

გოდერძი შანიძე
 ბიზნესისა და მართვის აკადემიური
 დოქტორი,
 ქუთაისის სამართლისა და ეკონომიკის
 უნივერსიტეტის
 ასოცირებული პროფესორი

**სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვისა და
 სოციალური პრობლემების გადაჭრაში**

საქართველოში რეფორმები
 რამდენიმე მიმართულებით
 მიმდინარეობს, უდავოა ის ფაქტი, რომ
 ჯანდაცვისა და სოციალური
 პრობლემების გადაჭრას უდიდესი
 ყურადღება უნდა მიექცეს, რადგანაც
 სოციალური მდგომარეობის
 გაუმჯობესება და სიღატაკის დაძლევა
 ქვეყანაში პრიორიტეტულია.

2007 წელს საქართველოში დაიწყო
 ჰოსპიტალური სექტორის ეროვნული
 პროგრამა - „100 ახალი საავადმყოფოს“
 მშენებლობა. რეფორმის მიზანი იყო
 სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული
 ყველა საავადმყოფოს პრივატიზაცია,
 ჯანდაცვის სამსახურების ხარისხისა
 და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება,
 ჯანდაცვის მენეჯმენტისა და
 ადმინისტრაციის რესტრუქტურისა
 და ჯანდაცვის სფეროს ფინანსირების
 მდგრადი სისტემის ჩამოყალიბება. იგი
 ითვალისწინებდა
 სპეციალიზირებული
 საავადმყოფოებიდან კომპლექსურ

ჯანდაცვის დაწესებულებებზე
 გადასვლას.

გათვალისწინებულია ჯანდაცვის
 ინდუსტრია მთლიანად გადავიდეს
 კერძო სექტორში, გაიზარდოს
 კონკურენცია, ჯანდაცვის
 სამსახურების ხარისხი და
 მოსახლეობისათვის არჩევანის
 შესაძლებლობები. პარალელურად
 მოქალაქეები მიიღებენ
 უნივერსალური პირველადი
 დახმარების პაკეტს, სიღარიბის
 ზღვარს ქვემოთ მყოფთათვის
 გათვალისწინებულია დამატებითი
 სამედიცინო დაზღვევაც.

რეფორმის ერთ-ერთი მოთხოვნაა
 პრივატიზების შედეგად ახალმა
 დაწესებულებებმა, როგორც
 საავადმყოფოებმა, შეინარჩუნონ
 პროფილი ხელშეკრულების
 დადებიდან შვიდი წლის
 განმავლობაში. ამ პერიოდის გასვლის
 შემდეგ ინვესტორებს უფლება ექნებათ
 გამოიყენონ ყოფილი სახელმწიფო
 ქონება ნებისმიერი სხვა მიზნით.
 ასეთი პირობა კი ქმნის იმის საფრთხეს,
 რომ იგი გამოიწვევს ზოგიერთი
 არამომგებიანი მომსახურების
 გაუქმებას და მონოპოლიური
 მომსახურების შექმნას სამედიცინო
 ბაზარზე. ჯანდაცვის მომსახურება

მთლიანად გადადის ბაზრის რეგულირების ქვეშ. ცნობილია, რომ ბაზარზე კონკურენცია წარმოშობს მონოპოლიებს. ეს განსაკუთრებით მართებულია ჯანდაცვის სექტორისთვის, სადაც კონკურენცია შეზღუდულია. ამ ვითარებამ შეიძლება განაპირობოს ჯანდაცვის მომსახურების გაძვირება, რაც ტვირთად დააწვება ოჯახებს. იგი გააძვირებს ხანშიშესულ ადამიანთა და პენსიონერთა მკურნალობას.

მთელი სამედიცინო მომსახურების კერძო სექტორში გადატანა მნიშვნელოვნად იმოქმედებს მომსახურების ფასებზე, რაც იმას გულისხმობს, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის ეს სექტორი არ იქნება ხელმისაწვდომი. შესაბამისად, ამ საფრთხეებიდან გამომდინარე:

- თუ სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს მათ დაზღვევას ან ოჯახები ვერ შეძლებენ დამოუკიდებლად შეიძინონ სამედიცინო დაზღვევის პოლისი, ისინი დარჩებიან პირველადი

სამედიცინო დახმარების გარეშე.³⁰

- თუ ახალი ინფრასტრუქტურა ვერ შეინარჩუნებს ჯანდაცვის ფუნქციას და მთელი რიგი არამომგებიანი საკმიანობა ამოვარდება სერვისიდან, ამ შემთხვევაში მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის მომსახურების გაწევა შეიზღუდება.

ჯანდაცვის რეფორმების ძირითადი ღერძი არის ის, რომ მომსახურების სფეროს კერძო სექტორში გადატანის პარალელურად სადაზღვევო ბაზრის განვითარებამ უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობის პირველადი და აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება. ყოველივე ეს კი მოითხოვს კერძო დაზღვევასთან ერთად სახელმწიფოს მონაწილეობის ზრდას სადაზღვევო ბაზარზე, რაც საბიუჯეტო დაფინანსების რეფორმასთან ერთად სახელმწიფო ფინანსების როლის გაზრდასაც გულისხმობს. ამ კუთხით საკმაოდ საინტერესოა ისრაელის მაგალითი,

³⁰ ასი ახალი საავადმყოფო. Available at: http://www.transparency.ge/files/215_275_122279_One%20Hundred%20New%20Hospitals%20for%20Georgia-%20G.pdf

ისრაელში მოქმედებს სისტემა რომელიც სიტყვა სიტყვით ასე ითარგმნება – „ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი ორგანიზაცია“. ის წარმოადგენს ერთ სტრუქტურაში გაერთიანებულ ორ სფეროს: სადაზღვევო კომპანიას და საავადმყოფოს ან პოლიკლინიკას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, სადაც ჯანდაცვის ფინანსების ძირითადი სიმძიმე კერძო დაზღვევაზე გადადის, სადაზღვევო კომპანია და საავადმყოფო ცალ-ცალკეა. თუ პაციენტი დაზღვეულია, ის რომელიმე საავადმყოფოში მიდის, იღებს პოლის და მას იმ ფარგლებში მკურნალობენ, რასაც მისი დაზღვევა ითვალისწინებს. თუ მკურნალობისათვის დახარჯული თანხა ამ ლიმიტს გადაცდა, იწყება ბრძოლა სადაზღვევო კომპანიას, კლინიკას და პაციენტს შორის – ვინ გადაიხადოს ეს თანხა. ამ კომერციულ შეხლა-შემოხლაში დიდი თანხა იხარჯება, სრულიად უსარგებლოდ. ისრაელში კი ამ თანხის ეკონომია გასწიეს, გააერთიანეს რა სადაზღვევო კომპანია და საავადმყოფო, ამით მოიხსნა კონკურენცია მათ შორის და დაზღვევა მოგების გენერირებას არ ახდენს. თუმცა, სამედიცინო დახმარება, რომელსაც ისინი

ანხორციელებენ, გარკვეულად შეზღუდულია, არის დიდი რიგები, მაგრამ ეს სისტემა მუშაობს.

ჯანდაცვის სფეროს განვითარება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია როგორც სოციალურ თანასწორობის მიღწევის, ასევე სიღარიბის შემცირების თვალსაზრისითაც.

წლების განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში დაბანდებული ინვესტიციები მშპ-სთან მიმართებაში დაბალი იყო სხვა ქვეყნებთან შედარებით.³¹

ჯანდაცვის სიტემის რეფორმები წარიმართებოდა იმ მიზნით, რომ სახელმწიფოს დაფინანსების ტვირთი შემსუბუქებულიყო. შეიქმნა პარადოქსული სიტუაცია: კერძო დაფინანსების ზრდასთან ერთად სახელმწიფო დაფინანსების წილი მკვეთრად შემცირდა³² ამდენად, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ძირითადად ოჯახებს დააწვა ტვირთად.

დღესდღეობით ევროკავშირის ქვეყნებში ჯანდაცვის სფეროში

³¹ მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა: http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm

³² Making Transition for Everyone: Poverty and Inequality in Europe and Central Asia, (2000). *World Bank, Oxford University press, Oxford.* p 8.

სახელმწიფო დაფინანსების ზრდასთან ერთად კერძო დაფინანსების წილი მცირდება.

დღეს საქართველო მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირის მაჩვენებლებს. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხა ჯანდაცვაზე 2006-2007 წლებში შეადგენდა მშპ-ის 2.1-2.3 პროცენტს, ხოლო 2008 წლისათვის კი მისი აბსოლუტურ მაჩვენებლებში შემცირების შედეგად დაახლოებით მშპ-ის 1,9 პროცენტი იყო. (ცნობისათვის ქვეყნებში: ნორვეგია, გერმანია, შვედეთი, ჰოლანდია, საფრანგეთი, დანია ეს მაჩვენებელი 8 პროცენტია). რა თქმა უნდა პირდაპირი მნიშვნელობით ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებზე შედარება ჩვენი ქვეყნისა არა რის გამართლებული რადგანაც ჩვენთან სხვა ეკონომიკური და პოლიტიკური სიტუაციაა, მაგრამ რეფორმების გატარების დროს უდაოდ უნდა გამოვიყენოდ სხვა წარმატებული ქვეყნები გამოცდილება.

2006-2007 წლებში სოციალურ დაცვაზე გამოყოფილი თანხები საშუალოდ შეადგენდა ნომინალური მთლიანი შიდა პროდუქტის 4,5 პროცენტს. 2008 წელს კი გაიზარდა 5,7

პროცენტამდე. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ ევროკავშირის 15 ქვეყანაში 2007 წელს სოციალურ დაცვაზე გამოყოფილი თანხები საშუალოდ შეადგენდნენ მთლიანი შიდა პროდუქტის 21 პროცენტს, ხოლო ევროკავშირის 27 ქვეყანაში კი – 19,1 პროცენტს.³³ ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ქვეყნებში სოციალურ პროგრამებზე (სოციალური უზრუნველყოფა, სხვადასხვა სახის დახმარებები, კომპენსაციები, უმუშევართა ტრეინინგები და ა.შ.) სახელმწიფოს აგრეგირებული დანახარჯი შეადგენს მთლიანი სახელმწიფო ხარჯების 50.2 პროცენტს. მათ შორის სოციალური დანახარჯი ყველაზე მაღალია იაპონიაში - 64.7 პროცენტი და ყველაზე დაბალია კორეაში - 23.8 პროცენტი.³⁴ შედარებისთვის, საქართველოში სოციალურ დაცვაზე გამოყოფილი თანხები 2007-2008 წლებში შეადგენდა სახელმწიფო ხარჯების 16 პროცენტს. ამ ფონზე საქართველოში სოციალურ სფეროზე გამოყოფილი სახელმწიფო დაფინანსების წილი მეტად მწირია.

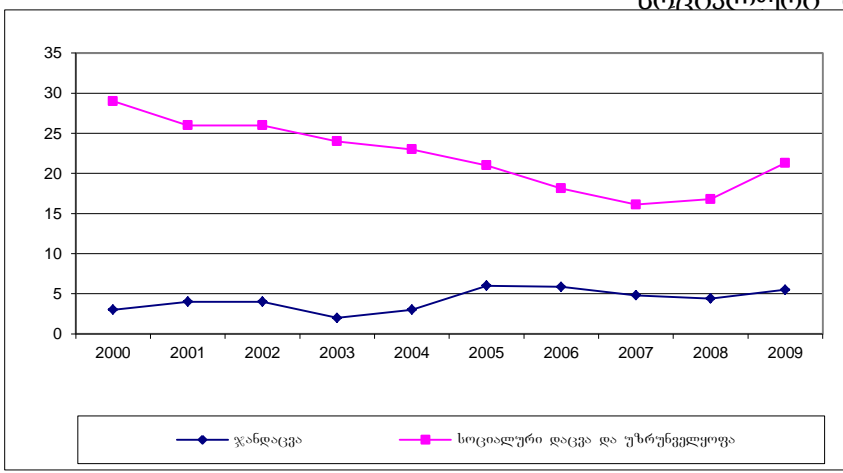
³³ <http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/>.

³⁴ <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx>.

2008 წელს სახელმწიფო დაფინანსება სოციალურ სფეროში გაიზარდა (იხ. გრაფიკი 1). 2009 წელს კი დაიგეგმა მნიშვნელოვანი გარდატეხა სოციალური დაცვის მიმართულებით, რასაც ხელი შეუწყო საქართველო-რუსეთის ომისა და მსოფლიო ფინანსური კრიზისის შედეგად დევნილთა რაოდენობის ზრდამ და საქართველოში განვითარებულმა რეცესიულმა პროცესებმა და სოციალურმა დაძაბულობამ.G

გრაფიკი 1

სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვისა და უზრუნველყოფის დაფინანსების წილი მთლიან საბიუჯეტო ხარჯებში



2004-2007 წლებში მთლიანი შიდა პროდუქტი იზრდებოდა ორჯერ

უფრო სწრაფი ტემპებით, ვიდრე ეს იყო წინა წლებში რაც, მართალია, ქმნიდა შესაძლებლობებს ჯანდაცვის, სოციალური უზრუნველყოფისა და ცხოვრების დონის გასაზრდელად, მაგრამ ფრაგმენტული სოციალური რეფორმების შედეგად სოციალური უთანასწორობა არ შემცირდა. სიმდიდრის ზრდას ცალკეულ სოციალურ ჯგუფებში თან არ სდევდა საყოველთაო სიღარიბის შემცირება. ფართოდ ვითარდებოდა მოსახლეობის სოციალური დიფერენციაცია, რომელიც მოითხოვდა სახელმწიფოსაგან შესაბამისი პოლიტიკის გატარებას და ღარიბი ფენების დაცვას განაწილების სახელმწიფო არხების აქტიური მოქმედებით.

ბოლო ორი წლის განმავლობაში სოციალური დაცვის სფეროში ბევრი გაკეთდა სოციალური ასპექტით. ზღვარს მიღმა მყოფი სოციალური დაცვის წყო სიდატაკის ზღვარს მყოფი ოჯახების, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებისა და მონაცემთა ბაზის ფორმირების სახელმწიფო პროგრამა,

რომლის ფარგლებში განხორციელდა უკიდურეს სილატაკეში მყოფი ოჯახების შესწავლა, შეფასება და მათი მონაცემთა ერთიან ბაზაში აღრიცხვა. დაიწყო მიზნობრივი სოციალური დახმარების – საარსებო შემწეობის გაცემა.

რეფორმის ძირითადი მიზანი იყო მხოლოდ იმ მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება, რომლებიც უკიდურეს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ იყვნენ. შეღავათების ნაცვლად დაწესდა ყოველთვიური ფულადი დახმარებები, რომელსაც ოჯახები თავად განკარგავენ. დახმარების ოდენობა 1-სულიან ოჯახზე შეადგენდა 35 ლარს, 2-სულიანზე – 45 ლარს, 3-სულიანზე – 50 ლარს და ა.შ. 2007 წლამდე კი საქართველოში მოქმედებდა სოციალური პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებდა ოჯახზე 22 ლარის ოდენობის შემწეობას 5 კატეგორიის ოჯახისათვის. ამ პროგრამის ნაკლი იყო ის, რომ ზოგჯერ სოციალურად დაუცველი ვერ ხვდებოდა შესაბამის კატეგორიებში, ზოგჯერ კი, პირიქით, ამ კატეგორიაში მოხვედრილ ადამიანს სახელმწიფოს დახმარება არ სჭირდებოდა.

რეფორმების სწორად წარმართვა შექმნის სწორედ იმ წინა პირობებს რომელიც საჭიროა ქვეყნის სოციალური პრობლემების მოსაგვარებლად, ამ დროს სწორედ ყურადღება უნდა მიექცეს როგორც უცხო ქვეყნების გამოცდილების გაზიარებას, ასევე ჩვენი ქვეყნის მეცნიერთა და ექსპერტთა რჩევებს.