9: ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები 100,000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

სასუნთქი გზების დაავადებებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 1.86-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით. 1992-1998 წლებში ავადობის დაბალი დონე უფრო აღრიცხვის პრობლემურობის შედეგია, ვიდრე მოსახლეობის ჯანმრთელობის.

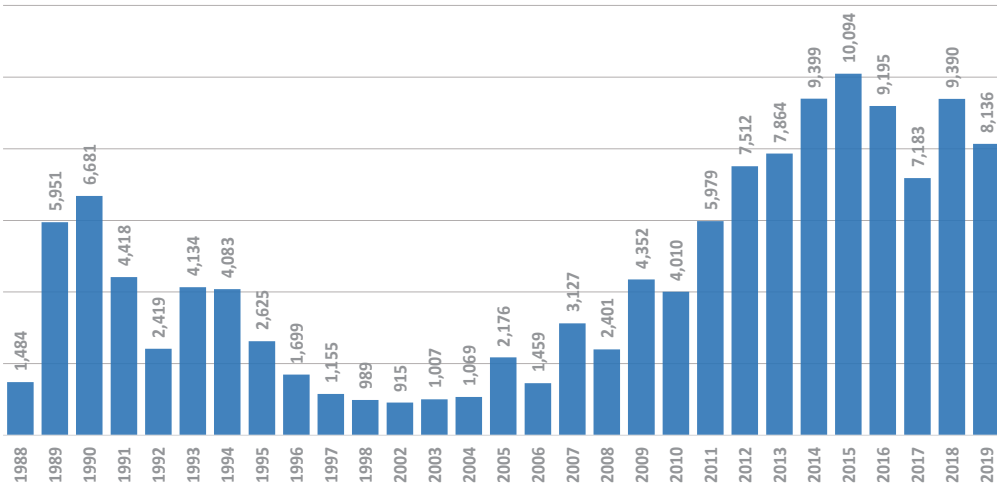
დიაგრამა #10: სასუნთქი გზების დაავადებები 100,000 მოსახლეზე გადანგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველოს ციფრები, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 1.75-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით. 1992-1998 წლებში ავადობის დაბალი დონე უფრო აღრიცხვის პრობლემურობის შედეგია, ვიდრე მოსახლეობის ჯანმრთელობის.

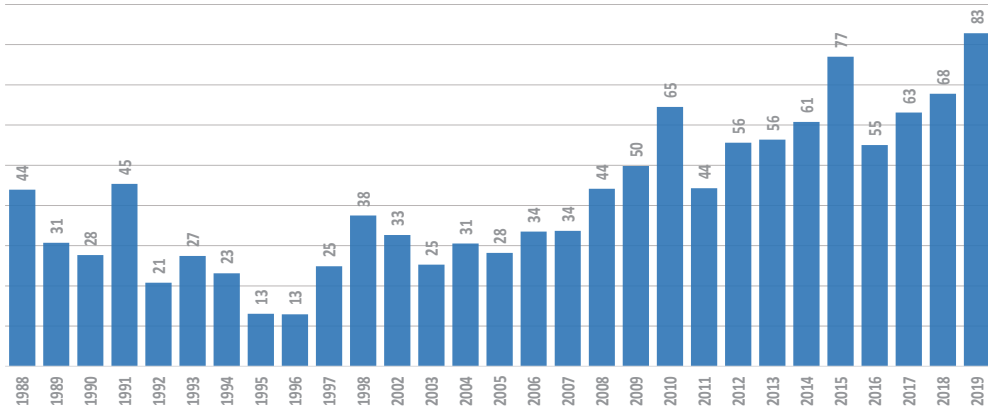
დიაგრამა #11: საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობებით 100,000 მოსახლეზე გადანგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველოს ციფრები, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

თანდაყოლილი ანომალიებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 2.09-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით.

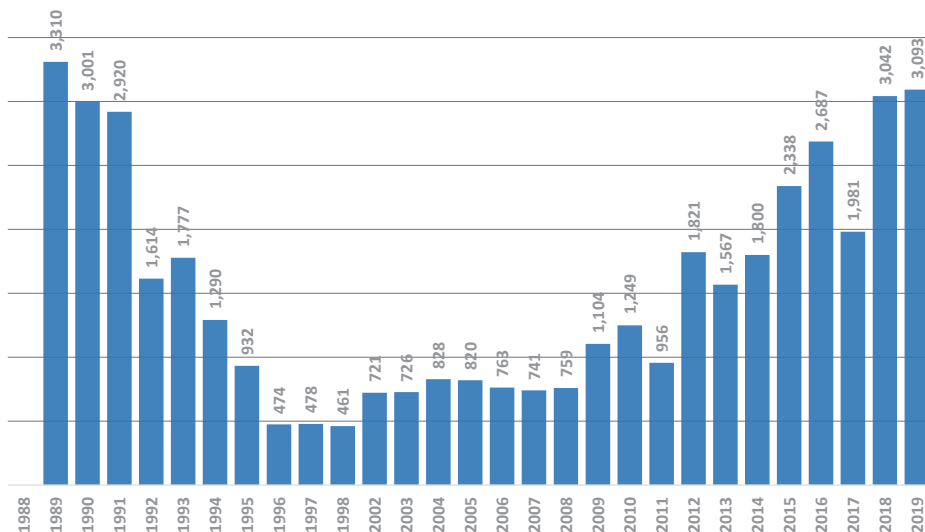
დიაგრამა #12: თანდაყოლილი ანომალიები 100,000 მოსახლეზე გადანაგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО ГССР – 1985 გ., გვ.252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

ტრავმები, მოწამვლები და გარეშე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგებით ავადობა არის ერთადერთი მაჩვენებელი, რომელიც 2017-2019 წლებში 1988-1990 წლებთან შედარებით 14%-ით შემცირებულია. ამ შემცირების ძირითადი მიზეზი, სავარაუდოდ, ისაა, რომ თუ ტრავმა სერიოზული არაა, მოსახლეობა თავს იკავებს ექიმთან მიმართვისაგან, ვინაიდან ეს ხარჯებთანაა დაკავშირებული.

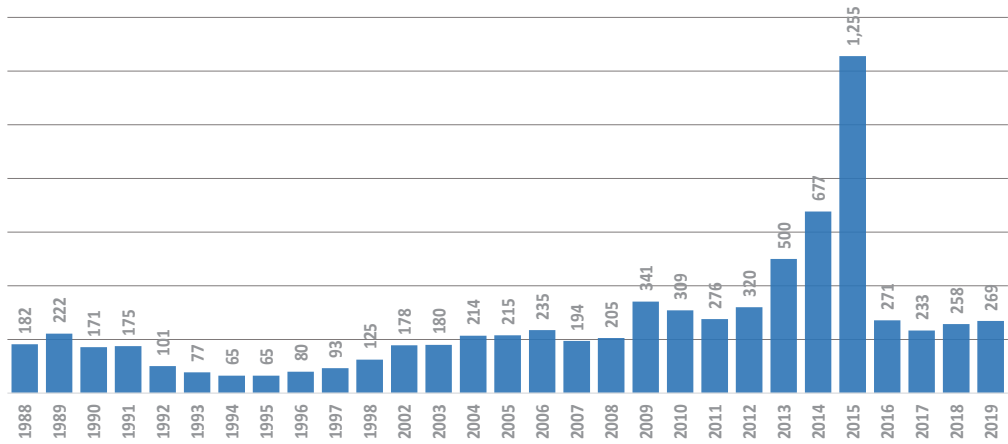
დიაგრამა #13: ტრავმები, მოწამვლები და გარეშე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები 100,000 მოსახლეზე გადანაგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО ГССР – 1985 გ., გვ.252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

სიმსივნეებით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 1.32-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით. 2013-2015 წლებში ავადობის მაჩვენებლის არანორმალურად მკვეთრი ზრდა აღრიცხვა-ანგარიშების პრობლემაა, ვინაიდან, 2016-2019 წლებში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით, სიმსივნეებით ავადობის დონე სრულიად განსხვავებული და რეალურთან ახლოს მყოფია.

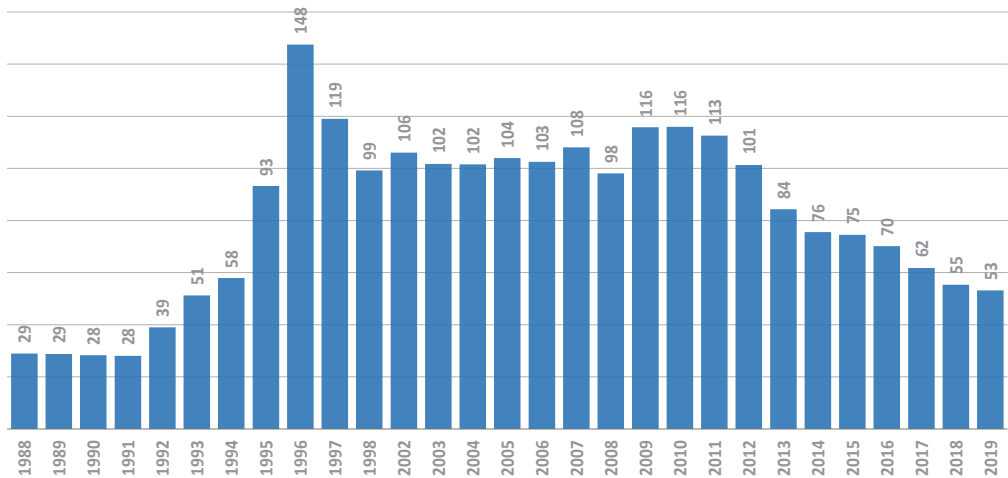
დიაგრამა #14: სიმსივნეები 100,000 მოსახლეზე გადანაგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ.252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებელი 2017-2019 წლებში საშუალოდ 1.98-ჯერ გაზრდილია 1988-1990 წლებთან შედარებით.

დიაგრამა #15: ტუბერკულოზით დაავადება 100,000 მოსახლეზე გადანაგარიშებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР – 1985 г., გვ.252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

საერთო ჯამში, ავადობის საერთო მაჩვენებელი 2016-2019 წლებში 1988-1990 წლებთან შედარებით, 2.33-ჯერ გაზრდილია. ავადობის საერთო მაჩვენებლის მკვეთრ ზრდას სტატისტიკის ეროვნული სამსახური შემდეგი ფაქტორებით ხსნის:

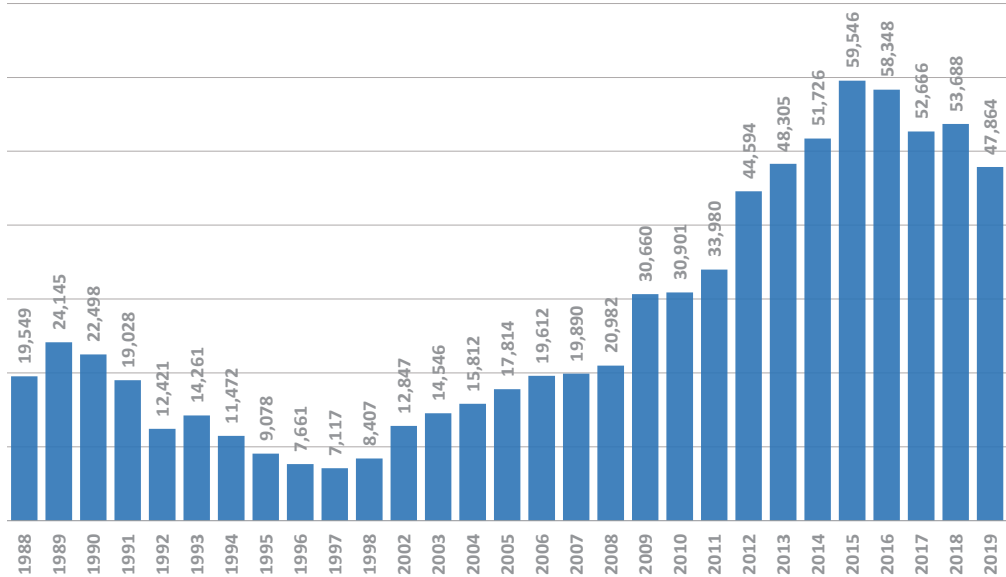
1. რეგისტრაციის გაზრდით (გაუმჯობესებით);
2. ჯანდაცვის სისტემაზე ხელმისაწვდომობისა და მიმართვიანობის გაზრდით;
3. სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებით (გაფართოებით).

მაგრამ ეს არგუმენტები 2002-2019 წლების დროით მწკრივს შეესაბამება. 1988-1990 წლებთან შედარებით, ამ არგუმენტებით ზრდა ვერ აიხსნება, ვინაიდან 1988-1990 წლებში ავადობის აღრიცხვისა და ანგარიშგების სისტემა გამართულად ფუნქციონირებდა. 1988-1990 წლებთან შედარებით ავადობის დონის ზრდა შემდეგი ფაქტორებით შეიძლება აიხსნას:

1. **პრევენციის ნაკლებობით** - 1990 წლამდე მოქმედი სისტემის ერთერთი მთავარი ფოკუსი პრევენცია იყო, რაც დაავადებების ადრეულ სტადიაზე აღმოჩენას და მისი იოლი გზებით პრევენციას ითვალისწინებდა. ჯანმრთელობის დაცვის დღეს არსებული სისტემის პირობებში დაავადებების პრევენცია პრაქტიკულად უგულებელყოფილია და ის ინდივიდუალურ ინიციატივაზეა მინდობილი. თუ როგორია ასეთი მიდგომის შედეგი ამას შემდგომ თავებში განვიხილავთ;
2. **ცალკეული ეგზოგენური ფაქტორებით** - როგორიცაა არაჯანსაღი საკვები, დაბინძურებული ჰაერი და წყალი, ცხოვრების ჯანსაღი წესის იგნორირება და ასე შემდეგ.

შედეგად მივიღეთ ის, რომ ავადობის დონე 2016-2019 წლებში 2.33 არის გაზრდილი 1988-1990 წლებთან შედარებით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ავადობის დონის მაქსიმალური მნიშვნელობა 2015 წელს იყო მიღწეული, როდესაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ნებისმიერ ავადმყოფს მაქსიმალურად „უწევდნენ მომსახურებას“. 2016-2019 წლებში შემოღებული რეგულაციების მეშვეობით, მკურნალობისთვის სახსრების უკონტროლო ხარჯვის შესაძლებლობები შეიზღუდა და რეგისტრირებული ავადობის მაჩვენებელმაც იკლო, მაგრამ ეს უფრო ეპიზოდური ხასიათის შემცირებაა, ვიდრე სისტემური, ვინაიდან სისტემის ორიენტირი უცვლელია და ის მაქსიმალური მოგებაა და არა ჯანმრთელი მოსახლეობა.

დიაგრამა #16: ავადობის საერთო მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე გადანაწილებით



წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНОЕ ХОЗЯЙСТВО СССР - 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

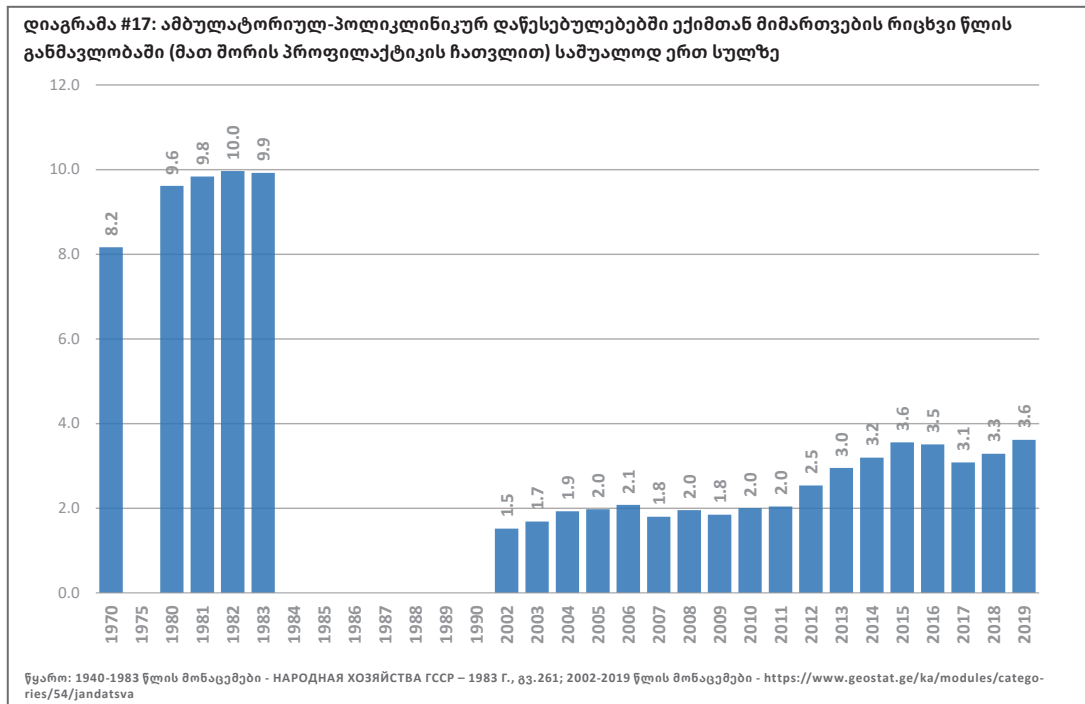
უბილიზაცია

შეღარებისთვის ერთერთი უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში ექიმთან ვიზიტების სიხშირეა, რომელშიც ასევე შედის პროფილაქტიკური მიზნებით ვიზიტებიც. სამწუხაროდ, არც ძველ და არც ახალ მონაცემებში პროფილაქტიკური ვიზიტები ცალკე გამოყოფილი არაა, მაგრამ მოძიებული მონაცემები აშკარად ორ განსხვავებულ ეპოქას წარმოადგენენ. 1970, 1975 და 1980-1983 წლების მონაცემებით, ეს ჯანმრთელობის დაცვის სემამკოს მოდელია, საშუალოდ ერთ სულზე წლის განმავლობაში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებაში ექიმთან 10-ჯერ მიდიოდნენ, ხოლო 2002-2019 წლებში (უკვე დღეს არსებული სისტემა), ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში ექიმთან ვიზიტების საშუალო სიხშირე მზარდია, მაგრამ მისი მაქსიმალური, 2019 წლის მნიშვნელობა 2.4-ჯერ ნაკლებია წინა პერიოდში ყველაზე დაბალ, 1970 წლის მონაცემთა შედარებით, ხოლო 1982 წლის მაჩვენებელზე 2.8-ჯერ დაბალია. უშუალოდ ამ მონაცემებიდან არ ჩანს თუ ვიზიტების რა ნაწილია პროფილაქტიკური ხასიათის, მაგრამ ფაქტი ისაა, რომ ვიზიტების სიხშირის ასეთი ვარდნა, ძირითადად პრევენციის პრაქტიკული გაუქმების ხარჯზე მოხდა.

ვიზიტების სიხშირის შემცირებას, აგრეთვე ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ ექიმთან ვიზიტი ხარჯებთანაა დაკავშირებული და ის მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში ხორციელდება. ამ ვიზიტების უპირატესი შინაარსი კიდე უფრო დიდი დანახარჯების, ჰოსპიტალური მკურნალობის თავიდან აცილებაა. დიდი ალბათობით ამ ვიზიტებში პრევენციის ფაქტორი პრაქტიკულად არ ფიგურირებს.

მოძიებული მონაცემების შედარება თვალნათლივ აჩვენებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორ სრულიად განსხვავებულ მოდელს შორის არსებულ ძირითად განსხვავებას, რაც ჯანმრთე-

ლობის დაცვის სისტემის მოსახლეობასთან კონტაქტის სიხშირის მინიმიზაციაში გამოიხატება. მართალია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეშვეობით 2013-2015 წლებში ვიზიტების სიხშირე გაიზარდა და მაქსიმალური სიხშირე 2017 წლის ვარდნის შემდეგ აღდგა, მაგრამ ამ ვიზიტების შინაარსი არსებითად განსხვავებულია 1980-იანი წლების ვიზიტების შინაარსისაგან.



პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროება 1990 წლამდე პირდაპირ განისაზღვრებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიერ. ძველ სტატისტიკურ ცნობარებში პირდაპირ არის მითითებული თუ რამდენი მოქალაქე იყო მოცული პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევებით და რამდენი მოქალაქე ექვემდებარებოდა პერიოდულ სამედიცინო შემოწმებას. 1990 წლის შემდეგ ასეთი მაჩვენებელი აღარ არის, თუმცა საქართველოს შინამეურნეობების გამოკვლევის ფარგლებში 2011 წლამდე ჩართული იყო ჯანდაცვაზე მისაწვდომობის მოდული კითხვარი „შინდა 09-ს“ ფარგლებში, სადაც კითხვების ერთი ბლოკი პროფილაქტიკურ გამოკვლევებზე მისაწვდომობას გულისხმობდა. პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროების დონე შემდეგი ალგორითმით განვსაზღვრეთ:

კითხვა #31. ჩაიტარეთ თუ არა სრული ან ნაწილობრივი პროფილაქტიკური გამოკვლევა გასულ 12 თვეში?

1. დიახ
2. არა

კითხვა #34. რატომ არ ჩაიტარეთ პროფილაქტიკური გამოკვლევა გასულ 12 თვეში?

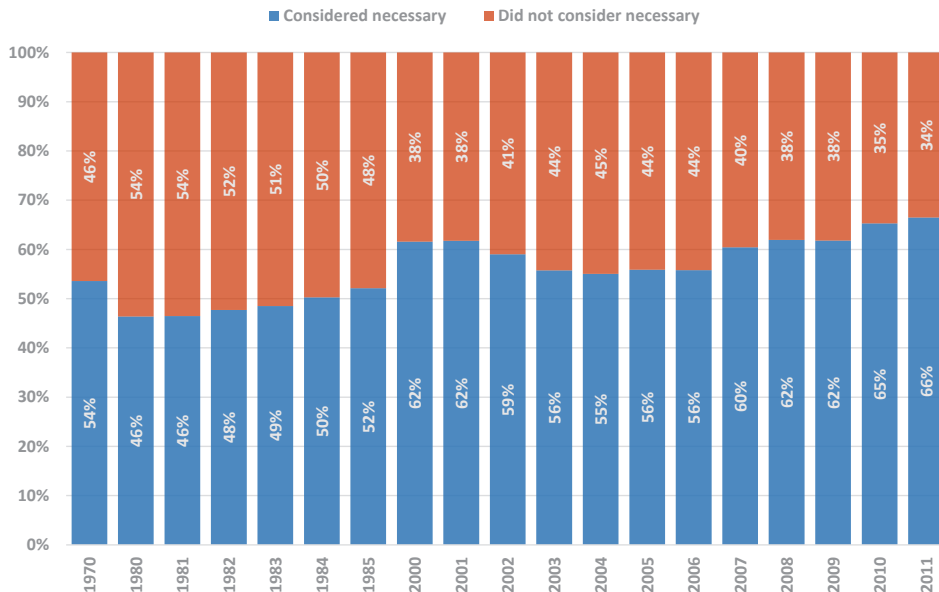
1. უფულობის გამო

2. არ ვიცი, სად ჩავიტარო
3. ვერ მოვიცალე
4. არ ვთვლი საჭიროდ
5. სხვა

პროფილაქტიკური გამოკვლევა საჭიროდ ჩავთვალეთ მათთვის, ვინც ჩაიტარა სრული ან ნაწილობრივი პროფილაქტიკური გამოკვლევა ან არ ჩაუტარებია პროფილაქტიკური გამოკვლევა ყველა სხვა მიზეზის გამო, გარდა 34-ე კითხვაზე მე-4 პასუხისა, როდესაც პროფილაქტიკური გამოკვლევა არ ჩაიტარეს, ვინაიდან ეს საჭიროდ არ მიაჩნდათ.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიერ განსაზღვრული პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევის საჭიროება მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარს შეეხებოდა, ხოლო თვითშეფასებით პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროება მოსახლეობის დაახლოებით 60%-ს. ამდენად, ეს ორი მწკრივი პირდაპირ შედარებადი არაა, მაგრამ პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროების მასშტაბებზე გარკვეულ წარმოდგენას ქმნის.

დიაგრამა #18: მოსახლეობის განაწილება პროფილაქტიკური გამოკვლევის ჩატარების საჭიროების თვითშეფასების მიხედვით

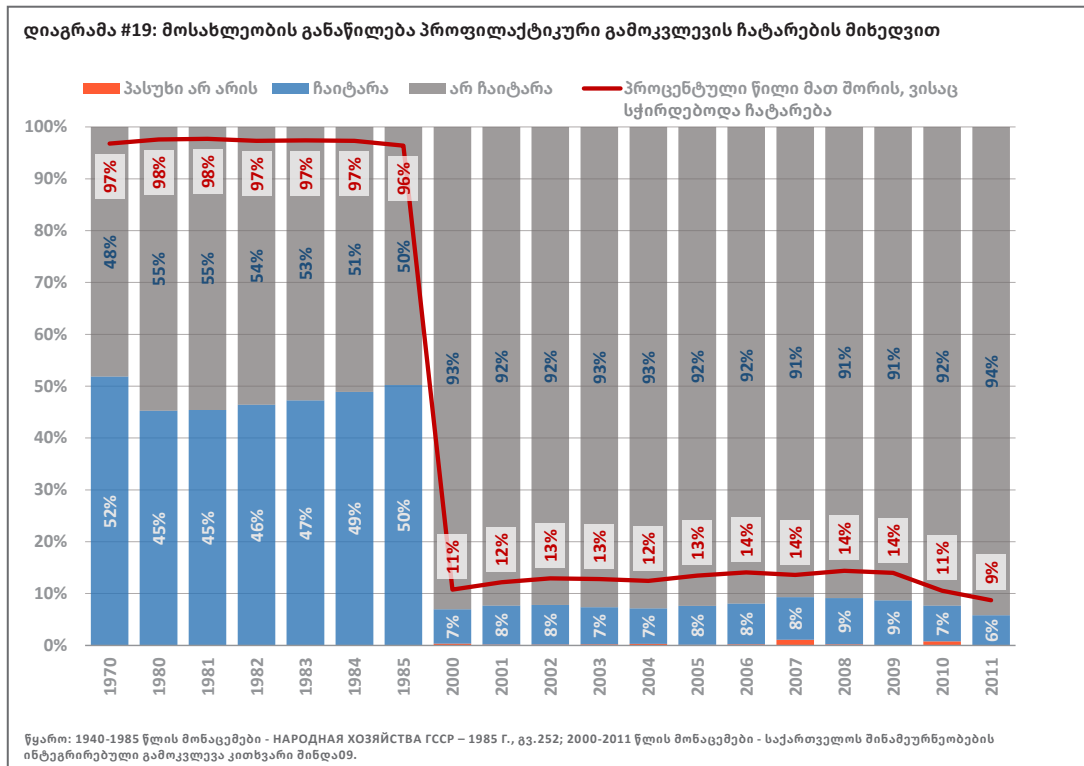


წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНАЯ ХОЗЯЙСТВА СССР - 1985 г., გვ. 252; 2000-2011 წლის მონაცემები - საქართველოს მინამეურნეობების ინტეგრირებული გამოკვლევა კითხვარი მინდა09.

პერიოდული სამედიცინო შემოწმებით შესაბამისი კონტინგენტის, ანუ ვინც პერიოდულ სამედიცინო შემოწმებას საჭიროებდა, მოცვის მაჩვენებელი 96-98% იყო, რაც მთლიანი მოსახლეობის თითქმის ნახევარს შეადგენდა, ხოლო 2000-2011 წლებში იგივე მაჩვენებელი თითქმის 9-ჯერ შემცირდა და 11-13 %-ის დონეზე დაეცა, რაც მთლიანი მოსახლეობის 6-8%-ია. ზემოთ აღვნიშნეთ, რომ ავადობის ზრდის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მიზეზი პრევენციული ჯანდაცვის პრაქტიკული განულებაა და ეს მონაცემები აჩვენებს თუ როგორი მასშტაბისაა ეს მოვლენა. მოვლენა კი ნამდვილად სისტემური მასშტაბისაა და აქ არაა გადამწყვეტი მნიშვნელობის გარემოება, რომ

2011 წლის შემდგომი მონაცემები არ გვაქვს. 2011 წლის შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვაში სისტემური ცვლილება არ მომხდარა.

თუ 1990 წლამდე პროფილაქტიკა და პრევენცია სისტემის ძირითადი ფოკუსი იყო, დღევანდელი სისტემით ეს ინდივიდუალურად გადასაწყვეტი საკითხია და საკმაოდ მნიშვნელოვან ხარჯებთანაა დაკავშირებული, რისთვისაც, როგორც ქვემოთდებარე დიაგრამა გვიჩვენებს, მოსახლეობის მხოლოდ 6-8 % არის მზად.



ზემოთ აღვნიშნეთ, რომ 2000-2011 წლის მონაცემებში პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროების დონე სუბიექტური განწყობების საფუძველზე შეფასდა, რაც უკვე მნიშვნელოვანი პრობლემაა საჭიროების განსაზღვრისათვის. როგორც ასაკობრივ ჯგუფებში მოსახლეობის განაწილება გვიჩვენებს, სუბიექტური შეფასება საკმაოდ მყიფე საფუძველია რეალური საჭიროების შესაფასებლად.

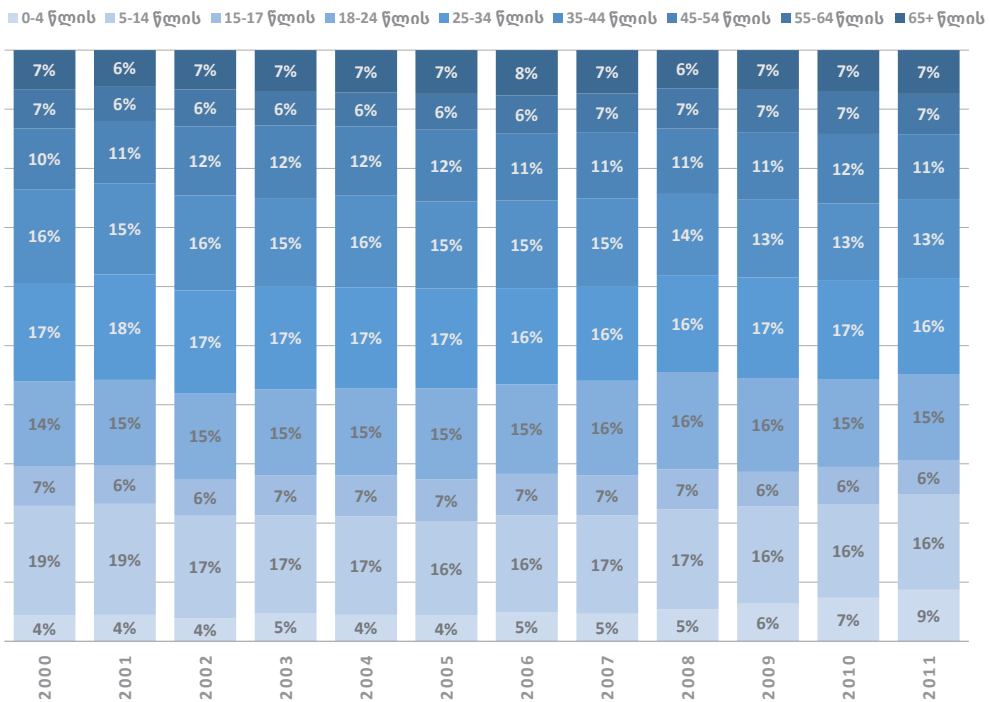
პირველ რიგში, აღსანიშნავია, რომ პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროების უარმყოფელი მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა მთელი საანალიზო პერიოდის მანძილზე თითქმის უცვლელია, თუ მხედველობაში არ ვიდებთ 0-4 წლის ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წონის ზრდის ტენდენციას.

განაწილების მიხედვით, მოსახლეობის დაახლოებით 22%, რომლის პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროებაც არაა 5-17 წლის ასაკისა. 1990 წლამდე პერიოდში სასკოლო ასაკის მოსახლეობა აუცილებელი პროფილაქტიკური სამედიცინო დაკვირვების ქვეშ იყო.

მოსახლეობის დაახლოებით 40 % 25-54 წლის იყო, ხოლო ამ ასაკის მოსახლეობა სავალდებულო პროფილაქტიკური გამოკვლევით ნაკლებად იყოს მოცული.

ამდენად, თვითშეფასებით განსაზღვრული პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროების დონე მასშტაბის მიხედვით შეიძლება შესაღარი 1990 წლამდე პერიოდის პროფილაქტიკური გამოკვლევის საჭიროების დონესთან, მაგრამ როგორც ასაკობრივი განაწილება გვიჩვენებს შინაარსობრივად ეს ორი აბსოლუტურად მსგავსი კონტინგენტი არაა, თუმცა შედარებისთვის ამას გადაწყვეტი მნიშვნელობა არ აქვს.

დიაგრამა #20: მოსახლეობის, რომელსაც პროფილაქტიკური გამოკვლევის ჩატარება საჭიროდ არ მიაჩნია, განაწილება ასაკობრივ ჯგუფებში



წყარო: საქართველოს შინაგარეულობის ინტეგრირებული გამოკვლევა კითხვარი შინდა 09.

საერთო ჯამში, პროფილაქტიკური გამოკვლევით მოსახლეობის მოცვა 1990 წლამდე პერიოდთან შედარებით 9-ჯერ არის შემცირებული და ეს არის 90-იან წლებში დაწყებული პროცესების ყველაზე მნიშვნელოვანი და სისტემური შედეგი, რომელიც დაავადებათა პრევენციის და პროფილაქტიკური ჯანდაცვის სრული დემონტაჟის მაჩვენებელია.

პროფილაქტიკისა და პრევენციის სრული იგნორირება ავადობის დონის 2.3 ჯერადი ზრდის მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი ფაქტორია. ამდენად, ჯანმრთელობის დაცვის საბაზრო პრინციპებზე გადასვლის ერთერთი ყველაზე მძიმე შედეგი, სწორედ, პრევენცია-პროფილაქტიკის სრული მოშლაა.

შედეგი მძიმეა, თუმცა სრულიად ლოგიკური. პრევენცია-პროფილაქტიკა ბიზნესის თვალსაზრისით საინტერესო არაა, ვინაიდან ეს, ერთი მხრივ, ნაკლებად მომგებიანია, ხოლო მეორე მხრივ დაავადებების პრევენცია-პროფილაქტიკა სამედიცინო „ბიზნესის“ მომავალი შემოსავლების პრევენცია-პროფილაქტიკაცაა.

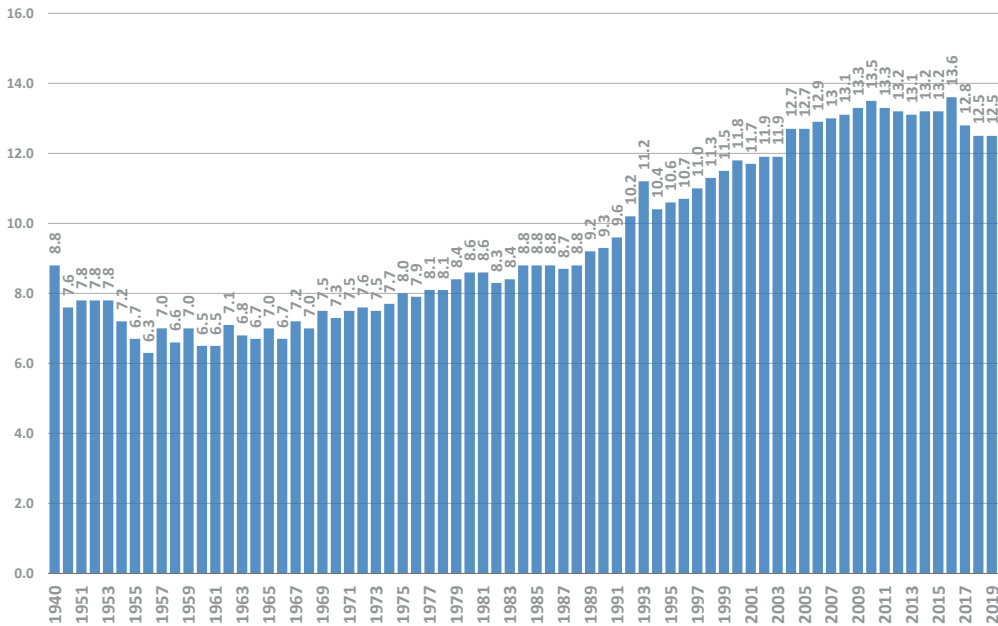
მოკვდაობა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მუშაობის ერთერთი მთავარი შედეგი მოკვდაობის დონის დაბალი მაჩვენებელია. მოკვდაობის დონეს მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გამართული ან გაუმართავი მუშაობა არ განსაზღვრავს, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ზეგავლენა ამ მაჩვენებელზე ერთერთი გადამწყვეტი ფაქტორია.

მოძიებული მონაცემების მიხედვით, საქართველოში მოკვდაობის დონე 1000 სულზე გადაანგარიშებით ყველაზე დაბალი 1956 წელს იყო - 6.3 პრომილი. ამის შემდეგ, მოკვდაობის დონის მაჩვენებელმა ზრდა დაიწყო და 80-იან წლებში სტაბილურად 8.4-8.8 პრომილის დიაპაზონში იმყოფებოდა. აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მოკვდაობის ძალიან დაბალი დონე გასული საუკუნის 50-60-იან წლებში მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის დამსახურება არ ყოფილა. ამ პერიოდში მოკვდაობის დაბალი დონე ძირითადად მაინც 1941-1945 წლების შედეგია, რომელსაც 1919-1923 წლებში დაბადებულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი შეეწირა. შობადობისა და მოკვდაობის დონის მაჩვენებლების ხანგრძლივ დროით მწკრივებზე თვალნათლივ ჩანს მეორე მსოფლიო ომის ზეგავლენა. მოძიებული მონაცემების მიხედვით, 1992-1993 წლებს ნახტომისებური ზრდის შემდეგ მოკვდაობის დონის მაჩვენებელი 2016 წლამდე მუდმივად მზარდი იყო. 1995-2016 წლებიდან აღსანიშნავია მოკვდაობის დონის ნახტომისებური ზრდა 2004 და 2016 წლებში. 2017-2019 წლებში მოკვდაობის დონის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა, რაც, დიდი ალბათობით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დამსახურებაა, მაგრამ 2020 წელს მაჩვენებელი კვლავ დაუბრუნდა 2016 წლის დონეს, რაც ეპიდემიის დამსახურებაა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის 1990 წლამდე მოდელისთვის დამახასიათებელ მოკვდაობის დონედ 80-იანი წლების მაჩვენებლები შეიძლება ჩავთვალოთ.

დიაგრამა #21: მოკვდაობის კოეფიციენტი (1000 სულზე)



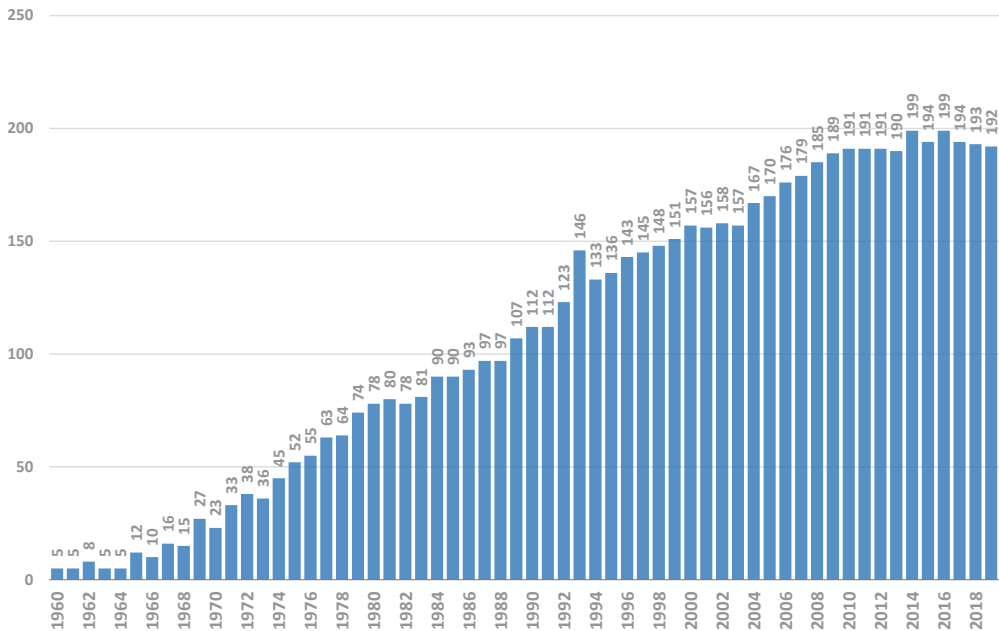
წყარო: 1940-1985 წლის მონაცემები - НАРОДНАЯ ХОЗЯЙСТВА СССР – 1985 г., გვ. 252; 1986-1990 წლის მონაცემები - საქართველო ციფრებში, 1990, გვ. 71; 2002-2019 წლის მონაცემები - <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>

საქართველოს მაჩვენებლების დროით მწკრივებთან ერთად, ასევე, მნიშვნელოვანია მოკვდაობის დონის მაჩვენებლის მიხედვით მსოფლიოში საქართველოს ადგილი. მსოფლიო ბანკის მონაცემთა ბაზაში მოიპოვება მაჩვენებელი Death rate, crude (per 1,000 people), სადაც სხვა ქვეყნებთან ერთად საქართველოს მონაცემებიც არის. მონაცემები 1960-2019 წლების პერიოდს მოიცავს, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მსოფლიო ბანკის მონაცემთა ბაზაში არსებული საქართველოში მოკვდაობის დონის მაჩვენებლები განსხვავებულია სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ მოწოდებული შესაბამისი პერიოდის მაჩვენებლებისაგან. ამიტომაც, რანჟირების დროს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ მოწოდებული მონაცემები გამოვიყენეთ.

ამ მონაცემების თანახმად, მოკვდაობის დაბალი დონის მიხედვით 1960-1995 წლების პერიოდის დასაწყისში საქართველო მსოფლიოს პირველ ათეულში შედიოდა. 60-იანი წლების შემდეგ საქართველოში მოკვდაობის მაჩვენებელმა ზრდა დაიწყო და შესაბამისად, საქართველოს პოზიცია გაუარესდა. თუმცა, კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ 60-იანი წლების დასაწყისის მოკვდაობის მაჩვენებლის დაბალი მნიშვნელობის მთავარი განმსაზღვრელი ომის ფაქტორი იყო. 70-80-იან წლებში საქართველოში მოკვდაობის დონის მაჩვენებელი დასტაბილურდა და 80-იან წლებში ამ მაჩვენებლის მიხედვით საქართველო მე-80 – 90-ე პოზიციაზე იყო.

საქართველოს პოზიციამ არსებითი გაუარესება 1990 წლიდან დაიწყო და 2010 წელს საქართველო მოკვდაობის დონის მიხედვით უკვე 191-ე იყო მსოფლიოს 216 ქვეყანას შორის. 2014 წლის შემდეგ საქართველო სტაბილურად 190-ე – მე-200 პოზიციაზე იმყოფება, რაც საქართველოში მოკვდაობის სტაბილურად მაღალ მაჩვენებელზე მეტყველებს.

დიაგრამა #22: 216 ქვეყანას შორის მოკვდაობის დონის მიხედვით რანჟირებაში საქართველოს ადგილის წლიური დინამიკა. მოკვდაობის დონის მსოფლიო ბანკის მონაცემების მიხედვით



წყარო: მსოფლიო ბანკი: <https://data.worldbank.org/>

საერთო დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში მოკვდაობის დონის მაჩვენებლის დინამიკა მორსაა ოპტიმალურისგან. უფრო მეტიც, საქართველოში მოკვდაობის დონის დინამიკის ტენდენცია შეიძლება შეფასდეს, როგორც საგანგაშო.

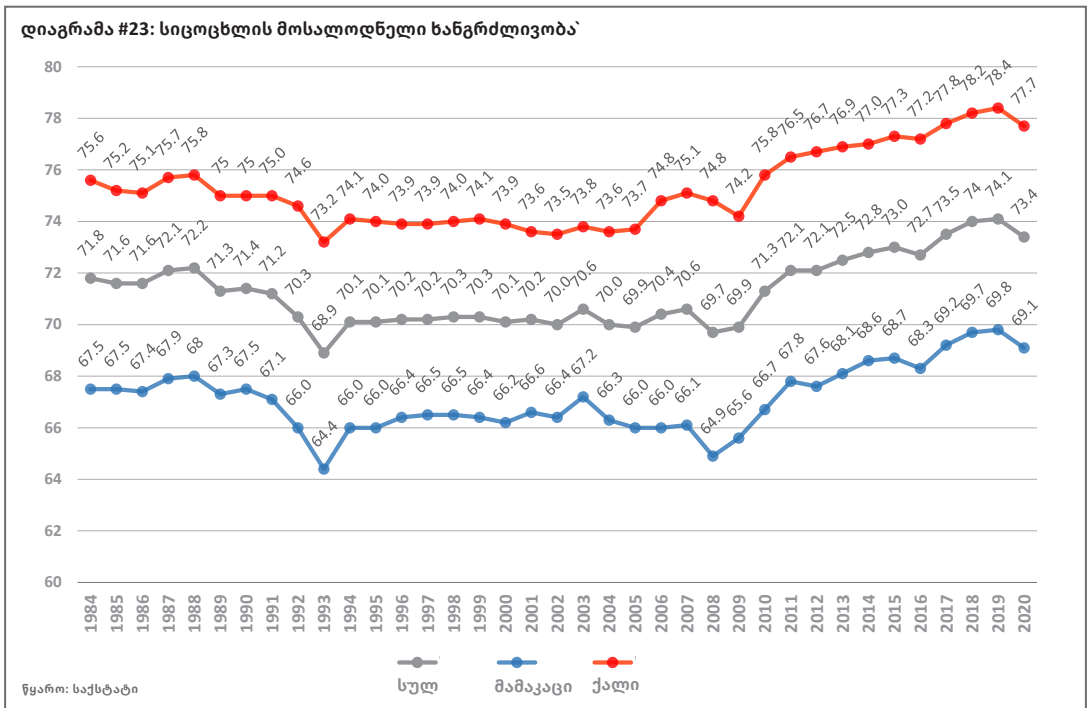
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არაა ერთადერთი ფაქტორი, რომელიც მოკვდაობის დონის მაჩვენებლის საგანგაშო დინამიკას განსაზღვრავს, მაგრამ ის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. მოკვდაობის მაღალი დონის მიზეზი რამდენიმეა, მათ შორის, მოსახლეობის დაბერება, არა-ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება, უსაფრთხო საკვებზე მისაწვდომობა, მუდმივად უარყოფითი საღდოს მქონე მიგრაციული პროცესები, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის დღეს არსებული მოდელი რომ მოკვდაობის დაბალ დონეს ვერ უზრუნველყოფს ეს ფაქტია. მოკვდაობის დონის ზრდას ხელს უწყობს ავადობის საერთო მაჩვენებლის ზრდა.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა

ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელი დაბადებიდან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელია. როგორც საქსტატის მონაცემებიდან ჩანს, ბოლო ოთხი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელი თითქმის უცვლელია. აღსანიშნავია, მაჩვენებლების 1993 და 2008 წლის ჩავარდნები, რაც ომების შედეგად მოხდა. ასევე, აღსანიშნავია, 2011-2019 წლების შედარებით მაღალი ზრდის ტემპი.

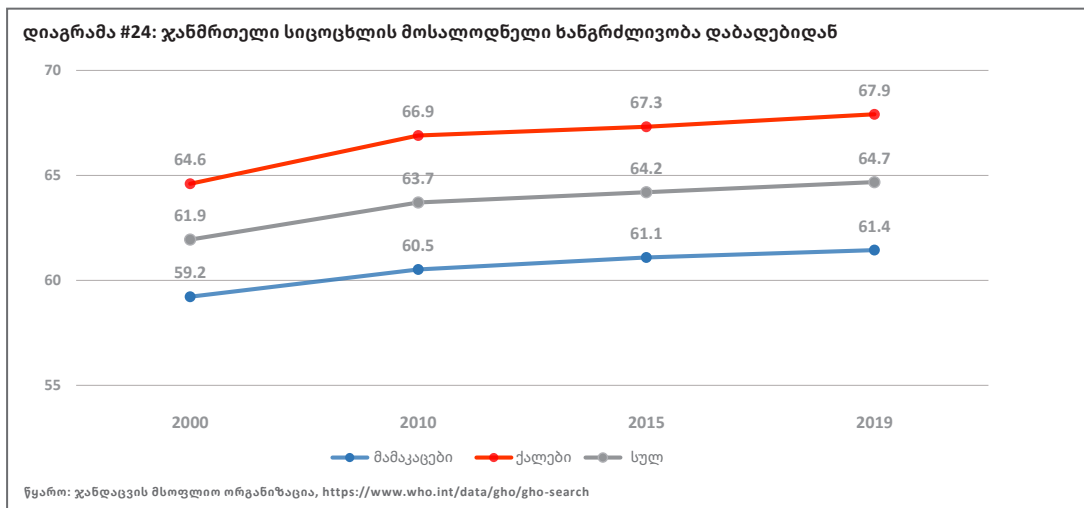
2020 წელს სიცოცხლის მოსალოდნელი მაჩვენებელი 2019 წელთან შედარებით 0.7 წლით შემცირდა, რაც 2020 წელს გაზრდილი მოკვდაობის დონის, ანუ ამ მაჩვენებლის ზრდის მიზეზის, პანდემიის შედეგია.

1984-2020 წლებში დაბადებიდან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მნიშვნელობა მაქსიმალური 2019 წელს იყო და ის საშუალოდ 74.1 წელს შეადგენდა. მამაკაცების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 69.7 წელი იყო, ხოლო ქალების 78.4 წელი.



სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობაზე კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი მაჩვენებელი დაბადებიდან ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელია (Healthy life expectancy (HALE) at birth). სამწუხაროდ, ეს მაჩვენებელი 1990 წლამდე პერიოდისათვის არ მოიძებნება. 1990 წლის შემდგომი პერიოდისთვის მაჩვენებელი ყველა წლისთვის არაა გაანგარიშებული. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით 2019 წელს საქართველოში დაბადებიდან ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 64.7 წელი იყო. 2019 წელს არსებული პირობების მიხედვით მამაკაცები დაბადებიდან ჯანმრთელად 61.4 წელს იცოცხლებდნენ, ხოლო ქალები – 67.9 წელს.

საერთო ჯამში, დაბადებიდან მოსალოდნელი ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი 2000 წელთან შედარებით 2.8 წლითაა გაზრდილი, რაც საკმაოდ არსებითი ზრდაა. სამწუხაროა, რომ ეს მაჩვენებელი 1990 წლამდე პერიოდისათვის არ მოიპოვება და ორი რადიკალურად განსხვავებული პერიოდის შედარება შეუძლებელია. მოცემული დინამიკა ერთი და იმავე სისტემის ფარგლებში მაჩვენებლის ცვლილებას ასახავს, მაგრამ არავითარ წარმოდგენას არ იძლევა ეპოქალურად განსხვავებულ პერიოდზე, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა სრულიად განსხვავებულ პრინციპებზე იყო აგებული.



საერთო ჯამში, შეიძლება დავასკვნათ, რომ დაბადებიდან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა მიმდინარე საუკუნის ბოლო ათწლეულში გასული საუკუნის 80-იან წლებთან შედარებით 1.1 წლით, ანუ 1.6%-ით გაიზარდა. მაშაყაყების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 1.3 წლით ანუ 1.8%-ით არის გაზრდილი, ხოლო ქალების – 2.0 წლით, ანუ 2.9%-ით. ალბათ არ იქნება მართებული, თუ ვიტყვით, რომ დაბადებიდან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეცვლის შედეგია. შესაძარ პერიოდებს შორის საკმაოდ დიდი დროა გასული, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ ხნის განმავლობაში მიღწეული სამეცნიერო და ტექნიკური პროგრესის დადებითი ზეგავლენა უდავოდ უნდა გავითვალისწინოთ. მაგალითად: თუ 40 წლის წინ მუნიციპლების ოპერაცია ფანტასტიკის სფერო იყო, ახლა ეს ყოველდღიური მოვლენაა. აქედან გამომდინარე, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებლის ცვლილება შეიძლება შევაფასოთ, როგორც უმნიშვნელო. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ როგორც გასული საუკუნის 80-იანი წლები, ისე მიმდინარე საუკუნის მეორე ათწლეული სამხედრო სტაბილურობის თვალსაზრისით შედარებადი.

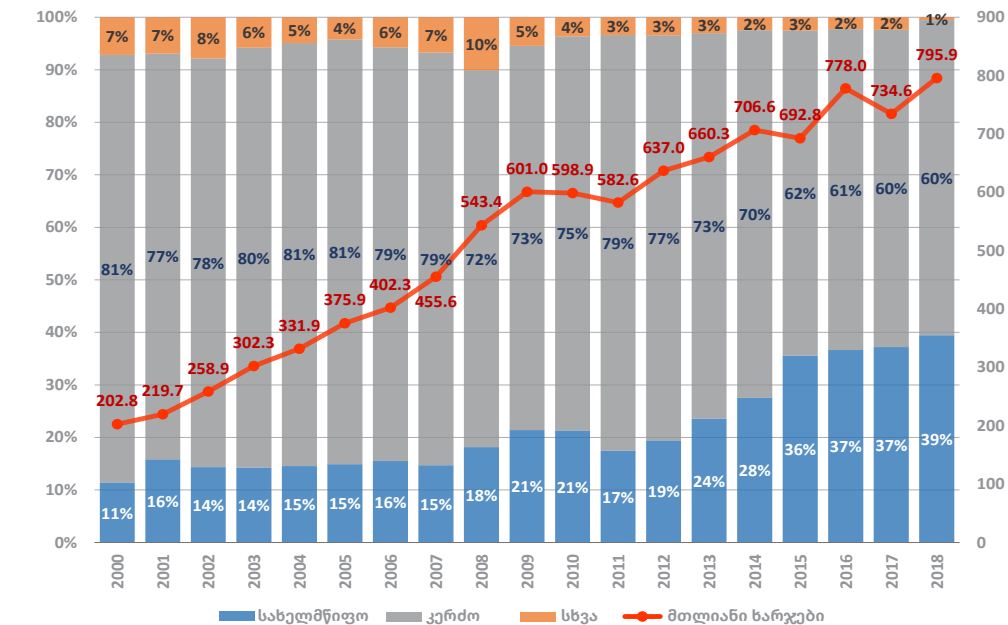
აღსანიშნავია ისიც, რომ დაბადებიდან ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა სიცოცხლის მთლიან ხანგრძლივობასთან მიმართებაში კლებადი ხვედრითი წონითაა წარმოდგენილი. 2000 წელს საქართველოს საშუალო სტატისტიკური მოქალაქის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებიდან 70.1 წელი იყო, საიდანაც ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 61.9 წელი იყო. ეს ნიშნავს, რომ საშუალო სტატისტიკური მოქალაქე თავისი სიცოცხლის 88.4%-ს ჯანმრთელად იცხოვრებდა. 2010 წელს ჯანმრთელი სიცოცხლის ხვედრითი წონა 89.4%-ამდე გაიზარდა, ხოლო 2015 წელს 88.7%-მდე. აღსანიშნავია, რომ 2019 წელს 88.3%-ამდე შემცირდა. ზემოთ აღვნიშნეთ, რომ 2000 წლის შემდგომი დროითი მწკრივები ერთსა და იმავე სისტემაში მაჩვენებლების ცვლილებას აღნიშნავს და ჩვენი ამოცანისთვის ნაკლებად საინტერესოა, მაგრამ მნიშვნელოვანი თვითონ ის ფაქტია, რომ ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შემცირებადი ხვედრითი წონა პოზიტიური ტენდენცია ნამდვილად არაა. ამდენად 40 წლის განმავლობაში დაგროვებული სამეცნიერო და ტექნიკური პროგრესის ფონზე სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის უმნიშვნელო ზრდა და ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ხვედრითი წონის შემცირება ნამდვილად არ მეტყველებს ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემის სასარგებლოდ.

სახელმწიფო ხარჯები

ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების ანალიზი წინამდებარე კვლევისათვის პირველადი მნიშვნელობის ამოცანა არაა. წინამდებარე კვლევაში ვცდილობთ ვუპასუხოთ კითხვას თუ რა შედეგი მოიტანა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საბაზრო პრინციპებზე გადასვლამ. ანუ რა მოყვა შედეგად ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ეგზისტენციალური, საყოველთაო პრივილეგიის რანგიდან ჩვეულებრივი მომსახურების რანგში გადაყვანას. სრულიად ბუნებრივად მიგვაჩნია ის გარემოება, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯები, როგორც სახელმწიფოს, ისე მოქალაქეების მხრიდან, განუხრელად მზარდი იქნება, ვინაიდან ეს ხარჯები ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების „მიმწოდებლების“ მოგებაა, რაც შემცირებას ნაკლებად ექვემდებარება. ანალიზისთვის გამოყენებულია მსოფლიო ბანკის მონაცემთა ბაზიდან აღებული მაჩვენებლები, სადაც ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯები მოცემულია არა ლარებში არამედ მიმდინარე საერთაშორისო აშშ დოლარებში მსყიდველუნარიანობის პარიტეტის გათვალისწინებით. ასეთი მიდგომა გამოყენებულია საერთაშორისო შედარების შესაძლებლობის მიზნით. ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების ნომინალური მოცულობა არსებითი არაა, უფრო მნიშვნელოვანი ტენდენციებია.

მოძიებული მონაცემების მიხედვით, საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯები 2000 წლიდან მოყოლებული განუწყვეტლივ იზრდება. დანახარჯების სტრუქტურა დადგინდა განსაკუთრებით აღსანიშნავი 2013-2018 წლებში სახელმწიფოს მიერ გაწეული დანახარჯების მზარდი ხვედრითი წონაა. 2018 წელს ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯებიდან 39% სახელმწიფოს, ხოლო 60% კერძო წყაროების წილად მოდიოდა. კერძო წყაროები მოიცავს როგორც სადაზღვევო კომპანიებს, ისე მოქალაქეების მიერ გაწეულ დანახარჯებს.

დიაგრამა #25: ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების სტრუქტურა და დინამიკა (მიმდინარე საერთაშორისო აშშ დოლარის მსყიდველუნარიანობის პარიტეტით, ერთ სულზე)

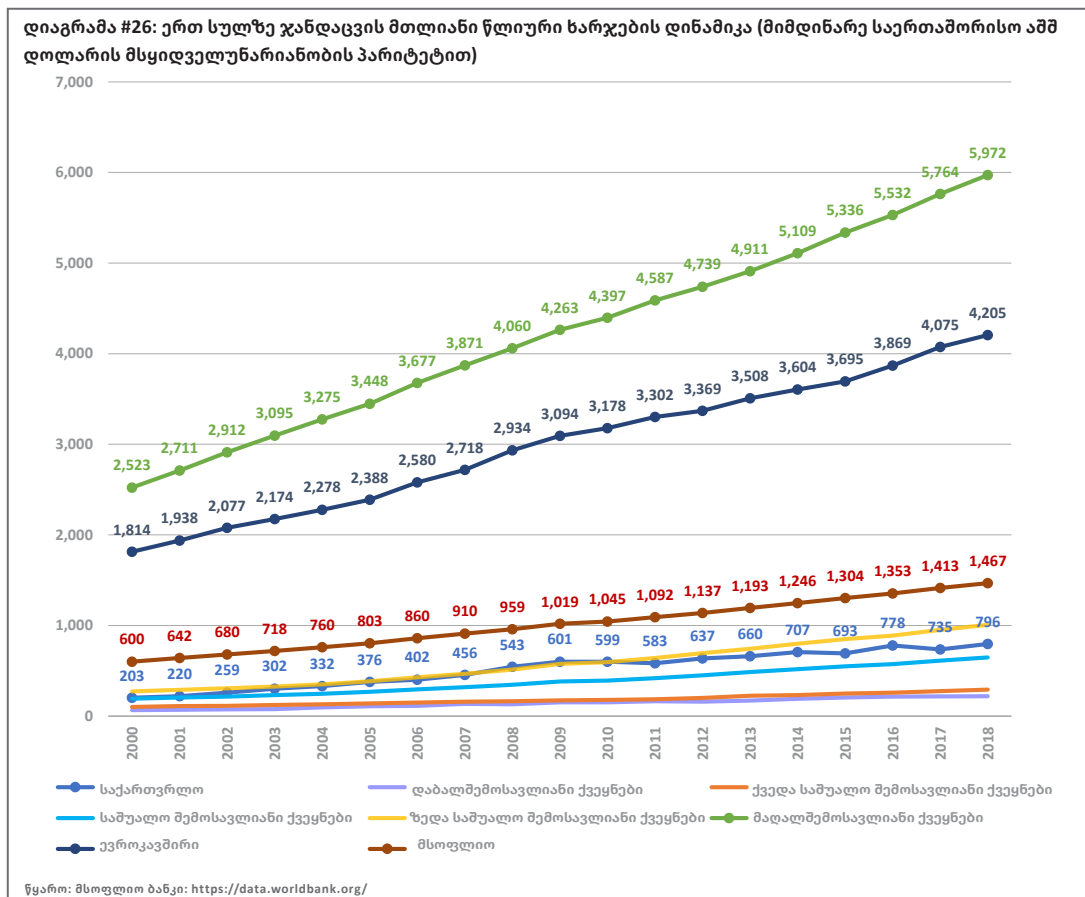


წყარო: მსოფლიო ბანკი: <https://data.worldbank.org/>

გაწეული დანახარჯების მიხედვით საქართველო ყველაზე უფრო ახლოს საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნების ზედა ჯგუფთან იმყოფება. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე ერთ სულზე მთლიანი ხარჯების დინამიკა სწორედ ამ ჯგუფის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლის დინამიკას თითქმის ზუსტად იმეორებს.

სხვადასხვა ჯგუფის ქვეყნების და მსოფლიოს საშუალო მაჩვენებლის დინამიკიდან, აღსანიშნავია, მთლიანი დანახარჯების განუხრელი ზრდის ტენდენცია. ასევე, საყურადღებოა ის გარემოება, რომ მსოფლიოს საშუალო მაჩვენებელი, როგორც წესი, არსებითად აღემატება ყველა ჯგუფის საშუალო მაჩვენებელს და ამ განსხვავებას ცალსახად მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების შეუდარებლად მაღალი დონე განსაზღვრავს. მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელზე რამდენადმე დაბალია, თუმცა მსოფლიო საშუალო მაჩვენებელზე ჯერადობით მაღალია ევროკავშირის ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების დონე.

ამდენად, ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯები ქვეყნის განვითარების ერთერთი მნიშვნელოვანი დისკრიმინანტია. ხარჯებს შორის არსებული ასეთი თვალსაჩინო განსხვავება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ეფუძნებალურობის ერთ-ერთ არგუმენტადაც შეიძლება განვიხილოთ.

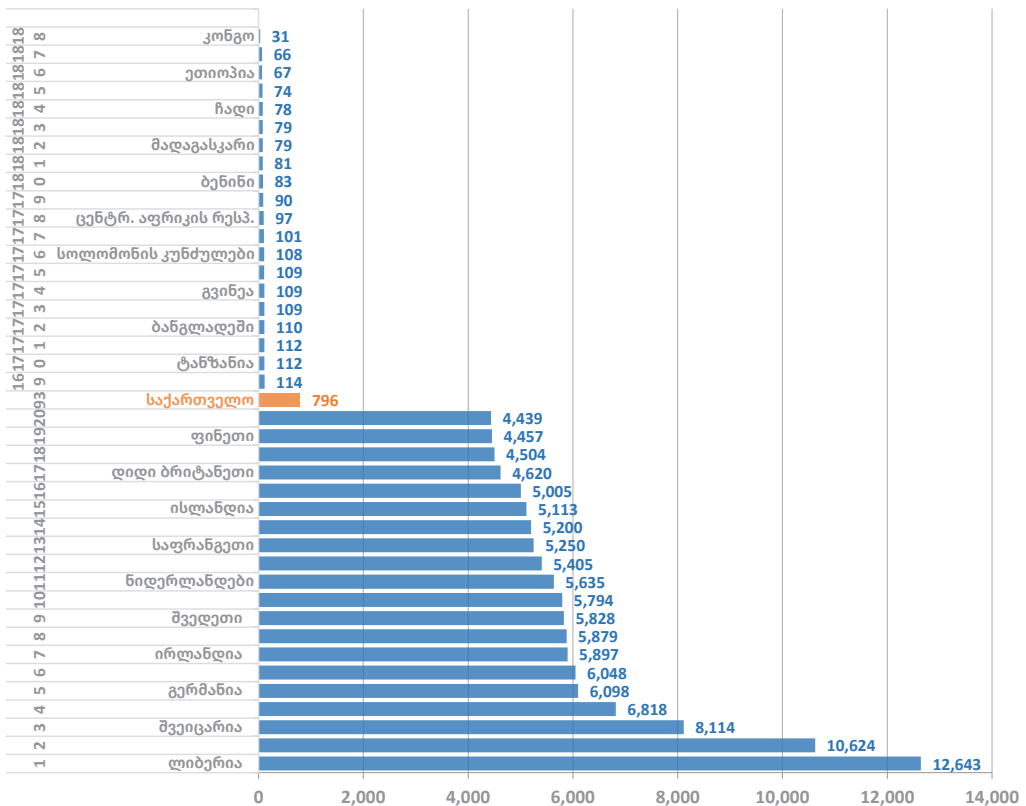


ერთ სულზე ჯანმრთელობის დაცვის მთლიანი დანახარჯების დონით 2018 წლის მონაცემებით საქართველო 188 ქვეყნიდან 93-ე ადგილზე იმყოფებოდა.

2018 წლის მონაცემებით, ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების მიხედვით პირველ ადგილზე ლიბერია იყო, სადაც წელიწადში ერთ სულზე გადაანგარიშებით ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული მსყიდველუნარიანობის პარიტეტით 12,643 საერთაშორისო აშშ დოლარი დაიხარჯა. მეორე პოზიციას აშშ იკავებდა 10.624 აშშ დოლარით. პირველი ოცეულის ბოლო პოზიციაზე სინგაპური იყო 4,439 აშშ დოლარით.

განსაკუთრებით სავალალო ამ ჩამონათვალის ბოლო ოცეულია, რომლის სათავეშიც, წელიწადში ერთ სულზე 114 აშშ დოლარი სამედიცინო ხარჯით, სამხრეთ სუდანია, ხოლო ბოლო ადგილზე, 31 აშშ დოლარით, კონგო. მდგომარეობა კიდევ უფრო სავალალოა თუ გავითვალისწინებთ, რომ მონაცემები მიმდინარე საერთაშორისო აშშ დოლარებშია მოცემული მსყიდველუნარიანობის პარიტეტის გათვალისწინებით, რაც არსებითად განსხვავდება გაცვლითი კურსით აშშ დოლარისაგან და ეს განსხვავება დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, როგორც წესი, აშშ დოლარის სასარგებლოდაა.

დიაგრამა #27: 2018 წელს ჯანმრთელობის დაცვაზე მთლიანი ხარჯების მიხედვით 188 ქვეყნიდან პირველი და ბოლო ოცეული და საქართველო (მიმდინარე საერთაშორისო აშშ დოლარის მსყიდველუნარიანობის პარიტეტით)



წყარო: მსოფლიო ბანკი: <https://data.worldbank.org/>

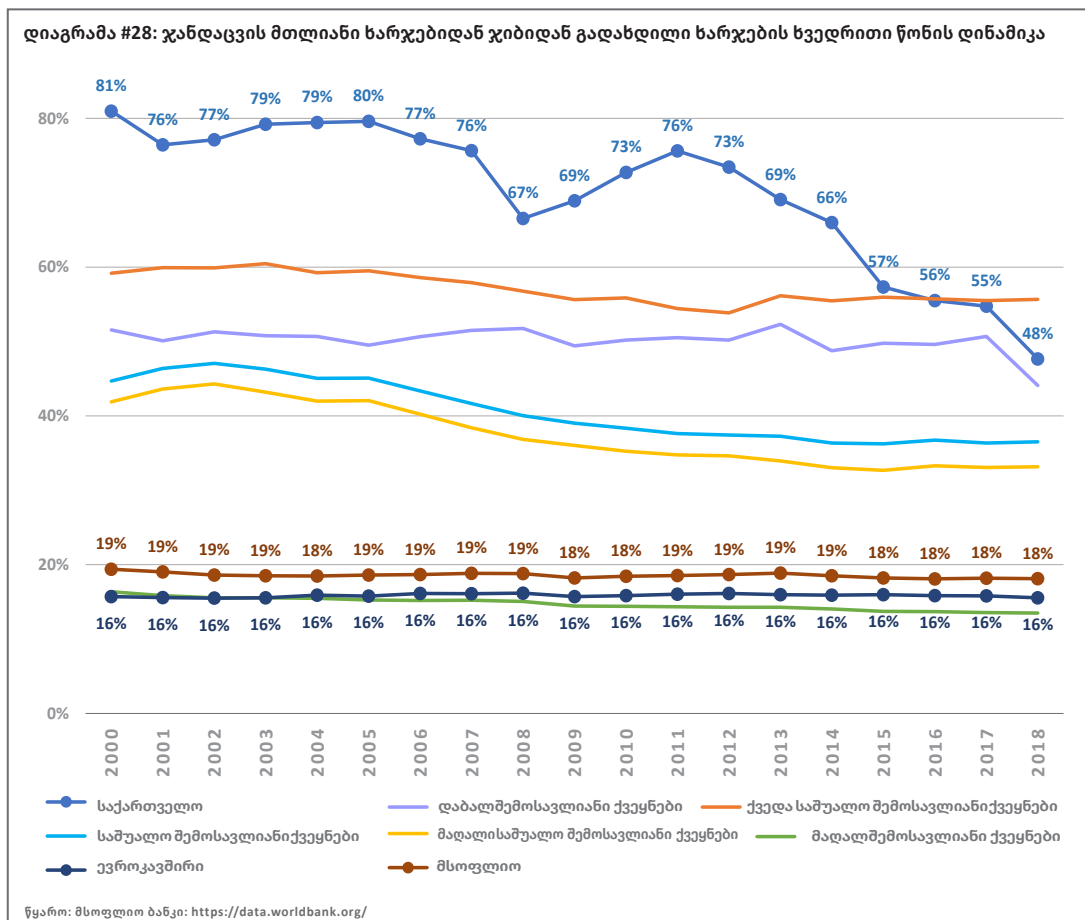
მოსახლეობის ხარჯები

ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების ერთერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების ხვედრითი წონაა.

როგორც მსოფლიო ბანკის მონაცემები გვიჩვენებს შემოსავლების დონის მიხედვით ქვეყნებში ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების ხვედრითი წონის განლაგება ზუსტად ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯების მიხედვით განლაგების საპირისპიროა.

რაც უფრო მაღალშემოსავლიანია ქვეყანა, მით უფრო დაბალია ჯანმრთელობის დაცვაზე მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების ხვედრითი წონა.

საქართველოში ჯიბიდან გადახდის ხვედრითი წონა შემცირების ტენდენციით ხასიათდება და კლების ტემპი განსაკუთრებით მკვეთრი 2012 წლის შემდეგაა.

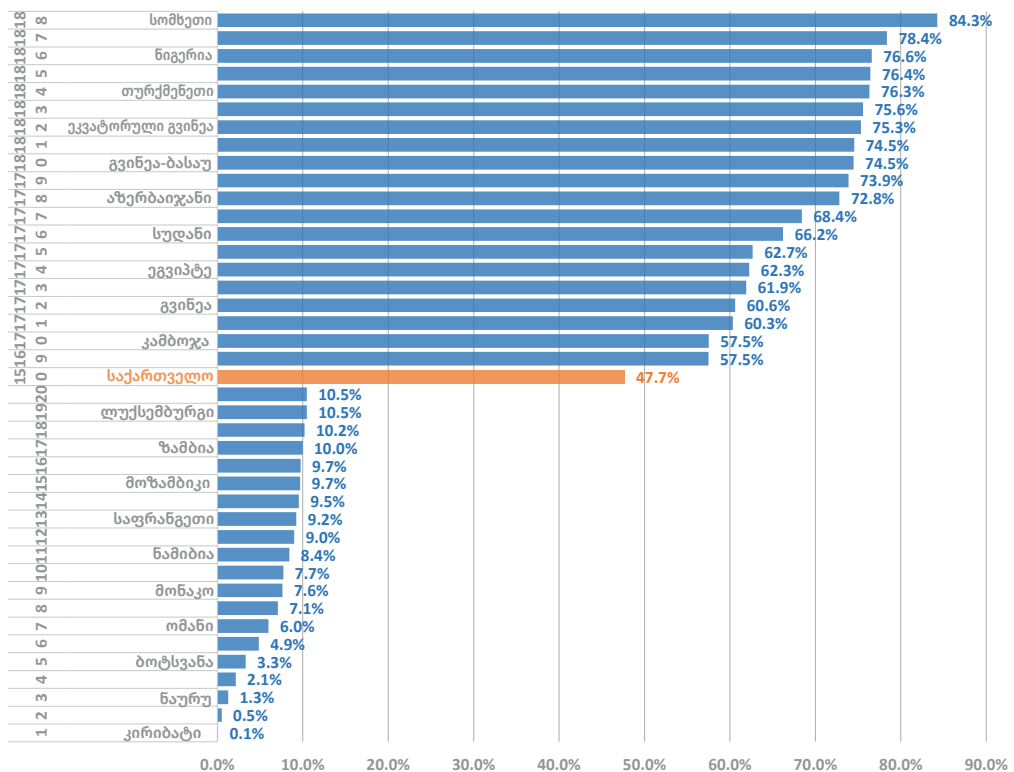


2018 წლის მდგომარეობით, ჯანმრთელობის დაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების წილით, მსოფლიოს 188 ქვეყანას შორის საქართველო 150-ე ადგილზე იყო.

ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების წილით პირველ ადგილზე სომხეთია, სადაც ჯანმრთელობის დაცვაზე მთლიანი ხარჯების 84% ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების წილად მოდის. მეორე ადგილზე 78%-ით ავღანეთია, ხოლო ოცეულის ბოლო პოზიციაზე 58%-ით გვატემალაა. ამ მაჩვენებელთან ძალიან ახლოსაა საქართველოც ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების 48%-იანი წილით.

ჯანმრთელობის დაცვაზე ჯიბიდან თითქმის არაფერს იხდიან კირიბატის, ტუვალუს და ნაურუს მოქალაქეები. ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების ყველაზე მცირე წილის მქონე ქვეყნების პირველ ოცეულს ლუქსემბურგი და ხორვატია ასრულებს (ჯანმრთელობის დაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების 10.5%-იანი წილით).

დიაგრამა #29: 2018 წლის მდგომარეობით, ჯანმრთელობის დაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების წილის მიხედვით 188 ქვეყნიდან პირველი და ბოლო ოცეული და საქართველო (მიმდინარე საერთაშორისო აშშ დოლარის მსყიდველუნარიანობის პარიტეტით)



წყარო: მსოფლიო ბანკი: <https://data.worldbank.org/>

ეს მონაცემები მხოლოდ საინფორმაციო მიზნითაა მოტანილი და შეგნებულად არ ვაფასებთ თუ რამდენად კარგი ან ცუდია ეს მოვლენა, ვინაიდან ეს ის დეტალებია, რომლის განხილვამაც შეიძლება მთავარ საკითხს აგვაცილოს. კარგია ჯიბიდან გადახდის მაღალი წილი თუ ცუდი, ამ შემთხვევაში არსებითი არაა. რას ემსახურება ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული მთლიანი დანახარ-

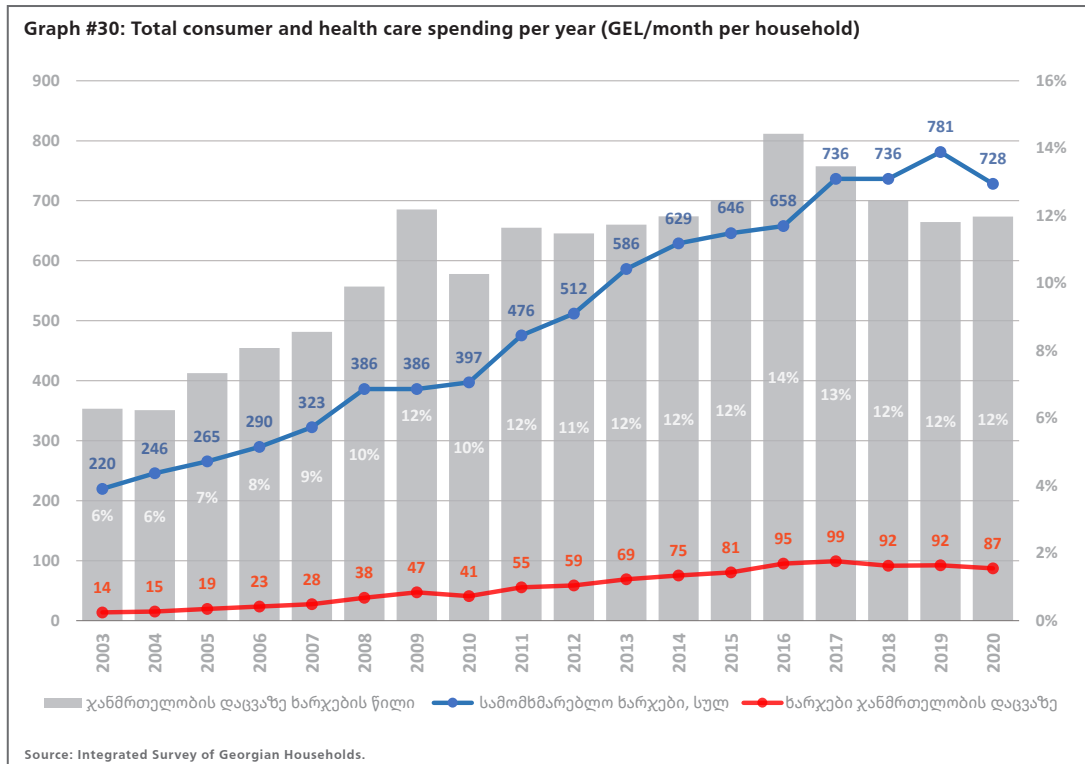
ჯები: ჯანმრთელობას თუ მოგებას? ესაა მთავარი კითხვა. სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის ასიგნების გაზრდა არ ნიშნავს იმას, რომ ეს დანახარჯები არა სამედიცინო დაწესებულებების მოგების მიზნით, არამედ პაციენტების სასარგებლოდ იქნება უდანაკარგოდ ათვისებული.

საქართველოს შინამეურნეობების გამოკვლევის მონაცემებით, 2020 წელს საქართველოს მოსახლეობის მიერ გაწეული მთლიანი სამომხმარებლო ხარჯების 12% ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების წილად მოდიოდა. ნომინალურად ეს ხარჯები თვეში საშუალოდ ერთ შინამეურნეობაზე 87 ლარს შეადგენდა.

ერთი შინამეურნეობის მთლიანი ნომინალური სამომხმარებლო ხარჯები 2003 წლიდან განუხრელად იზრდებოდა. გამონაკლისი მხოლოდ 2020 წელია, როდესაც მთლიანი სამომხმარებლო ხარჯები შემცირდა. 2020 წლის შემცირება ანტიპანდემიური შეზღუდვების პირდაპირი შედეგია და დიდი ალბათობით, კრიზისის შემდეგ ზრდის ტენდენცია აღდგება.

ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული ხარჯებიც ზრდის ტენდენციით გამოირჩეოდა, თუმცა 2017 წლის შემდეგ ამ ხარჯების შემცირების ტენდენცია გამოიკვეთა. დიდი ალბათობით, ეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შედეგი უნდა იყოს.

რაც შეეხება მთლიანი სამომხმარებლო ხარჯებიდან ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების წილს, მისი მნიშვნელობა 2003-2016 წლებში მკვეთრად ზრდის ტენდენციას ატარებდა, ხოლო 2017 წლიდან ტენდენცია საპირისპირო ნიშნით შეიცვალა, რაც დიდი ალბათობით ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შედეგია.



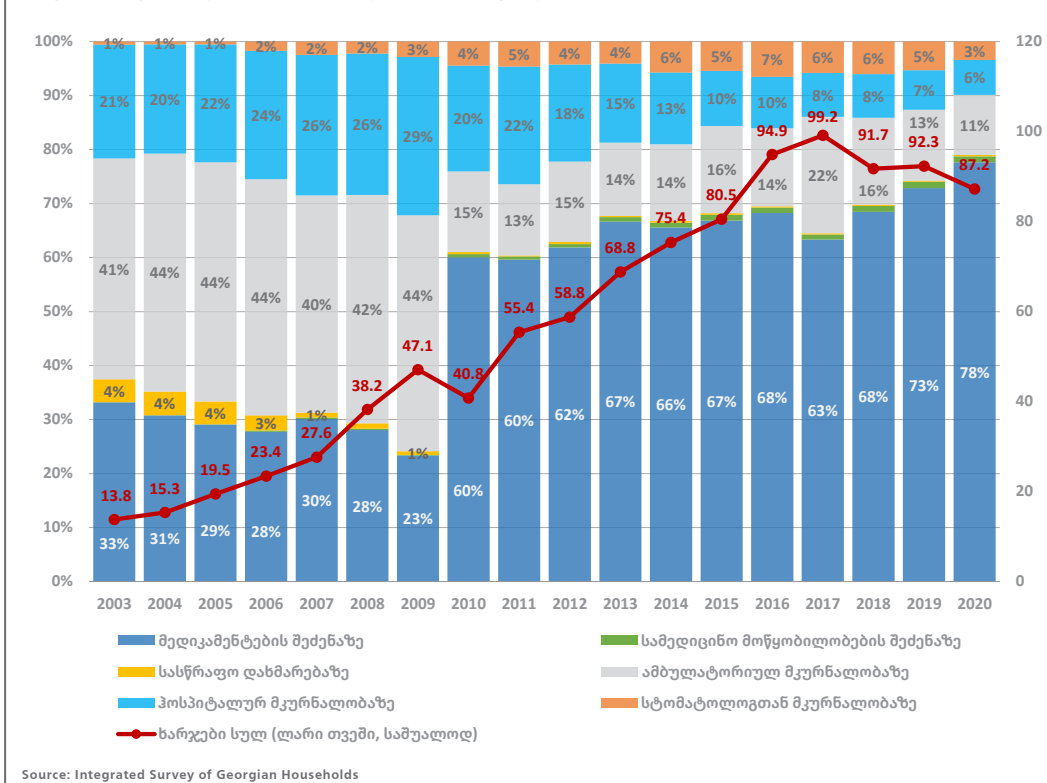
ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების მოცულობაზე არანაკლებ მნიშვნელოვანი ამ დანახარჯების სტრუქტურაა. შინამეურნეობების გამოკვლევის მონაცემებით ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯების სტრუქტურამ 2003-იდან 2020 წლამდე ძალზე საინტერესო ევოლუცია განიცადა.

2003-2009 წლებში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეულ დანახარჯებში მნიშვნელოვანი (40-44%) წილი ამბულატორიულ მკურნალობაზე გაწეული დანახარჯების წილად მოდიოდა, რომელიც მკვეთრად შემცირდა 2010 წელს და 2010-2020 წლებში ამ დანახარჯების წილი 13-16%-ის დიაპაზონშია. ეს ცვლილება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შედეგია. ეს ნიშნავს რომ ამ დანახარჯების ტვირთი სადაზღვევო კომპანიებზე ან სახელმწიფოზე გადავიდა.

შემცირების მკვეთრი ტენდენციით გამოირჩევა ჰოსპიტალურ მკურნალობაზე გაწეული დანახარჯების წილიც, რაც ასევე ჯანდაცვისა და დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების დამსახურებაა. ჰოსპიტალურ მკურნალობას თავის ხარჯზე უკვე გაცილებით იშვიათად მიმართავენ.

სამაგიეროდ, 2010 წლიდან მკვეთრად გაიზარდა და, 2020 წლის მდგომარეობით, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 80% მედიკამენტებზე მოდიოდა.

Graph #31: Spending on health care by households per year



მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 2007 წელს საქართველოს მოსახლეობის 35.7% ქირურგიული საჭიროებით გამოწვეული კატასტროფული ხარჯების რისკის ქვეშ, ხოლო მოსახლეობის 12.5% ჯანმრთელობის დაცვის კატასტროფული ხარჯებით ხაზრდოვ სიღარიბეში ჩავარდნის რისკის ქვეშ იმყოფებოდა. პირველი მაჩვენებლის მიხედვით, საქართველო მსოფლიოს 216 ქვეყნიდან 78-ე პოზიციაზე იყო, ხოლო მეორე მაჩვენებლის მიხედვით – 54-ე.

სამწუხაროდ, ამ მაჩვენებელზე სხვა წლების მონაცემები არ მოიპოვება, მაგრამ ძირითადი დასკვნის გასაკეთებლად ეს მონაცემიც საკმარისია. 1988 წლამდე მოქმედი სისტემის პირობებში აღნიშნული მაჩვენებელი ცალსადა და უპირობოდ 0-ის ტოლი იყო.

საერთო დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯები, როგორც სახელმწიფოს, ისე შინამეურნეობების მხრიდან, მთლიანობაში მზარდია. თუმცა არც თუ ისე მკვეთრად მზარდი. სიცოცხლის ხანგრძლივობის და მთლიან სიცოცხლის ხანგრძლივობაში ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის კლებადი წილის პირობებში რამდენად დიდია ამ ხარჯებით მიღწეული შედეგი ძნელი სათქმელია.

თუ ამას ინფრასტრუქტურის მაჩვენებლების 1990 წლის შედგომ მკვეთრი გაუარესების ფონზე მოკვდაობის დონის მზარდ მაჩვენებელსაც დავამატებთ, შეიძლება ითქვას, რომ გაზრდილი ხარჯი არანაირად არ ნიშნავს მდომარეობის გაუმჯობესებას და მდგომარეობის აღსაწერად ფინანსური მაჩვენებლები საკმარისი არაა.

5

ჯანდაცვის რეფორმების კონტექსტი

უკეთ რომ გავიგოთ თუ როგორ და რატომ გაიარა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემამ გზა კომერციალიზაციამდე, უპრიანი იქნება დავინახოთ კონტექსტი, რომელშიც რეფორმები მიმდინარეობდა.

საბჭოთა კავშირის დანგრევა არა მხოლოდ ახალი დამოუკიდებელი სახელმწიფოების წარმოქმნას, არამედ დაგეგმვითი ეკონომიკიდან საბაზრო ეკონომიკაზე მათ გადასვლას უკავშირდებოდა. ამ ცვლილებას ისინი საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების (მსოფლიო ბანკი, სავალუტო ფონდი) მიერ 80-იან წლებში შემუშავებული სტანდარტული, უნივერსალური¹¹ რეცეპტების მეშვეობით, თითქოს უკვე მომზადებული უნდა შეხვედროდნენ. ნეოლიბერალური ეკონომიკური დოქტრინის საფუძველზე შემუშავებული ეს რეცეპტები „ვაშინგტონის კონსენსუსის“ სახელით არის ცნობილი. „სტრუქტურული ადაპტაციის“ შემოთავაზებული პროგრამები, რეფორმების ექსპერტულ და, სესხებისა და გრანტების სახით, ფინანსურ მხარდაჭერას გულისხმობდა. პოსტსაბჭოთა სივრცეში ამ რეფორმებს შოკური თერაპია ეწოდათ (Marangos, 2007). მათი მიზანი, მათ შორის, სწრაფი და ყოვლისმომცველი პრივატიზაცია, ვაჭრობისა და ფასების ლიბერალიზაცია და მაკრო ეკონომიკური სტაბილურობის უზრუნველყოფა იყო. რეფორმატორებმა კარგად იცოდნენ, რომ მათ რეფორმებს ფართო საზოგადოებრივი მხარდაჭერა არ ექნებოდა. ამიტომ ისინი, სწრაფად, როგორც „შოკი“, ისე უნდა დასტყდომოდათ თავს, რადგან წინააღმდეგობა ვეღარ გაეწიათ¹² (Balcerowicz, 1994).

განხორციელების პროცესში არსებული ხელშემშლელი სუბიექტური თუ ობიექტური ფაქტორების მიუხედავად, საქართველოს და მთლიანად პოსტსაბჭოთა ქვეყნების პოლიტიკური ელიტა დიდი ენთუზიაზმით შეხვდა შემოთავაზებულ რეფორმებს. არსებობდა ერთგვარი მექანიკური რწმენა რომ, საბჭოთა კავშირის სოციალური და ეკონომიკური მოდელისაგან რაც უფრო განსხვავებული იქნებოდა რეფორმა, მით უფრო გაიზრდებოდა კეთილდღეობის ხარისხი. ყოველ ეტაპზე, არადამაკმაყოფილებელი შედეგები რეფორმების ნაკლები რადიკალურობით აიხსნებოდა. რიგი პოსტსაბჭოთა ქვეყნები, და ამის ნათელი მაგალითი საქართველოა, თავსაც კი იწონებდნენ რეფორმების რადიკალიზმის ხარისხით, რაც ხშირად, ბევრად უფრო შორს მიდიოდა, ვიდრე საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტები გულისხმობდნენ ამას (Hilary Appel, 2018). საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებისა და უცხოელი მრჩეველებისა და რეფორმატორების მოლოდინი იმის შესახებ, რომ შოკური თერაპიის თანხმლებ მოკლევადიან სტაგნაციას სწრაფი და უწყვეტი აღმავლობა მოყვებოდა არ გამართლდა. თუ მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში დიდი დეპრესიის შემდეგ ქვეყანას 10 წელი დასჭირდა ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი შიდა პროდუქტის მაჩვენებელი დეპრესიამდელ წერტილს დაბრუნებულიყო, საქართველოში და მსგავს პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი

11 ვაშინგტონის კონსენსუსის სახელით ცნობილი რეფორმები თავიდან ლათინური ამერიკის ქვეყნებისთვის შეიქმნა, მაგრამ მალევე გაჩნდა განცდა რომ მათი გავრცელება პოსტსაბჭოთა ქვეყნებზეც იყო შესაძლებელი [Washington Consensus | History, Facts, & Impact | Britannica](#)

12 ლემუკ ბალცეროვიჩი 2000 წელს იკავებდა ეკონომიკის საკითხებში საქართველოს პრეზიდენტის მრჩეველის პოზიციას.

ბელი საშუალოდ 40 %-იდან 60% -ამდე შემცირდა და დღესაც 15 %-ით ჩამორჩება 1989 წლის მაჩვენებელს (Kristen Ghodsee, 2021).

რეფორმატორებს სწამდათ, რომ სწრაფი პრივატიზაცია, თვითმყოფად კერძო კომპანიებს ჩამოაყალიბებდა, რომლებიც იქნებოდნენ უფრო პროდუქტიულები და უფრო წარმატებულები. შედეგად, მოხდებოდა გადასახადების ხარჯზე ბიუჯეტში ფულის აკუმულაცია და ამ გზით, კაპიტალიზმისთვის დამახასიათებელი მცირე სოციალური პასუხისმგებლობით, მაგრამ სახელმწიფო მაინც გააგრძელებდა მოქალაქეების წინაშე საკუთარი ვალდებულებების შესრულებას. თუმცა, არსებობდა განსხვავებული მოსაზრებებიც. ეკონომიკაში ნობელიის პრემიის ლაურეატის, ჯოსეფ სტიგლიცის მიხედვით, სწრაფი პრივატიზაციისა და შოკური თერაპიისთვის ქვეყნები მზად არ იყვნენ. არ არსებობდა ის ინსტიტუციური გარემო, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში ყალიბდება და სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია საბაზრო ეკონომიკის ფუნქციონირებისთვის (Stiglitz, 2002). საბოლოო ჯამში, ჩვენ შეიძლება ვთქვათ, რომ რეფორმისტების მიზანი, უფრო იდეოლოგიური ფაქტორებით იყო განპირობებული და არა ეკონომიკის გაჯანსაღებას, არამედ საბჭოთა კავშირის ეკონომიკური სისტემის ერთხელ და სამუდამოდ დანგრევას ემსახურებოდა (Klein, 2007).

როგორც კი დაინგრა საბჭოთა კავშირი, დაიწყო საწარმოო და ეკონომიკური კავშირების მოშლა, რასაც თან სავალუტო კრიზისიც დაერთო (პაპავა, 2015). საქართველოში ვითარება კიდევ უფრო დაამძიმა 90-იანი წლების დასაწყისში მომხდარმა სამოქალაქო დაპირისპირებამ და შეიარაღებულმა ტერორისტულმა კონფლიქტებმა. ასი ათასობით ადამიანი დევნილად იქცა. შეიძლება ითქვას, რომ სწორედ ეს შეიარაღებული კონფლიქტები გახდა საქართველოს ეკონომიკის განადგურების საფუძველი. მაგრამ თუ გადავხედავთ სხვა პოსტსაბჭოთა და პოსტკომუნისტურ ქვეყნებს, სადაც ან ამ მასშტაბის, ან საერთოდ კონფლიქტს ადგილი არ ქონია, დავინახავთ, რომ ვითარება მსგავსი იყო (Kristen Ghodsee, 2021). ამ ფონზე, გაუაზრებელმა პრივატიზაციამ გამოიწვია სრული დეინდუსტრიალიზაცია და საწარმოო პროცესის მოშლა. შედეგად, როგორც მთლიანად ეკონომიკა და სოციალური სისტემა, ისე ჯანდაცვაც სავალალო მდგომარეობაში აღმოჩნდა.

6

ჯანდაცვის სოციალური მდგენელები

ყალიბდებოდა სრულიად ახალი სოციალური წესრიგი, რომელიც, ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაზრდის ხარჯზე, საბაზრო ეკონომიკასა და შესაბამისად, სახელმწიფოს როლისა და პასუხისმგებლობის შემცირებას ეფუძნებოდა. ეს ცვლილებები არა მხოლოდ ინდივიდუალურ ეკონომიკურ საქმიანობას შეეხო, არამედ იმ სოციალურ მდგენელებსა თუ განმსაზღვრელებს, რომლებიც ადამიანის ჯანმრთელობას განაპირობებენ.¹³ საცხოვრებელი, დასაქმება და ღირსეული შრომის პირობები, სურსათის ხარისხი, ჰიგიენა - ეს იმ სოციალური მდგენელების მცირედი ჩამონათვალია, რომლებიც ადამიანის ჯანმრთელობას განაპირობებენ. თუ აღრე ამ ყველაფერზე სახელმწიფო იღებდა პასუხისმგებლობას, ახლა ის თითოეული ადამიანის ინდივიდუალური საზრუნავი გახდა. რთული სათქმელია სახელმწიფოს ამგვარი ტრანსფორმაცია, მხოლოდ უსახსრობით იყო გამოწვეული, თუ მას იდეოლოგიური სულისკვეთება განაპირობებდა. რეფორმების საწყის ეტაპზე კატასტროფულად გაიზარდა უმუშევრობა, სიღარიბე, უთანასწორობა.¹⁴ ადამიანებმა დაკარგეს საკუთარი თავისა და ფუნქციის აღქმა საზოგადოებაში. მოხდა მათი დეკლასიფიცირება, გაიზარდა ფსიქოსოციალური სტრესი. არა ერთი კვლევა მეტყველებს დაბალი შემოსავლის, სოციალური სტატუსისა და ცუდი ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირზე. შედეგად, გაიზარდა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც მთელ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში (Brainerd, 2005). პოსტსაბჭოთა ქვეყნების გამოცდილებამ ეკონომიკური ტრანსფორმაციის პროცესში, კიდევ ერთხელ გააძიძვლა ნეოლიბერალური სოციალური წესრიგის ანტიჰუმანური ხასიათი. კიდევ ერთხელ გახდა ცხადი, რომ ადამიანის ჯანმრთელობის გაუარესება ცხოვრების დონის დაცემასა და მათი სოციალური სტატუსის დაკარგვასთან იყო კავშირში და არა მათ ინდივიდუალურ არჩევანთან და ცხოვრების წესთან. რადგან სახელმწიფო საკუთარ ფუნქციებს თავს ვეღარ ართმევდა, გაუარესდა ეპიდემიოლოგიური ვითარებაც. ნეოლიბერალური ეკონომიკური რეფორმების ავტორებს სწამდათ, რომ დაგეგმვითი ეკონომიკიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა „ეპიდემიოლოგიურ ტრანზიციას“ გამოიწვევდა, როგორც დასავლეთ ევროპაში, როცა მოდერნიზაცია სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებას იწვევს (Lawrence King, 2009). ეს დამოკიდებულებაც რეფორმატორების დაუდევრობაზე მიუთითებს. როგორც ჩანს, მათ საერთოდ არ გააჩნდათ წარმოდგენა საბჭოთა სოციალურ წესრიგსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემაზე. ის ისედაც ითვლებოდა მოდერნულ სისტემად და მისი შედარება დასავლეთ ევროპის მოდერნიზაციამდელ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემასთან, რბილად რომ ვთქვათ, უადგილო იყო. ვაშინგტონის კონსენსუსის რეფორმებიც ხომ სტანდარტული ხასიათის იყო, რომელიც თითქოს ყველა გამოცდილების, წარსულის და განვითარების დონის ქვეყნის საჭიროებებს ერთნაირად გაუმკლავდებოდა. ამიტომ არ არის გასაკვირი, როგორც ჯანდაცვის, ისე სხვა სფეროების რეფორმების პროცესში რეფორმების ამ მასშტაბის ფიასკო. გარდა ამისა, ჯანმრთელობის სოციალური მდგენელების გაუარესების პარალელურად, მოიშალა ჯანდაცვის სისტემა. ერთი მხრივ, უსახსრობის გამო სახელმწიფო ვეღარ ართმევდა თავს საბჭოთა კავშირის დროს მოქალაქეების მიმართ აღებულ ვალდებულებას უფასო ჯანდაცვის თვალსაზრისით, ხოლო, მე-

13 [Determinants of health \(who.int\)](http://www.who.int)

14 აღმოსავლეთ ევროპისა და პოსტსაბჭოთა ქვეყნების რეფორმების ეკონომიკური და სოციალური შედეგების რაოდენობრივი მონაცემების ნახვა შეგიძლიათ ვებ გვერდზე: — [Taking Stock of Shock](http://www.takingstockofshock.org)

ორე მხრივ, უსახსროდ დარჩენილი ადამიანები ვეღარ იხდიდნენ ჯანდაცვის საფასურს და ავად-
მყოფობის შემთხვევაში ვეღარ მიმართავდნენ ექიმს. 2001 წელს რვა პოსტსაბჭოთა ქვეყანაში ჩა-
ტარებული კვლევის თანახმად, საქართველოს მოსახლეობის 50% ვერ მიმართავდა ექიმს
უსახსრობის გამო (Dina Balabanova, 2004).

ჯანდაცვის ტრანსფორმაცია

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა მკაცრად ცენტრალიზებულ მოდელს ეფუძნებოდა, სადაც რო-
გორც შემსყიდველი, ისე ჯანდაცვის მომსახურების მომწოდებელი, სახელმწიფო იყო. მიზანი
მოსახლეობის საყოველთაო მოვლა და ხელმისაწვდომობა იყო, განსაკუთრებული აქცენტი
პრევენციულ მედიცინაზე. მიუხედავად იმისა, რომ თეორია და პრაქტიკა ხშირად აცდენილი
იყო ერთმანეთს, საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა მეტ-ნაკლები წარმატებით, მაგრამ მაინც ახე-
რხებდა გაცხადებული მიზნების მიღწევას. სისტემის სტაგნაცია 80-იანი წლებიდან დაიწყო
(Field, 2002). ამ პერიოდში საბჭოთა ხელისუფლებას სხვა პრიორიტეტები გააჩნდა. სხვა სახელ-
მწიფო ვალდებულებების ხარჯზე განუხრელად იზრდებოდა სამხედრო ხარჯები (Steinberg,
1990). ეს იმ ფონზე, როცა საბჭოთა ეკონომიკის ზრდა შენელებული იყო.¹⁵

საბჭოთა კავშირის დანგრევის შემდეგ ვითარება საქართველოში კიდევ უფრო დამძიმდა. ჯან-
დაცვის სისტემა კოლაფსის წინაშე აღმოჩნდა. შექმნილი ეკონომიკური ვითარება და უსახ-
სრობა პირდაპირ აისახა რესურსების სიმცირეზე, ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონა-
ლის სოციალურ მდგომარეობაზე. ყოფილ რესპუბლიკებს შორის სავაჭრო ურთიერთობების
მოშლამ გამოიწვია ძირითადი სამედიცინო საშუალებებით უზრუნველყოფის საგრძნობი შე-
მცირება. ამორტიზებული იყო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზაც. მკვეთრად შემცირდა ჯანდა-
ცვის სახელმწიფო დაფინანსება და ერთ სულ მოსახლეზე 1990 წლის 130 აშშ დოლარიდან
1994 წელს 0.45 აშშ დოლარამდე დაეცა. ჯანმრთელობის მთლიან დანახარჯებში სახელმწი-
ფოს წილმა 1994 წელს 4.9% შეადგინა, რაც იმ წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის მხოლოდ 1.3%-ს
წარმოადგენდა (ჯორბენაძე, 2021). ჯანდაცვის ხარჯების თითქმის 90%-ს მოქალაქეები საკუ-
თარი ჩიბიდან ფარავდნენ, ისიც იმ შემთხვევაში თუ მათ ამის უნარი შესწევდათ. გაუარესე-
ბული ჯანდაცვის სოციალური მდგენელების გამო ჯანდაცვის სისტემაზე წნეხი კიდევ უფრო
იზრდებოდა. ცხადია, შექმნილი ვითარება რაეგირებას საჭიროებდა.

უკვე 90-იანი წლების დასაწყისიდანვე დაიწყო საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა.
რეფორმის მიზანს, სემაშკოს საბჭოთა ცენტრალიზებული, გეგმიური მოდელიდან, სადაც რო-
გორც შემსყიდველი, ისე სამკურნალო დაწესებულებების მფლობელი სახელმწიფო იყო,
ახალი ეკონომიკური წესრიგის შესაბამის, „თანამედროვე“ სისტემაზე გადასვლა წარმოადგე-
ნდა.

ავთანდილ ჯორბენაძე¹⁶ რეფორმების საჭიროების 5 მიზეზს ასახელებს (ჯორბენაძე, 2021):

1. წარმოიქმნა დისბალანსი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ
ნაკისრ ვალდებულებათა და მათ რეალურ ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის;

¹⁵ [Economic Growth, Soviet | Encyclopedia.com](#)

¹⁶ Avtandil Jorbenadze - Minister of Health and Social Affairs of Georgia in 1995-2001

2. წარმოიქმნა დისბალანსი სისტემაში არსებულ შრომით და მატერიალურ რესურსებსა და მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნილებებს შორის;
3. ქვეყანაში მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, შესაბამისი ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობის გამო, ვერ უზრუნველყოფდა არსებული რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას;
4. ქვეყნის საერთო განვითარების სტრატეგიული მიმართულება (საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების პროცესი და სხვა) შეუთავსებელი იყო ჯანმრთელობის დაცვის მოქმედ სისტემასთან;
5. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა წინააღმდეგობაში მოდიოდა ქვეყნის განვითარების სოციალურ-პოლიტიკურ მიმართულებასთან.

მას შემდეგ ჯანდაცვის სისტემამ ერთმანეთისგან რადიკალურად განსხვავებული რეფორმის რამოდენიმე ეტაპი გაიარა. თითოეული ეტაპი, ანარეკლია ნეოლიბერალური რეფორმების იმ სულისკვეთებისა და რადიკალიზმისა, რომელიც კონკრეტულ ეტაპზე საერთო ეკონომიკურ რეფორმებს ახლდა თან. ანუ, რამდენადაც შორს მიდიოდა რეფორმა პრივატიზაციისა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის თვალსაზრისით, იმდენად შორს მიდიოდა ჯანდაცვის კომერციალიზაციაც. სწორედ ეს გარემოება მიანიშნებს იმაზე, რომ მოხდა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციის რადიკალური გადააზრება. ჯანდაცვა საჯარო სიკეთეს აღარ წარმოადგენდა, ის უკვე ეკონომიკის ერთ-ერთი დარგი იყო.

ამიტომ ჩვენ რეფორმები სამ ეტაპად დავყავით: ნეოლიბერალიზმთან ფლირტის პერიოდი 1994-2003, მილატანტური ნეოლიბერალიზმის პერიოდი 2004-2012 და რბილი ნეოლიბერალიზმის პერიოდი 2012 - დღემდე.

უნდა აღინიშნოს რომ, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაზე ფიქრი უკვე საბჭოთა კავშირშივე 80-იან წლებიდან დაიწყო. ირაკლი მენაღარიშვილის თანახმად, შექმნილი ვითარება რესურსების მობილიზაციისა და ოპტიმიზაციის საშუალებას არ იძლეოდა. ცენტრალურმა კომიტეტმა გასცა ბრძანება, რომ მომხდარიყო რამდენიმე ექსპერიმენტული მოდელის შექმნა, რომელთაგანაც საუკეთესოს გამოარჩევდნენ. მათ შორის ერთი იყო რიგაში, რომელსაც გაცნო ქართული დელეგაცია. რეფორმებზე ფიქრი საქართველოშიც მიმდინარეობდა. ეს რეფორმების ჯგუფი დაკომპლექტებული იყო იდეოლოგიურად იმ ხალხისგან, რომლებიც იყვნენ კომუნისტური გამოცდილების წინააღმდეგ განწყობილი და იყვნენ საწინააღმდეგო ბანაკიდან, ანუ იყვნენ საბაზრო პრინციპების მომხრეები. ჯგუფის წევრები მთავარ ბოროტებას ხედავდნენ საბჭოთა სისტემაში. აქედან გამომდინარე, ძველი სისტემის წარმომადგენლები არ ჩართეს ამ რეფორმების ჯგუფში. აღსანიშნავია, რომ რეფორმების პირველ ჯგუფში თითქმის არ იყვნენ ჯანდაცვის სპეციალისტები და ჯგუფი დაკომპლექტებული იყო ეკონომისტებით, რომლებიც მოიყვანეს ჯანდაცვის სამინისტროში 1987-1988 წლებში. მოლოდინები იყო, რომ საბჭოთა კავშირის შიგნით სისტემა შეიცვლებოდა, რადგან 1991 წლამდე არავის არ მოსდიოდა აზრად, რომ სსრკ დაიშლებოდა. რეფორმები სამეურნეო ანგარიშის დანერგვას მოიაზრებდა - ცოტა გადაჭარბებულად შეიძლება ითქვას, მაგრამ მაშინ ეს გზა, არსებული კანონმდებლობის ფარგლებში, ყველა პრბლემის წამლად ითვლებოდა.

მთავარ პრობლემად ცენტრალიზებული გეგმიური სისტემა იქნა მიჩნეული. აქედან გამომდინარე, მისი ანტიპოდი იყო ბაზარი და რეფორმის მიზანსაც, სწორედ, საბაზრო სისტემის ეტაპობრივად შემოტანა წარმოადგენდა. პრივატიზაცია არ იყო ყველაზე პოპულარული ტერმინი,

თუმცა მაშინდელი სიტუაცია იმდენად გაუსაძლისი იყო, რომ გარკვეული გადახრები ჯანდაცვაში პირვატიზების ფიქრის კუთხითაც შეინიშნებოდა.¹⁷

იმდენად სწრაფად და უეცრად დაიშალა საბჭოთა კავშირი, რომ არსებული მოსაზრებები საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის გარდაქმნასთან დაკავშირებით ფურცელზე დარჩა.

საქართველო მხოლოდ 1995 წლიდან დაუბრუნდა მეტ-ნაკლებ სტაბილურობას. 1995 წელს მოხდა საკონსტიტუციო ცვლილება და დამტკიცდა პირველი სახელმწიფო ბიუჯეტი. 1994 წლიდან დაიწყო მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული ადაპტაციის პროგრამა. თუ მანამდე საერთაშორისო ორგანიზაციები ჰუმანიტარული დახმარებით იყვნენ ძირითადად დაკავებული, ახლა მათ უკვე მთავრობასთან ერთად სტრუქტურული ადაპტაციის რეფორმებზე დაიწყეს მუშაობა, რომლის მთავარი მამოძრავებელი სახელმწიფო აქტივების პრივატიზაცია იყო (The World Bank in Georgia 1993-2007 Country Assistance Evaluation, 2009).

რადგან ჩვენი კვლევა ჯანდაცვის კომერციალიზაციასა და ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაციას ეხება, უნდა ითქვას, რომ ამ საკითხთან დაკავშირებით ცალსახა დამოკიდებულება არ არსებობს. სტატიაში Can Questions of the Privatization and Corporatization, and the Autonomy and Accountability of Public Hospitals, Ever be Resolved? განხილულია ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაციის საკითხთან დაკავშირებული 2 319 სამეცნიერო სტატია. საბოლოო დასკვნის მიხედვით, ცალსახა არგუმენტი პრივატიზაციის სასარგებლოდ არ არსებობს და ერთმანეთის საწინააღმდეგო პოზიციები უფრო განსხვავებული იდეოლოგიური შეხედულებებით არის განპირობებული (Jeffrey Braithwaite, 2011).

თუ გადავხედავთ ჯანდაცვის რეფორმების სამივე ეტაპს დავინახავთ, რომ რაც მათ აერთიანებთ განუხრელი სვლაა პრივატიზაციისკენ. შემდეგი ნაწილი სწორედ ამ ეტაპებს დაეთმობა.

¹⁷ ირაკლი მენაღარიშვილი - 1986 წლიდან 1991 წლამდე საქართველოს სსრ-ის ჯანდაცვის მინისტრი. იგივე თანამდებობას იკავებდა 1992 – 93 წლებში. ინტერვიუ 02.11.2021

7

რეფორმების სამი ეტაპი

7.1 ნეოლიბერალიზმთან ფლირტის პერიოდი 1994 - 2003

1994 წლიდან, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და სხვა დონორ ორგანიზაციებთან ერთად განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების რამდენიმე მიზანი: სისტემა თანხვედრაში უნდა მოსულიყო ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების კურსთან; ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების მოცულობა შესაბამისობაში უნდა მოსულიყო როგორც არსებულ ფინანსურ, ისე ადამიანურ რესურსთან; უნდა ჩამოყალიბებულიყო რესურსების რაციონალური უტილიზაციის კონტროლის მექანიზმები (Giorgi Gotsadze, 1999).

კონსტიტუციით განისაზღვრა სახელმწიფოს ჯანდაცვის პოლიტიკა. თუ საბჭოთა კავშირის 1964 წლის კონსტიტუციის მიხედვით, საბჭოთა სახელმწიფო პასუხისმგებლობას იღებდა, ყოველგვარი თანაგადახდის გარეშე, ყველა მოქალაქის ჯანდაცვის მომსახურებით შეუზღუდავ უზრუნველყოფაზე, 1995 წელს მიღებული საქართველოს ახალი კონსტიტუცია აღიარებდა მოქალაქის უფლებას ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე იმ შესაძლებლობის ფარგლებში, რომელიც იმ კონკრეტულ დროს გააჩნდა სახელმწიფოს (ჯორბენაძე, 2021). სწორედ ამ მიზნების განსახორციელებლად შემდეგი ნაბიჯები უნდა გადადგმულიყო:¹⁸

- ჯანდაცვის დაწესებულებების მართვის დეცენტრალიზაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაცია და საწოლფონდის შემცირება ხარჯების ოპტიმიზაციის მიზნით;
- მუხლობრივი დაფინანსებიდან პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე გადასვლა;
- საბაზრო პრინციპებთან თავსებადი სტანდარტებისა და მარეგულირებელი ჩარჩოს დანერგვა;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო სადაზღვეო კომპანიის შექმნა და ჯანდაცვის მომსახურების სადაზღვეო შენატანების საფუძველზე დაფინანსება;
- პირველადი მედიცინის როლის გაზრდა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დანერგვა.

ყველა ეს რეფორმა თანხვედრაში მოდიოდა შოკური თერაპიის არქიტექტურასთან. ამიტომ ხაზგასასმელია საერთაშორისო საფინანსო და დონორი ორგანიზაციების როლი ამ პროცესში.¹⁹ მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო სავალუტო ფონდი სექტორული რეფორმების დეტალებში არ შედიოდა, სტრუქტურული რეფორმების ნაწილში, ბიუჯეტის დატვირთვის შესამცირებლად და ხარჯეფექტურობის გასაუმჯობესებლად ემხრობოდა სამედიცინო დაწესებულებების პრივა-

18 უნდა ითქვას რომ ჩამოთვლილი რეფორმების გარდა მრავალი სასარგებლო ნაბიჯი იქნა გადადგმული: მათ შორის განფასების სისტემის შემოღება, რაც არსებულ დაფინანსების მოდელზე გადასვლისას ერთადერთი გამოსავალი იყო; ჯანდაცვის დაწესებულებების თანამედროვე სტანდარტების საფუძველზე ლიცენზირება; უწყვეტი სამედიცინო განათლება; საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეორგანიზაცია. დეტალები იხილეთ: ჯორბენაძე, ა. (2021). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა. თბილისი.

19 გიორგი შაქარიშვილი თბილისის გლობალური ჯანდაცვის ინსტიტუტი: <https://forbes.ge/health/chikagoeli-bitchebi-dan-mesame-gzamde-qarthuli-jandatsvis-strategiuli-zigzagebi/>

ტიზაციას.²⁰ უკვე 1994 წელს, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმასთან დაკავშირებით ჯანდაცვის მინისტრსა და დონორ ორგანიზაციებს შორის შედგა შეხვედრა (ჯორბენაძე, 2021). ავთო ჯორბენაძის თანახმად, თუ მთავრობა მსოფლიო ბანკთან იმუშავებდა და მათ სორის კონსენსუსის შედეგობდა, მაშინ ისინი რეფორმებს მხარს დაუჭერდნენ. საკმარისი ცოდნისა და გამოცდილების არ არსებობის გამო დონორები მთავრობას ექსპერტიზით ეხმარებოდნენ. სამოქმედო გეგმის შემუშავების შემდგომ, ბანკის წარმომადგენელი ამოწმებდა რეფორმების მიმდინარეობას. პირობები მთავრობასთან თანხმდებოდა. ზემოთ აღნიშნული მიზნების განსახორციელებლად 1995 წელს მსოფლიო ბანკმა მთავრობას დაუმტკიცა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების სესხი (Laura Rose, 2001). ამის შემდეგ, რეფორმები სრული დატვირთვით დაიწყო.

მაშინდელი საბიუჯეტო სახსრებით დამოუკიდებელი საქართველო ჯანდაცვის დაწესებულებების და საწოლების არსებულ რაოდენობას ვერ შეინახავდა. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ კომპანია „სიმენსის“ მიერ ჩატარებული აუდიტის შედეგად ინფრასტრუქტურის დიდი ნაწილი ამორტიზებული იყო და მოდერნიზაციას საჭიროებდა.²¹ საბჭოთა საქართველოში, საწოლფონდის რაოდენობის მიზანშეწონილობას განსაზღვრავდა არა მხოლოდ სამოქალაქო, არამედ სამხედრო მდგენელიც.²² ამიტომ არ არის გასაკვირი, რომ საწოლფონდი უფრო მრავალრიცხოვანი იყო ვიდრე ამის საჭიროება არსებობდა. გარდა ამისა, თანამედროვე სამედიცინო მიღწევების საფუძველზე დაგროვილი საერთაშორისო გამოცდილებით პაციენტის კლინიკაში დაყოვნების პერიოდი შემცირებული იყო. შესაბამისად, საწოლფონდის შემცირების ტანდენცია სხვა ქვეყნებშიც არსებობდა. მაგრამ იქ სადაც ეს მოხდა, დამატებით შეიქმნა მოვლის განსხვავებული სისტემები მოსახლეობის დაბერების გამო და თან წამყვანი პირველადი ჯანდაცვა გახდა (McKee, 2004). ამიტომ, საწოლფონდის შემცირების გადაწყვეტილება, არსებული ეკონომიკური მდგომარეობითა და უტილიზაციის თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებთან შექანიკური დაახლოვების სურვილით უფრო იყო განპირობებული,²³ ვიდრე ამ ნაბიჯისთვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მზაობით. რეალურად კერავის ეკოდინებოდა ჯანდაცვის სისტემის სრულფასოვანი ფუნქციონირებისა და პაციენტების მკურნალობის სრულფასოვანი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შემთხვევაში, რა რაოდენობის საწოლფონდი იქნებოდა საჭირო ქვეყანაში.

ჯანდაცვის დაწესებულებების მართვის დეცენტრალიზაცია, საწოლფონდის შემცირება და პრივატიზაცია პირდაპირ იყო ერთმანეთთან დაკავშირებული. პრივატიზების საკითხიც მალევე გადაწყდა და უკვე 1994 წლის ჯანდაცვის სამინისტროს სამოქმედო გეგმაშიც აისახა (Giorgi Gotsadze, 1999). ამ გადაწყვეტილებაზე მეტყველებს 1997 წლის კანონი სახელმწიფო ქონების შესახებ, სადაც ჯანდაცვის დაწესებულებები სახელმწიფო ქონების იმ ნუსხაში არ გვხვდება, რომლებიც პრივატიზაციას არ ექვემდებარებიან.²⁴ სამედიცინო დაწესებულებები სამ ტიპად იყოფოდა: პრივატიზაციის შემთხვევაში ერთ ნაწილს სამუდამოდ უნდა შეენარჩუნებინა პროფილი, მეორე ნაწილისთვის სავალდებულო იყო მხოლოდ 10 წლით შეენარჩუნება, ხოლო მესამე ნაწილი იყიდებოდა როგორც ჩვეულებრივი უძრავი ქონება. შემოსული თანხა ახლად შექმნილ ჯანდაცვის ფო-

20 გიორგი გოცაძე - ჯანდაცვის ექსპერტი, ფონდ კურაციის პრეზიდენტი. ინტერვიუ 18.10.2021.

21 ავთანდილ ჯორბენაძე - 1995-2001 წლებში საქართველოს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრი. ინტერვიუ 06.12.2021

22 ამირან გამყრელიძე - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორი, 1997-2001 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის პირველი მოადგილე; 2001-2004 წლებში — მინისტრი. ინტერვიუ 25.10.2021

23 საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ათას სულ მოსახლეზე 10 საწოლი მოდიოდა. ეუთო-ს ქვეყნებში კი საშუალო მაჩვენებელი 2,5 საწოლი იყო.

24 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29920?publication=35>

ნდში უნდა წასულიყო, რის საფუძველზეც უნდა მომხდარიყო სახელმწიფოს საკუთრებაში დარჩენილი ჯანდაცვის დაწესებულებების მოდერნიზაცია (Laura Rose, 2001).

დეცენტრალიზაციის შედეგად სახელმწიფო კლინიკები უნდა ემართა არჩეულ სამეთვალყურეო საბჭოს, ხოლო მათი იურიდიული სტატუსი განისაზღვრა, როგორც საჯარო სამართლის იურიდიული პირი, სახაზინო საწარმოს სტატუსით. სამედიცინო პერსონალი აღარ წარმოადგენდა საჯარო მოხელეს, არამედ შრომითი ხელშეკრულებით იყო დასაქმებული. ამ ნაბიჯით სახელმწიფომ მოიხსნა როგორც ფინანსური, ისე დაწესებულებების მართვის პასუხისმგებლობა. რადგან კლინიკები უკვე გამომუშავებზე გადავიდნენ. პარალელურად, მოხდა ჩრდილში არსებული გადახდის სისტემის ლეგალიზება.

შეიძლება ითქვას, რომ პრივატიზაციის პროცესი ჩავარდა.²⁵ 1997 წლამდე მხოლოდ სტომატოლოგიური დაწესებულებებისა და სააფთიაქო ქსელის პრივატიზება განხორციელდა. ყოფილი ჯანდაცვის მინისტრის, ალექსანდრე კვიტაშვილის განმარტებით, მაშინდელმა მთავრობამ ვერ აიღო კლინიკების პრივატიზაციასა და რაოდენობის შემცირებაზე პოლიტიკური პასუხისმგებლობა, რადგან ბევრი ადამიანი კარგავდა სამუშაო ადგილს.

ჩავარდნილი მცდელობის შემდეგ პრივატიზაციისა და საწოლფონდის შემცირების საკითხი ისევ დადგა დღის წესრიგში. 1998 წელს, მსოფლიო ბანკის დაკვეთით ამერიკულმა სამედიცინო კომპანიამ „კაიზერ პერმანენტემ“ ჯანდაცვის სფეროში არსებული ვითარების მორიგი შეფასება გააკეთა,²⁶ რასაც მოჰყვა საავადმყოფოების რესტრუქტურისაციის პროგრამა, რომელიც მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული ადაპტაციის პროგრამის მესამე ტრანშის ფარგლებში უნდა განხორციელებულიყო. პროგრამის მიხედვით სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი ჯანდაცვის დაწესებულებები თვითდაფინანსებაზე უნდა გადასულიყვნენ (World Bank, 1999). შედეგად სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი ჯანდაცვის დაწესებულებებს სტატუსი შეეცვალათ და შეზღუდული პასუხისმგებლობისა და სააქციო საზოგადოებად გადაკეთდნენ. შეიქმნა ჰოსპიტალების რესტრუქტურისაციის ფონდი. განისაზღვრა სამედიცინო დაწესებულებების გეოგრაფიული განაწილების სქემა. რადგან საავადმყოფოები და პოლიკლინიკები თბილისში პრესტიჟული ადგილმდებარეობის შენობებში იყვნენ განთავსებული, ისინი, როგორც უძრავი ქონება მიმზიდველი უნდა ყოფილიყო პოტენციური ინვესტორებისთვის. ამიტომ, პრივატიზაციის მეორე ტალღა თბილისიდან უნდა დაწყებულიყო. თბილისში 8,770 საწოლიდან 3,600 საწოლი უნდა დარჩენილიყო. 12 ჰოსპიტალი საჯარო სექტორს უნდა შეენარჩუნებინა, 7 ჰოსპიტალი უნდა გაქრობულიყო (სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების პირობებით), ხოლო დანარჩენი 27 უნდა გაყიდულიყო. შემოსული თანხა დაგროვდებოდა ჯანდაცვის სამინისტროს ქვეშ შექმნილ რესტრუქტურისაციის ფონდში, საიდანაც გაიცემოდა კომპენსაციები, რესტრუქტურისაციის შედეგად დარჩენილ დაზარალებულებზე ან მათ გადამზადებაზე. გარდა ამისა ეს თანხა სტრატეგიული საავადმყოფოების გარემონტება-განვითარებას მოხმარდებოდა.²⁷ სწორედ ამ რეკომენდაციებმა ჰპოვა ასახვა ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიაში 2000-2009. სტრატეგიის მიხედვით, სახელ-

25 ალექსანდრე კვიტაშვილი - 2008-10 წლებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი. ინტერვიუ 16.10.2021. გარდა ამისა, ჰოსპიტალების პრივატიზაციის ხელშეშლელ გარემოებებს შორის შეიძლება დავასახელოთ საზოგადოების ზოგადი წინაარმდეგობა ჯანდაცვის სისტემის კომერციალიზაციის მიმართ და ინვესტორების არასაკმარისი კომერციული ინტერესი. აქ გასათვალისწინებელია მკურნალობის ახალი განფასების სისტემა, რომელიც არ იძლეოდა სწრაფი და მსუყე მოგების გარანტიას.

26 <http://curatiofoundation.org/development-of-hospital-master-plan-for-georgia-1998-1999/>

27 ამირან გამყრელიძე - დავადაბათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორი, 1997-2001 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის პირველი მოადგილე; 2001-2004 წლებში — მინისტრი. ინტერვიუ 25.10.2021

მწიფო მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სისტემაში პრივატიზაციის ხელშეწყობას და ხოლო საკუთარ როლს ჯანმრთელი ცხოვრების პროპაგანდაში, იმუნიზაციაში, რეგულაციების დანერგვაში, ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და კვლევა - სწავლებაში ხელავდა (Strategic Health Plan for Georgia 2000 - 2009).

ვერ გაამართლა ვერც დაფინანსების სქემამ. არაფორმალური დასაქმებისა და უმუშევრობის მაღალი მაჩვენებლის გამო, ჯანდაცვის საჯარო ფონდში²⁸ საკმარისი თანხების მობილიზება ვერ ხერხდებოდა. ვერც კერძო სადაზღვეო სისტემის განვითარებამ შეცვალა სურათი. 2003 წელს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში საჯარო ფონდებიდან მხოლოდ 14 % ფინანსდებოდა. დანარჩენ ნაწილს მოსახლეობის კერძო დანახარჯები წარმოადგენდა.²⁹

რთულია ამ ვითარებაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შეფასება. ამ თვალსაზრისით არც საკმარისი ლიტერატურა არ იძებნება. როგორც ჩანს, როგორც სპეციალისტების, ისე მთავრობის ძირითად ყურადღებას მაინც ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა წარმოადგენდა. რომლის ფარგლებშიც, შეიძლება ითქვას, სემაშკოს დროინდელი პოლიკლინიკა და უბნის ექიმი, სადაც თითოეული მოქალაქე მკაცრად განსაზღვრული ტერიტორიული განაწილების პრინციპით იყო დაკავშირებული, ოჯახის ექიმს უნდა ჩაენაცვლებინა. ის უნდა ყოფილიყო ოჯახის გენეტიკური მახასიათებლების მემატიანე და უწყვეტი მკურნალობის გარანტი.³⁰ პაციენტს ექიმის თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა ეძლეოდა. ჩვენი შეფასებით, პოლიკლინიკების პრივატიზება და ექიმის ცვლილების შესაძლებლობის გაჩენა, პაციენტთა ელექტრონული ბაზის არ არსებობის პირობებში, გახდა ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტაციისა და უწყვეტი მკურნალობის დარღვევის ერთ-ერთი საფუძველი.

ის, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებების სრული პრივატიზება 2007 წლამდე ვერ განხორციელდა არ ნიშნავს, რომ 1994 -2003 წლებში რეფორმების მთავარ მიზანს, სწორედ, ეს არ წარმოადგენდა. ისინი უკვე პრაქტიკულად დამოუკიდებელ შეზღუდული პასუხისმგებლობის და სააქციო საზოგადოებებს წარმოადგენდნენ, მხოლოდ მიწა და შენობა რჩებოდა სახელმწიფო საკუთრებაში. მკურნალობის განფასება რომ იყო გაკეთებული, სულაც არ ნიშნავს რეგულირების მაღალ ხარისხს. ერთია სამედიცინო პროცედურის ფასი, ხოლო მეორე, განხორციელებული პროცედურების რაოდენობა, რომელიც პრივატიზების შემთხვევაში შემოსავლის გაზრდის მიზნით აჩენს მოტივაციას ზედმეტი და არასაჭირო სამედიცინო ჩარევისთვის. (Marion Grote Westrick, 2019).

7.2 მილიტანტური ნეოლიბერალიზმის პერიოდი 2004-2012

სამედიცინო დაწესებულებების სრული პრივატიზაციის პროცესი 2003 წელს „ვარდების რევოლუციის“ შედეგად მოსულმა ხელისუფლებამ დააგვირგვინა. თუ მანამდე მსოფლიო ბანკი, სავალუტო ფონდი და სხვა საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციები იყვნენ ნეოლიბერალური გარდაქმნის ლოკომოტივი, ახლა თვითონ საქართველოს ხელისუფლებამ აიღო ინიციატივა ხელში. მიზანი, ნებისმიერ ფასად ინვესტიციების მოზიდვა იყო. ეს კიდე უფრო სწრაფი, მასშტაბური პრივატიზაციით, ეკონომიკის სრული დერეგულაციითა და სახელმწიფოს სოციალური პასუხის-

28 ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი შეიქმნა 1995 წელს, 1996 წლიდან ჯანდაცვის სახელმწიფო სადაზღვეო კომპანია

29 <https://data.worldbank.org/>

30 ავთანდილ ჯორბენაძე - 1995-2001 წლებში საქართველოს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრი. ინტერვიუ 06.12.2021

მგებლობის მინიმუმამდე დაყვანით უნდა განხორციელებულიყო. შესაბამისად, სფეროები, სადაც ყველა საზოგადოებაში ტრადიციულად სახელმწიფოა პასუხისმგებელი, საბაზრო პრინციპებს უნდა დაექვემდებარებოდა. ხელისუფლების სულისკვეთება კარგად ჩანს მაშინდელი ეკონომიკის მინისტრისა და რეფორმების მთავარი არქიტექტორის, კახა ბენდუქიძის სიტყვებში: მთავრობას რომ რამე მოსთხოვო, იგივეა, რაც მთვრალს ტვინზე ოპერაცია გააკეთებინო.³¹

შეიკვეცა ან გაუქმდა თითქმის ყველა მარეგულირებელი ორგანო და რეგულაცია, იქნებოდა ეს შრომის უსაფრთხოების, სურსათის უვნებლობისა თუ ეკოლოგიური თვალსაზრისით. გაუქმდა ანტიმონოპოლიური სამსახურიც. პროგრესული გადასახადის ნაცვლად დაინერგა ბრტყელი გადასახადი. რეფორმები ბევრად უფრო შორს მიდიოდა, ვიდრე ეს საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებს წარმოედგინათ. სავალუტო ფონდის თანახმად, ინვესტიციების ხელშემშლელი, არა თვითონ რეგულაციები, არამედ არაპროგნოზირებადი სამართლებრივი გარემო იყო.³² ამ პოზიციის პარალელურად, ორგანიზაციის ჩინოვნიკები აღფრთოვანებას ვერ მალავდნენ ახალი ხელისუფლების პრივატიზაციის ტემპით (IMF, 2004). ნეოლიბერალური რეფორმების კვინტესენციას ე.წ. ეკონომიკური თავისუფლების აქტი წარმოადგენდა. მის მიხედვით, მთავრობას აღარ შეეძლო ახალი გადასახადის შემოღება, ან არსებულის გაზრდა, გარდა აქციზისა. ხოლო ფისკალური წესების მიხედვით ღეფიციტი არ შეიძლებოდა ყოფილიყო 3%-ზე მეტი, მთავრობის ხარჯები კი განისაზღვრებოდა მშპ-ს მაქსიმუმ 30% - ით.³³

ბაზრის შემცდარობის ურყევმა რწმენამ ჯანდაცვის რეფორმაშიც იჩინა თავი. ხელისუფლებისთვის ჯანდაცვაც ისეთივე საბაზრო პროდუქტი იყო, როგორც მაგალითად მწვანელი.³⁴ ამიტომ ჯანდაცვაზე გაწეული საჯარო ხარჯების შემცირების პრაქტიკული მიზანი თანხვედრაში მოდიოდა იდეოლოგიურ შეხედულებებთან, რომლის მიხედვითაც ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა ბაზარს უკეთესად შეეძლო.

2006 წელს, მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული რეფორმების მხარდაჭერის პროგრამის ფარგლებში ორგანიზაციამ „Scandinavian Care“ კიდევ ერთხელ შეისწავლა საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი და გასცა რეკომენდაციები. რადგან უკვე არსებობდა წარსული რეფორმების უარყოფითი გამოცდილება, კვლევა აფრთხილებდა საქართველოს მთავრობას, რომ პრივატიზაცია გამოიწვევდა ისედაც უკვე ფრაგმენტირებული ჯანდაცვის მომსახურების კიდევ მეტ ფრაგმენტაციას. მოშლიდა კავშირს პირველადი ჯანდაცვის სისტემასა და ჰოსპიტალურ მკურნალობას შორის. გამოიწვევდა ჯანდაცვაში საბაზრო პრინციპების დანერგვის თანმდევ „პერვერტულ“ შედეგებს, რაც პაციენტებს დააწევბოდა მძიმე ტვირთად. ამიტომ უნდა მომხდარიყო მარეგულირებელი ჩარჩოს გაძლიერება და ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა (Scandinavian Care, 2006).

მოხდა პირიქით. რეფორმების შედეგად შემცირდა ლიცენზიების რაოდენობა, მათ შორის ჯანდაცვაში. 302 ლიცენზიიდან დარჩა მხოლოდ 42 (Tata Chanturidze, 2009). გაუქმდა სოციალური გადასახადი, შესაბამისად, გაუქმდა ჯანდაცვის სახელმწიფო სადაზღვეო კომპანია. ის კერძო სადა-

31 “The Biology of Business” (in Russian), Vedomosti, Nov. 22, 1999. <http://www.vedomosti.ru/newspaper/article/1999/11/22/12688>

32 IMF, Georgia – Joint Staff Assessment of the PRSP Preparation Status Report, 27 June 2002.

33 „ეკონომიკური თავისუფლების შესახებ | სსიპ “საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“, About Economic Freedom JSC „Legislative Herald of Georgia“ (matsne.gov.ge)

34 სურსათის უვნებლობის სამსახურთან დაკავშირებით, მაშინდელმა ეკონომიკის მინისტრმა, კახა ბენდუქიძემ თქვა, რომ თუ ვინმე რესტორანში მოიწამლებოდა, უბრალოდ ამ რესტორანში აღარ უნდა შესულიყო. ამიტომ ის სურსათის უვნებლობის სამსახურის არსებობის აუცილებლობას ვერ ხედავდა (European Stability Initiative, 2010).

ზღვეო კომპანიებმა ჩაანაცვლეს. ამიერიდან სახელმწიფო მხოლოდ ბავშვების, სტუდენტების, პენსიონრების, პოლიციელების, ჯარისკაცების, მასწავლებლებისა და უკიდურესი სიღარიბის ქვეშ მყოფი მოქალაქეების შეზღუდულ სადაზღვეო პაკეტს აფინანსებდა. მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილს ან ჯიბიდან უნდა ესადა მომსახურების ფული, ან თვითონ უნდა შეეძინა სადაზღვეო პაკეტი. შედეგად საჯარო დაფინანსების მიღმა დარჩა მოსახლეობის ნახევარი. მათ შორის უმუშევართა ის ნაწილი, რომელიც ვერ ხვდებოდა უკიდურესი სიღარიბის ქვეშ მყოფ კატეგორიაში.

დაფინანსების რეფორმა პირდაპირ იყო კავშირში ჰოსპიტლების სრულ პრივატიზაციასთან. არსებობდა რწმენა, რომ სახელმწიფოზე უკეთესად კერძო სადაზღვეო კომპანიები შეასრულებდნენ ჯანდაცვის მომსახურების მაკონტროლებლის და მარეგულირებლის ფუნქციას.³⁵

2007 წელს დამტკიცებული ჰოსპიტლების რესტრუქტურისაციის გენერალური გეგმის საფუძველზე დაიწყო სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების სრული პრივატიზაცია.³⁶ 2009 წლისთვის უკვე დაწესებულებების 80 % იყო პრივატიზებული (Tata Chanturidze, 2009).

რეფორმა „100 საავადმყოფოს“ სახელით გახდა ცნობილი.³⁷ პრივატიზაციის შედეგად უნდა შემცირებულიყო, როგორც დაწესებულებების, ისე საწოლების რაოდენობა. თბილისში უნდა ამენებულიყო 77 ახალი საავადმყოფო 4,185 საწოლით, ხოლო რეგიონებში 23 საავადმყოფო 3,615 საწოლით. სახელმწიფო ინვესტორს, პროფილის შენარჩუნების ვალდებულების გარეშე, გადასცემდა არსებული საავადმყოფოს შენობას უძრავი ქონების სახით. ბიუჯეტში თანხის გადარიცხვის მაგივრად, ინვესტორი ახალი, კერძო საავადმყოფოს ამენების ვალდებულებას იღებდა.

ჰოსპიტლების გეგმა ვერ წარიმართა სასურველი ტემპებით. ინვესტორები ნაკლებ ინტერესს იჩენდნენ რეგიონებში არსებული უძრავი ქონების მიმართ. გარდა ამისა 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს ომის შემდეგ ინვესტიციების საერთო მოცულობა შემცირდა. რეფორმის დაჩქარებისთვის მთავრობამ ნება დართო სადაზღვეო კომპანიებს, ხოლო მოგვიანებით უკვე ფარმაცეპტულ კომპანიებს აეშენებინათ და ემართათ საავადმყოფოები. მოხდა ჯანდაცვის იმ ერთეულების ვერტიკალური ინტეგრაცია, რომლებიც წესით ერთმანეთის მაკონტროლებლები უნდა ყოფილიყვნენ. ცხადია, ეს გარემოება უარყოფითად აისახებოდა პაციენტებისთვის მიწოდებულ მომსახურების ხარისხზე. 2013 წელს საავადმყოფოების 42 %-ს სადაზღვეო კომპანიები, 29 %-ს ფიზიკური პირები, 18 %-ს სხვა ტიპის კომერციული ორგანიზაციები ფლობდნენ. სახელმწიფოს საკუთრებაში მხოლოდ 8% იყო (Transparency International Georgia, 2012).

შეეძლო თუ არა სახელმწიფოს პრივატიზაციის მაგივრად საკუთარი სახსრებით განეხორციელებინა თუნდაც „100 ახალი საავადმყოფოს“ რეფორმა?!

ყოფილი ჯანდაცვის მინისტრის, ალექსანდრე კვიტაშვილის თანახმად, საქართველოში ერთი საწოლის შექმნა საშუალოდ ჯდებოდა 40 ათასი ლარი ანუ დაახლოებით 25-28 ათასი დოლარი (ევროკავშირის სტანდარტით მაგ. ბულგარეთის). ქვეყანას „ასი საავადმყოფოს“ პროგრამით ესაჭიროებოდა სულ 7500 საწოლი. ეს ჯამში იყო დაახლოებით 187 მილიონი.³⁸

35 ზურაბ ჭიაბერაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი (2012 წელი). ინტერვიუ 06.10.2021

36 საქართველოს მთავრობის დადგენილება N11. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის დამტკიცების შესახებ. 26 იანვარი, 2007 – საქართველოს მთავრობის 2007 წლის დადგენილებები (www.gov.ge)

37 საქართველოს მთავრობა – 2007 წლის სიახლეები (www.gov.ge)

38 ალექსანდრე კვიტაშვილი - 2008-10 წლებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

2007 წელს 2003 წელთან შედარებით ქვეყნის მთლიანი ეროვნული შიდა პროდუქტი თითქმის 7 მილიარდით, 3 მილიარდ 991 მილიონიდან, 10 მილიარდ 175 მილიონ ამერიკულ დოლარამდე გაიზარდა. მაშინდელი ლარის კურსის გათვალისწინებით³⁹ ეს თანხა უხეშად 17 მილიარდ 297 მილიონ ლარს შეადგენდა. 2007 წელს ბიუჯეტი 3 მილიარდ 712 მილიონი ლარით განისაზღვრა, რაც მთლიანი ეროვნული შიდა პროდუქტის მხოლოდ 21 % იყო. ანუ 100 ახალი საავადმყოფოს პროექტის ერთბაშად განხორციელების შემთხვევაშიც კი სახელმწიფოს დასჭირდებოდა უხეშად 320 მილიონი ლარი, რაც მხოლოდ 2 % გაზრდიდა სახელმწიფო ხარჯებს მთლიან ეროვნულ შიდა პროდუქტთან მიმართებაში. მაგრამ ნეოლიბერალური სახელმწიფოსთვის ეს მიუღებელი იყო.⁴⁰

7.3 რბილი ნეოლიბერალიზმის პერიოდი 2012 –

2012 წლის 1 ოქტომბერს ხელისუფლება შეიცვალა. რადგან მოსახლეობის დიდი ნაწილი ვერ ართმევდა თავს ჯანდაცვის ხარჯებს, არჩევნებში გამარჯვებული პოლიტიკური ძალის ერთ - ერთი მთავარი დაპირება სისტემის რეფორმირება და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამუშავება იყო.

პირველ ეტაპზე შეიცვალა ჯანდაცვის დაფინანსების სქემა. კერძო სადაზღვეო კომპანიების ნაცვლად, ახლა ჯანდაცვის სამინისტრო იყო მომსახურების დამფინანსებელი. შედეგად, შემცირდა ხელმისაწვდომობის ფინანსური ბარიერები და გაიზარდა სერვისებით სარგებლობა, განსაკუთრებით იმ ადამიანებისათვის, ვინც მანამდე არ იყო საჯარო დაფინანსებით მოცული. ამ შედეგის მიღწევა შესაძლებელი გახდა ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ნახტომისებრი ზრდის ხარჯზე. თუ 2012 წელს ეს მაჩვენებელი 400 მილიონი იყო, 2019 წელს მან 1 მილიარდ 300 მილიონს მიაღწია (გალტ & თაგარტი, 2020). ამიტომ რთულია ამ ცვლილებაზე, როგორც ძირეულ რეფორმაზე ვიმსჯელოთ.

ჯანდაცვის ხარჯები წლიდან წლამდე იზრდებოდა, მაგრამ მოსახლეობის სრულფასოვანი ჯანდაცვის მომსახურებით უზრუნველყოფა და ჯიბიდან გადახდის წილის შემცირება სასურველი ტემპით ვერ ხერხდებოდა. ხარჯების შესაკავებლად, 2017 წელს საყოველთაო დაფინანსების პრინციპიდან სახელმწიფო ისევ დაუბრუნდა მიზნობრივი დაფინანსების სქემას. ჯანდაცვის დაფინანსების სრული პაკეტი შეუნარჩუნდათ მხოლოდ სოციალურად დაუცველებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, ბავშვებს, სტუდენტებს, პედაგოგებს და პენსიონრებს. ხოლო მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილისთვის მოხდა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის პაკეტის დიფერენცირება სამემოსავლო ცენზის მიხედვით (ქეთევან გოგინაშვილი, 2021).

ჯანმრთელობაზე მიმდინარე დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდის წილი 80%-იდან (2005 წელი), 2008 წელს 66%-ამდე შემცირდა, შემდეგ, 2011 წელს 76%-ამდე გაიზარდა, ხოლო 2018 წელს კვლავ შემცირდა და 48% შეადგინა, რაც ბევრად აღემატება ევროპის რეგიონის იმავე მაჩვენებელს (30%) (ქეთევან გოგინაშვილი, 2021). ეს იმ ფონზე, როცა ჯანდაცვის მომსახურების სახელმწიფო დაფინანსება 2007 წლიდან თითქმის გასამმაგდა.

მინისტრი. ინტერვიუ 16.10.2021.

39 2007 წელს 1 დოლარის ღირებულება საშუალოდ 1.7 ლარი იყო.

40 საშუალოდ მსოფლიოს მასშტაბით მთავრობის ხარჯები წელიწადში მშპ -ს 35-40% -ს შეადგენს. www.imf.org

თუ შევადარებთ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ოდენობას, მთლიან ეროვნულ შიდა პროდუქტთან მიმართებით, საქართველოში ეს მაჩვენებელი ჯერ ისევ დაბალია და 2.8% შეადგენს, როცა ევროპის რეგიონში საშუალო მაჩვენებელი 4.9%-ია (ქეთევან გოგინაშვილი, 2021). მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა სრულფასოვანი ჯანდაცვის პაკეტით რომ ვერ განხორციელდა, მიზეზი მხოლოდ ჯანდაცვის მომსახურებაზე სახელმწიფო დანახარჯების სიმცირე არ არის. მთავარ პრობლემას სისტემის კომერციალიზაცია - დერეგულაცია წარმოადგენს. რადგან დღესაც არ არის სახელმწიფოს მიერ რეგლამენტირებული ქვეყნისთვის საჭირო სამედიცინო სიმძლავრეების მოცულობა და რაოდენობა, ბოლო წლებში, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის კვალდაკვალ, გარანტირებული მოგების მიღების იმედით, ახალი, მცირე ზომის, ხშირად ცუდად აღჭურვილი სამედიცინო დაწესებულებები გაჩნდნენ, რაც ზრდის ხარჯებს და კიდევ უფრო აღრმავებს სისტემის ფრაგმენტაციის ხარისხს.

2012 წლის შემდგომ ქვეყანაში მოქმედი რეგულაციების რაოდენობა მცირედით, მაგრამ მაინც გაიზარდა, მათ შორის შრომის უსაფრთხოების, სურსათის უვნებლობის, ეკოლოგიის, სამშენებლო სტანდარტების მიმართულებით. მაგრამ თუ კონტექსტს შევხედავთ, დავინახავთ რომ მათი დანერგვა უკავშირდება, არა ხელისუფლების მიერ საერთო ეკონომიკური კურსის ცვლილებას, არამედ ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების ფარგლებში ნაკისრ ვალდებულებებს.⁴¹ პარალელურად, ნარჩუნდება ბრტყელი გადასახადი. ისევ არ არსებობს კანონით განსაზღვრული მინიმალური ხელფასი, კომპანიები გათავისუფლდნენ რეინვესტირებული მოგების გადასახადისგან, ძალაშია ისევ ეკონომიკური თავისუფლების აქტი.

მიუხედავად ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდისა, სისტემის კომერციალიზაციის ხარისხი არ შეცვლილა. ამიტომ, ზემოთ აღნიშნული საერთო კონტექსტის გათვალისწინებით, შეიძლება ითქვას, რომ მთავრობა ისევ დარჩა ნეოლიბერალიზმის ერთგული.

⁴¹ საქართველომ 2014 წელს ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულებას მოაწერა ხელი.

8

შედეგების მიმოხილვა

დასკვნების განხილვას ბენეფიციართა ჯგუფების ჭრილში დავიწყებთ. ბენეფიციარებიდან განვიხილავთ სამ ჯგუფს:

1. მოსახლეობა;
2. სამედიცინო პერსონალი;
3. მიმწოდებლები - კლინიკის მეპატრონეები და ხელმძღვანელები, ინდივიდუალური პრაქტიკით დაკავებული ექიმები;

ზემოთ განხილული მაჩვენებლების ანალიზი ცხადყოფს, რომ მოსახლეობამ ჯანდაცვის სისტემის ზემოთ აღნიშნული ტრანსფორმაციიდან სარგებელზე უფრო მეტი ზარალი ნახა, რაც გამოიხატება, მათ შორის:

- მოკვდაობის დონის საშუალოდ 8 პრომილიდან 12 პრომილამდე ანუ 1.5- ჯერ ზრდაში;
- დაბადებიდან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებლის უმნიშვნელო მატებაში;
- ავადობის დონის 2.3 ჯერ ზრდაში;
- ჯანმრთელობის დაცვაზე განუხრელად მზარდ ხარჯებში.

ამ, უდავოდ უარყოფითი ტენდენციების მიზეზი მრავალია, მაგრამ ამ მიზეზებიდან ერთერთი უმთავრესი პროფილაქტიკური გამოკვლევით მოცვის მაჩვენებლის თითქმის 9 ჯერადი შემცირებაა, რაც დაავადებების ადრეულ სტადიაზე აღმოჩენას და მის შედარებით იოლ მკურნალობას უზრუნველყოფს.

ბოლო 30 წლის მანძილზე მომხდარი ტრანსფორმაციის შედეგად მოგებული არც პერსონალის უდიდესი ნაწილი დარჩენილა. სამედიცინო პერსონალისთვის გაუარესდა შრომის პირობები, შემცირდა რეალური შემოსავალი. მიუხედავად ექთნების რაოდენობის სიმცირისა, მათი ხელზე ასაღები ხელფასი 312.50 ლარიდან 633.75 ლარის ფარგლებში მერყეობს (სოლიდარობის ქსელი, 2021). სამედიცინო სფეროში დასაქმებულთა თვითური ხელფასი საშუალო მაჩვენებელი დღესაც ჩამორჩება ბიზნეს სექტორში ანაზღაურების საშუალო მაჩვენებელს (გალტ & თაგარტი, 2020).

რაც შეეხება სახელმწიფოს, იგი გათავისუფლდა ძალზედ დიდი მოცულობის აქტივებისგან, რომელთა ექსპლუატაციაც საკმაოდ დიდ დანახარჯებს მოითხოვდა. ტრანსფორმაციის შედეგად, 2.4-ჯერ შემცირდა საავადმყოფოს საწოლების ფონდი. ერთი შეხედვით ეს სარგებელია, მაგრამ ეს სარგებლად მხოლოდ ფინანსურ განზომილებაში შეიძლება განვიხილოთ და მხოლოდ იმ პირობით თუ სახელმწიფოს განვიხილავთ, როგორც მოგებაზე ორიენტირებულ ჩვეულებრივ კომერციულ სტრუქტურას, ყოველგვარი სოციალური ვალდებულებების გარეშე.

ფარმაცევტული კომპანიები, კერძო პრაქტიკების, კლინიკების მფლობელები და ინვესტორები, ალბათ ერთადერთი ჯგუფია, რომლებიც ბოლო 30 წლის ტრანსფორმაციის შედეგებით მოგებული

დარჩნენ. ჯანმრთელობის დაცვაზე კონსოლიდირებული დანახარჯები 2000 წლიდან განუხრელად იზრდება და 2019 წელს 2000 წელთან შედარებით თითქმის 4-ჯერაა მომატებული. ამ ვითარებაში გაზრდილი დანახარჯები სწორედ კლინიკების და ფარმაცევტული სექტორის მოგების ზრდას ნიშნავს (გალტ & თაგარტ, 2200).

დასკვნის სახით შეიძლება ვთქვათ, რომ კომერციალიზებული, მოგებაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა, განსაკუთრებით, არსებული ფაქტიური დანახარჯების ანაზღაურების სისტემის პირობებში, ზრდის დანახარჯებს; ახდენს სისტემის ფრაგმენტაციას და ახალისებს მცირე კომერციული სამედიცინო დაწესებულებების წარმოქმნას, რაც დამატებით ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს; ზრდის მოტივაციას არასაჭირო მაღალტექნოლოგიური ძვირადღირებული სამედიცინო ინტერვენციების; შრომაინტენსიური და ნაკლებად ტექნოლოგიატევადი ხასიათის გამო ნაკლებ ინტერესს იჩენს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიმართ, განსაკუთრებით არსებული მოკრძალებული კაპიტალური ანაზღაურების სისტემის პირობებში; განუვითარებელი პირველადი ჯანდაცვა სოციალური მდგენელების გაუარესებასთან ერთად ზრდის წნეხს ჰოსპიტალურ სექტორზე; დაფინანსების წყაროებისა და პროვაიდერების ფრაგმენტაცია ხელს უშლის ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურების ინტეგრაციას და უწყვეტ მკურანალობას, რაც თავის მხრივ ქმნის პაციენტებისთვის გაურკვევლობას და ბიუროკრატიულ ბარიერებს; ახდენს ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და მომსახურების კონცენტრაციას დიდი პოპულაციის, მაღალი მსყიდველუნარიანობის დასახლებებში, სადაც მოგება გარანტირებულია; არაოპტიმალურად ანაწილებს ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს. შედეგად მოსახლეობის დიდი ნაწილი სრულფასოვანი სამედიცინო დახმარების გარეშე რჩება.

აღსანიშნავია, რომ კერძო კაპიტალის შემოდინებისა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის ტენდენცია განვითარებული, ინდუსტრიულ ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებსაც ახასიათებთ, საქართველოს მასშტაბისა და ხარისხის ჯანდაცვის სექტორის პრივატიზაცია, შეიძლება ითქვას, რომ უპრეცედენტოა. ინტერვიუები, საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციების რეკომენდაციები და ანგარიშები ცხადყოფს, რომ საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებს თავიანთი წვლილი მიუძღვით ამ რეფორმების განხორციელებაში. ეს იყო საქართველოს ბიუჯეტის დეფიციტსა და მაკროეკონომიკურ პარამეტრებზე ზრუნვით, თუ იდეოლოგიური ფაქტორებით განპირობებული, სხვა კვლევის საგანია. პირველ პერიოდზე, შეიძლება ითქვას, რომ სახელმწიფო სახსრების სიმცირისგან გამოწვეულ რეფორმებს გაბატონებული იდეოლოგიაც უმაგრებდა ზურგს. საერთო რეფორმების ხასიათის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის რეფორმის მეორე ეტაპზე უფრო იდეოლოგიური მდგენელი სჭარბობდა. მესამე ეტაპზე, მიუხედავად საბიუჯეტო დაფინანსების საგრძნობი ზრდისა, სისტემა მაინც ბაზრის ერთგული დარჩა.

9

რეკომენდაციები

პირველი, უნდა შევთანხმდეთ, რომ ჯანდაცვის სისტემის ამოსავალი ადამიანის ჯანმრთელობაა და არა კომერციული საქმიანობა. ჯანდაცვაში არა ფინანსური სარგებელი, არამედ სხვა უფრო ეთიკური და ეგზისტენციური ფაქტორები არის მოტივაციის და საქმიანობის განმაპირობებელი.

ადამიანის ჯანმრთელობას არა მხოლოდ გამართული სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, არამედ ჯანმრთელობის სოციალური მდგენელები: ღირსეული საცხოვრებელი, დასაქმება, სრულფასოვანი განათლება, სრულფასოვანი კვება, ჰიგიენა განაპირობებს. კვლევები ადასტურებს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე სამედიცინო დახმარების გავლენა 12-18%-ს არ აღემატება. ამიტომ სახელმწიფოს ზრუნვა, უპირველეს ყოვლისა, შესაბამისი პირობების უზრუნველყოფაზე უნდა იყოს მიმართული.

ახლა კი იმ რიგ რეკომენდაციებს შევხებით, რომელმაც არსებული სისტემის შიგნით შეიძლება სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესება გამოიწვიოს.

მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა

საქართველოს კონკურენციის სააგენტოს ფარმაცევტული ბაზრის მოკვლევის თანახმად, საქართველოში მედიკამენტების ფასი, სხვა ქვეყნებთან შედარებით, ბევრად მაღალია (საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, 2021). მოსახლეობის ჯიბიდან გაწეული ხარჯების 69 % მედიკამენტებზე მოდის (ქეთევან გოგინაშვილი, 2021). მიუხედავად, არა მხოლოდ საცალო და საბითუმო მოვაჭრეების და ჯანდაცვის პროვაიდერების ხშირად ერთი ბიზნესსუბიექტის ქვეშ ინტეგრაცია, ან ექიმებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის არსებული კომერციული ინტერესი, ან და გენერაციების არაპოპულარობა, არამედ მთლიანად სისტემის გაუმართაობა. მედიკამენტების საბითუმო შესყიდვა განპირობებულია არა სისტემური და კლინიკური კვლევებით, არამედ ჯანდაცვის სექტორისთვის დამახასიათებელი ინფორმაციული ასიმეტრიის⁴² შედეგად წარმოქმნილი კომერციული სარგებლის მიღების ინტერესით. გარდა ამისა, მოცულობის ეკონომიკიდან გამომდინარე შემსყიდველი ორგანიზაციების ფრაგმენტულობა კიდევ უფრო აძვირებს საბითუმო შესასყიდ ფასს. ხოლო განუვითარებელი პირველადი ჯანდაცვის სექტორი, ექიმებისა და კერძო ჰოსპიტალების კომერციული ინტერესიდან გამომდინარე, პაციენტებს ძვირადღირებული მედი-

42 ჯანდაცვას ეკონომიკას ახასიათებს ე. წ. ინფორმაციული ასიმეტრია. ჩვეულებრივ პაციენტმა არ იცის რა ტიპის მკურნალობა სჭირდება, ის მხოლოდ ექიმის კეთილსინდისიერებას არის მინდობილი. მაგალითად, როცა საკვებს ვყიდულობთ, ჩვენ ვიცით მისი გემო და თვისებები, ამიტომ ჩვენი მოტყუება რთულია. ჯანდაცვაში ჩვენ ამ ინფორმაციას არ ვფლობთ, ფლობს მხოლოდ ექიმი. სწორედ ეს შეიძლება გახდეს მოგების მიღების მიზნით ზედმეტი დანახარჯისა და ჩვენი მოტყუების საფუძველი. გარდა ინფორმაციული ასიმეტრიისა, ჯანდაცვის ეკონომიკას კიდევ ერთი თავისებურება ახასიათებს - მაგალითად, თუ დაახლოებით მაინც შემიძლია განსაჯას ზღვრობა რომელიმე პროდუქტი როდის დამჭირდება და წინასწარ გავითვალისწინო მისი შეძენის ხარჯები, რა დაავადებით, როდის დავსწრუდვარა ამის განსაზღვრა არ შემიძლია. ამიტომ არ შემიძლია განსაზღვრო არც ხარჯის წარმოქმნის დრო და არც მისი მოცულობა. განსხვავებით სხვა კომერციული ურთიერთობისაგან. რადგან მკურნალობა ძვირია და გაუთვალისწინებელ ხარჯებთან არის დაკავშირებული, ამიტომ უფარი გაღარიბებისა თუ გადახდის უუნარობის თავიდან ასაცილებლად, იქმნება კოლექტიური პასუხისმგებლობის სისტემები ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად.

კამენტების მძევლად აქცევს. შესაბამისად, ვერც გენერიკების პოპულარიზაცია და ვერც მხოლოდ გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის სისტემის⁴³ დანერგვა, ვერ აღმოფხვრის პრობლემას. ინფორმაციული ასიმეტრიის ნიველირება და ფასების შემცირება მხოლოდ სახელმწიფოს მხრიდან მედიკამენტების მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კონსოლიდირებული შესყიდვისა და საცალო ბაზარზე ზღვრული ფასების დაწესების საფუძველზე არის განხორციელებადი. შედეგად დაიკლებს საბითუმო შესასყიდი ფასი და ბუნებრივად მოხდება საბითუმო და საცალო ვაჭრობის სეგმენტების გამიჯვნა. საცალო ვაჭრობის ობიექტებს საქმიანობის განსახორციელებლად კი განესაზღვრებათ მოგების ზღვრული მარჟა. შედეგად მოხდება მედიკამენტების სახელმწიფო პროგრამებში ოპტიმალური ინტეგრაცია.

ჯანდაცვის სერვისები დაფინანსება

სამედიცინო ბაზარი, არ არის ჩვეულებრივი სამომხმარებლო პროდუქტის ბაზარი, სადაც კონკურენცია უკეთეს შედეგს იძლევა. აქ ბაზარზე შესვლისა და გამოსვლის ფასი არის ბევრად უფრო მაღალი. ამიტომ სადაც არ არის განსაზღვრული და რეგლამენტირებული ჯანდაცვის სისტემისთვის საჭირო სამედიცინო სიმძლავრეები, ბაზარზე კომერციულ ორგანიზაციებს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებებს, ისე სადაზღვეო კომპანიებს შორის კონკურენცია, ახდენს სისტემის ფრაგმენტაციას, ზრდის როგორც კაპიტალურ, ისე საოპერაციო ხარჯებს, იწვევს ჭარბ მოწოდებას. ამის შედეგია სამედიცინო დაწესებულებებისა და საწოლფონდის რაოდენობის ზრდა, ხშირად გაუმართლებელი დანახარჯები სამედიცინო დანადგარებში და ძვირი და არასრულფასოვანი სადაზღვეო პაკეტები.

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენი კვლევა ძირითადად სამედიცინო დაწესებულების პრივატიზაციას დაეთმო, რეკომენდაციების ეს ნაწილი დაფინანსებას შეეხება. დღევანდელი ჯანდაცვის სისტემა შემსყიდველი უწყებების მრავალფეროვნებით, სიმრავლითა და შესაბამისად, ფრაგმენტულობით ხასიათდება. დაფინანსების წყაროები გაბნეულია ცენტრალურ, ადგილობრივ ბიუჯეტსა და კერძო სადაზღვეო კომპანიებში. ხარჯების დაახლოებით 50%-ს პაციენტი ჯიბიდან იხდის. პროვაიდერი კლინიკების სიმრავლისა და ფრაგმენტულობის გათვალისწინებით, ეს გარემოება აფერხებს შემსყიდველსა და მომსახურების მომწოდებელს შორის სრულფასოვან კომუნიკაციას, ხელს უშლის პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის კონსოლიდაციას და მის უწყვეტ მკურნალობას. გარდა ამისა, ასუსტებს სახელმწიფოს შესაძლებლობას შეიმუშაოს და სრულფასოვნად გაატაროს ჯანდაცვის პოლიტიკა. ქმნის დამატებით ბიუროკრატიულ ბარიერებს პაციენტებისთვის და აკისრებს მათ დამატებით ხარჯებს. ამიტომ უმჯობესი იქნებოდა შესყიდვის კონცენტრაცია ცენტრალურ ბიუჯეტში, სადაზღვეო კომპანიებისთვის ზედნაშენი სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის უფლებამოსილების დატოვების გათვალისწინებით.

რიგი გარემოებების გამო სოციალური სამედიცინო დაზღვევის მოდელმა საქართველოში ვერ გამართლა. თავი რომ დავანებოთ ისტორიულ და კულტურულ ფაქტორებს, უმუშევრობის მაღალი მაჩვენებელი, ეკონომიკის არაფორმალური სექტორის ხვედრითი წილი დღესაც ამ სისტემის სრულფასოვანი დანერგვის ხელშემშლელ ფაქტორებს წარმოადგენენ. სოციალური სამართლიანობის თვალსაზრისით, უპრიანი იქნებოდა, პროგრესული საშემოსავლო გადასახადის შემოღება, რაც სამართლიანად გაანაწილებდა ჯანდაცვაზე საზოგადოების მიერ გაწეულ ხარჯებს.

43 გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა: მედიკამენტების ფასების რეგულირების შესაძლო მექანიზმი საქართველოსთვის | Curatio International Foundation (curatiofoundation.org)

ხარჯების ოპტიმიზაცია

პირველ რიგში, უნდა მოხდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებით საჭირო სამედიცინო სიმძლავრეების განსაზღვრა / რეგლამენტირება და ჯანდაცვის ეროვნული მიზნების შემუშავება. ამ გარემოებების გარეშე, სახელმწიფო დაფინანსების არსებულ პირობებშიც კი, იმავე ინფორმაციული ასიმეტრიის გამო, მოგებაზე ორიენტირებული სამედიცინო დაწესებულებები ყოველთვის იქნებიან მიდრეკილი პირველ რიგში მაღალი მოგების მარჯის მქონე, არამიზანშეწონილი სამედიცინო მანიპულაციებისა და ჭარბი მოწოდებისკენ. მათ იციან, რომ სახელმწიფო მაინც იხდის. ამის ნათელ დასტურს საკეისრო კვეთების სიჭარბეც წარმოადგენს, რაც არაერთი კვლევით არის დადასტურებული⁴⁴ მათ შორის საქართველოშიც (Ingvild Hersoug Nedberg, 2020).

ამიტომ, ხარჯების ოპტიმიზაციის მთავარ გზას არა საწოლფონდის შემცირება, არამედ ჯანდაცვის სწორი ბიუჯეტირება წარმოადგენს. რადგან მოსახლეობის ფინანსური მდგომარეობა მძიმეა, ხოლო ჯიბიდან გადახდის საჭიროება მაღალი, ამიტომ ჩვენ ზუსტად ვერ გვეცოდინება რა ოდენობის საწოლფონდი თუ ინფრასტრუქტურა გვჭირდება. ეს არა სხვა ქვეყნების იმავე მაჩვენებლებთან მექანიკურმა შედარებამ, არამედ კვლევებმა უნდა განსაზღვროს. საბიუჯეტო დანა-ხარჯების ოპტიმიზაციისა და ჯიბიდან გადახდის წნეხის შესამცირებლად უპრიანი იქნებოდა გლობალური ბიუჯეტირების ფარგლებში ე.წ. DRG დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების მეთოდის დანერგვა (John C. LangEnbrunner, 2009). მხოლოდ DRG მეთოდის დანერგვა ვერ მოახდენდა გავლენას არასაჭირო, ძვირადღირებული სამედიცინო ინტერვენციების განხორციელებაზე კერძო კლინიკების მხრიდან, რადგან მოგების მარჯის შენარჩუნების მიზნით აქცენტი არა სამედიცინო ჩარევის ღირებულებაზე, არამედ რაოდენობაზე გაკეთდებოდა. გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში კი თავიდანვე განისაზღვრებოდა ჰოსპიტლის ზღვრული ბიუჯეტი სახელმწიფოსა და მომსახურების მომწოდებელს შორის როგორც მიმდინარე, ისე კაპიტალურ ხარჯების გათვალისწინებით. სელექციური კონტრაქტირების საფუძველზე მოხდებოდა სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამაში მხოლოდ იმ კლინიკების ჩართვა, რომლებიც ამ კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებდნენ. ამ მოდელში მოტივაციის გასაზრდელად შეიძლება განხილულ იქნას სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ინდიკატორების შესრულებასთან დაკავშირებული ბონუსების სისტემა.

პირველადი ჯანდაცვა

პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარ აქილევსის ქუსლად იქცა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის. აქაც მაღალი ფრაგმენტაციის პრობლემას ვაწყდებით. ფრაგმენტაციის აღმოფხვრის გარეშე კაპიტალური დაფინანსების გაზრდისა და პირველადი სამედიცინო დაწესებულების ინფრასტრუქტურის მოდერნიზაცია-აღჭურვაც ვერ მოგვცემს სასურველ შედეგს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქცია მხოლოდ დაავადების ადრეულ ფაზაში გამოვლენა არ არის. ის ერთგვარ მეხსიერების ბარათს წარმოადგენს პაციენტი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ერთიანი სახელმწიფო საინფორმაციო ციფრული ბაზის არარსებობის შემთხვევაში განსხვავებული სამედიცინო კომპანიებს შორის ინფორმაცია ამბულატორიული სექტორიდან, ჰოსპიტალურ სექტორში თითქმის ვერ აღწევს. თუ გავითვალისწინებთ ზემოთ აღნიშნულ დაფინანსების წყაროების ფრაგმენტაციას და შემსყიდველის მიერ პროვაიდერების დაკონტრაქტების ქაოტურ

44 Hoxha I, Syrogiannouli L, Luta X, Tal K, Goodman DC, da Costa BR, Jüni P. Caesarean sections and for-profit status of hospitals: systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017 Feb 17;7(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28213600/>.

სისტემას, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ პაციენტის შესახებ ინფორმაცია ერთი საფეხურიდან მეორეში სრულფასოვნად ვერ აღწევს, რაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სწორი და უწყვეტი მკურნალობისთვის. ისედაც, დაბალი მოგების მარჟის გამო კერძო სამედიცინო კომპანიები ნაკლებად არიან ორიენტირებული პირველად მედიცინაში ინვესტირება-განვითარებაზე. ამიტომ უპრიანი იქნებოდა სახელმწიფოს მიერ კერძო დაწესებულებების ეტაპობრივი გამოსყიდვა და დაწესებულებებისთვის შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების სისტემის დანერგვა.

დაავადების ადრეულ ფაზაში გამოვლენისა და გართულებების პრევენციის მიზნით უნდა მოხდეს პროაქტიული შემოწმების, დისპანსერიზაციის პრაქტიკის რეანიმაცია, განსაკუთრებით სამუშაო ადგილებზე.

ჯანდაცვის პერსონალის შრომის პირობები

ყველა კვლევა მიუთითებს რომ, დაბალი და საშუალო რგოლის სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ძალიან დაბალია. ამიტომ უნდა განისაზღვროს მინიმალური ხელფასი სექტორულ დონეზე და მოხდეს სამედიცინო პერსონალის სამუშაოს მოცულობის რეგლამენტირება. სხვა შემთხვევაში, კადრების გადინება გარდაუვალი გახდება.

პრივატიზაციამ და გარანტირებული მოგების მოტივაციამ რეფორმების ადრეულ ეტაპზე შესაძლოა მოახერხა სამედიცინო ინფრასტრუქტურის სწრაფი მოდერნიზაცია და გადაიარაღება. მაგრამ არ უნდა დაგვავიწყდეს რომ ეს ძირითადად საბიუჯეტო სახსრების მეშვეობით მოხდა. ზემოთ აღნიშნული რეფორმები მინიმუმამდე დაიყვანდნენ კერძო კომპანიების არამიზნობრივი და ძვირადღირებული მანიპულაციების შესაძლებლობას, გამოთავისუფლებული სახსრებით გაიზრდებოდა საყოველთაო ჯანდაცვის დაფარვა, შემცირდებოდა ჯიბიდან გადახდის მაჩვენებელი, მოხდებოდა სისტემის ინტეგრაცია, გაუმჯობესდებოდა დაბალი და საშუალო რგოლის სამედიცინო პერსონალის მდგომარეობა და პროდუქტიულობა, სახელმწიფოს გაუადვილდებოდა პოლიტიკის გატარება, სულ მინიმუმ ისეთ ფორსმაჟორულ ვითარებაში, როგორც პანდემიაა.

შემოთავაზებული რეფორმების განხორციელებამ შესაძლოა შეამციროს კერძო კომპანიების მხრიდან სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი. შესაძლოა სახელმწიფო ავტომატურად კერძო დაწესებულებების ეტაპობრივი გამოსყიდვის აუცილებლობის წინაშე დადგეს, რაც საშუალოვადიან პერსპექტივაში სრულიად შესაძლებელი და ჯანდაცვის სისტემისთვის სასარგებლოა.

დასკვნის სახით: ჯანდაცვის სისტემის მიზანი ჯერ ადამიანის ჯანმრთელობაა და შემდეგ ხარჯების ოპტიმიზაცია. რამდენადაც თანაბარი და უნივერსალურია სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მოქალაქეების მიმართ, მით უფრო დიდია მათი ნდობა როგორც სახელმწიფოს, ისე ერთმანეთის მიმართ (Bo Rothstein, 2003). პანდემიამ და ვაქცინაციის პროცესის ხარვეზებმა ეს კიდევ ერთხელ დაადასტურა. მიუხედავად იმისა, რომ სისტემა გადაიღალა უწყვეტი რეფორმებით, რეალური რეფორმა სახელმწიფოს როლისა და პასუხისმგებლობის ზრდას უნდა დაეთმოს, როგორც ჯანდაცვის მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფის, ისე განხორციელების თვალსაზრისით. თორემ მოგებაზე ორიენტირებული კომერციულიზებული ჯანდაცვის სისტემა, ნებისთ თუ უნებლიეთ მიდრეკილი იქნება ავადმყოფების წარმოებისკენ მოგების მიზნით.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Bo Rothstein, D. S. (2003), *Introduction: Social Capital in Scandinavia. Scandinavian Political Studies / Volume 26, Issue 1, 1-26.*
- (თ. გ.). Health at a Glance 2021, OECD Indicators: Health expenditure from public sources as a share of total, 2019 (or nearest year).
- Balcerowicz, L. (1994), *Understanding Postcommunist Transitions.* Journal of Democracy, pp. 75–89.
- Brainerd, E. a. (2005), *Autopsy on an empire: Understanding mortality in Russia and former Soviet Union.* Journal of Economic Perspectives, 107–130.
- Dina Balabanova, M. M. (2004), *Health Service Utilization in the Former.* Health Service Research.
- European Stability Initiative (2010), *Georgia's Libertarian Revolution.* Berlin Brussels Istanbul.
- Field, M. G. (2002), *prologue, The Soviet legacy: the past as.* J. H. Martin McKee, *Health care in* (pp. 67-76). Open University Press.
- Gaffney, A. (2017), *To Heal Humankind.* Routledge.
- Giorgi Gotsadze, A. Z. (1999), *Hospital Sector Reform and Its Implications on HRD in Georgia.* WHO.
- Hilary Appel, Mitchell Orenstein (2018), *From Triumph to Crisis.* Cambridge University Press.
- IMF. (2004), *Georgia: Ex Post Assessment of Georgia's Performance Under Fund-Supported Programs.* Staff Report.
- IMF Georgia. (2002), *Joint Staff Assessment of the PRSP Preparation Status Report.*
- Jeffrey Braithwaite, J. F. (2011), *Can Questions of the Privatization and Corporatization, and the Autonomy and Accountability of Public Hospitals, Ever be Resolved?* Health Care Anal, 133-153.
- Jonathan Cylus, I. P. (2016), *Health System Efficiency, How to make measurement matter for policy and management.*
- Klein, N. (2007), *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism.* London, Mcmilan.
- Kristen Ghodsee, Mitchell Orenstein (2021), *Taking Stock of Shock: Social Consequences of the 1989 Revolutions.* Oxford University Press.
- Laura Rose, G. G. (2001), *Georgia: Implementing a hospital restructuring programme.* Eurohealth.
- Lawrence King, P. H. (2009), *Mass Privatization and Its Impact on Health.* International Journal of Health Services, 461-489.
- Marangos, J. (2007), *Was Shock Therapy Consistent with the Washington.* Comparative Economic Studies, 32-58.
- Marion Grote Westrick, E. V. (2019). *Übersorgung – eine Spurensuche.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- McKee, M. (2004), *Reducing hospital beds: what are the lessons to be learned? European Observatory on Health Systems and Policies.*
- Roger Cooter, J. P. (2000), *Medicine in the Twentieth Century.*
- Scandinavian Care. (2006), *Improvement of Hospital Governance/Managments and Strategic Planning.* Georgia structural Reform Support Project World Bank.
- Steinberg, D. (1990), *Trends in Soviet Military Expenditure.* Soviet Studies, pp. 675-699.
- Stiglitz, J. (2002), *Globalization and Its Discontents.* New York.
- (თ. გ.), *Strategic Health Plan for Georgia 2000 - 2009.*
- Tata Chanturidze, T. U. (2009), *Health Systems in Transition - Georgia Health System Review 2009.* WHO.
- The Worl Bank in Georgia (2009), *1993-2007 Country Assistance Evaluation.*
- Transparency International Georgia (2012), *The Georgian Hospital Sector.*
- World Bank (1999), *Structural Reform Support Project (Project Appraisal Document).*
- გალტ & თაგარტი (2020), *ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში.*
- პაპავა, ვ. (2015), *საქართველოს ეკონომიკა რეფორმები და ფსევდორეფორმები. თბილისი, ინტელექტი.*
- ჯორბენაძე, ა. (2021), *როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა. თბილისი.*

ავტორების შესახებ

ბექა ნაცვლიშვილი არის კვლევითი ორგანიზაციის "სამართლიანი ეკონომიკის ინსტიტუტის" ხელმძღვანელი. მას აქვს სწავლებისა და კვლევის ხანგრძლივი გამოცდილება სოციალური მეცნიერების სფეროში. მისი კვლევითი გამოცდილება მოიცავს სოციალურ კაპიტალს, სოფლის განვითარებას, სამართლიან სავაჭრო პოლიტიკას, შრომისა და სოციალურ პოლიტიკასა და ჯანდაცვას. აგრეთვე არის ინდუსტრიული ურთიერთობების სამაგისტრო პროგრამის ხელმძღვანელი და პოლიტეკონომიისა და პოლიტიკური სოციოლოგიის ლექტორი. ის საქართველოს პარლამენტის ყოფილი წევრია.

ნოდარ კაპანაძე არის სტატისტიკოსი. მუშაობდა სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურში სოციალური სტატისტიკის მიმართულების ხელმძღვანელად, ათასწლეულის გამოწვევის პროექტში მონიტორინგისა და შეფასების კონსულტანტად, საქართველოს დარგობრივი და რეგიონული განვითარების კომპანიის უფროს ანალიტიკოსად, ასევე სხვადასხვა ორგანიზაციებსა და პროექტებში მონიტორინგისა და შეფასების მიმართულებით.

არის პუბლიკაციების ავტორი რონდელის ფონდისა და ფრიდრიხ ებერტის ფონდის კვლევითი პროექტების ფარგლებში. მისი კვლევის ძირითად მიმართულებებს წარმოადგენენ: ეკონომიკა, უმუშევრობა, სიღარიბე და უთანასწორობა, სოციალური პოლიტიკა.

სოფო ჯაფარიძე სამართლიანი ეკონომიკის ინსტიტუტის მკვლევარია. იგი არის სოლიდარობის ქსელის, მზრუნველობის სფეროს დასაქმებულ მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირი თავჯდომარე საქართველოში. ის ათწლეულზე მეტია შრომელთა ორგანიზებით არის დაკავებული. იგი იკვლევს შრომით და სოციალურ ურთიერთობებს. მისი პუბლიკაციები ქვეყნდება სხვადასხვა გამოცემებში.

