

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი  
საქართველოს სამეზობლოს კვლევის ინსტიტუტი

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University  
Institute for Georgia's Neighbourhood Studies

## **პოლიტიკა კავკასიის გარშემო**

## **POLITICS AROUND THE CAUCASUS**

II საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია

**შრომათა კრებული**

**II International Scientific Conference**

**PROCEEDINGS**

სამეცნიერო რედაქტორი – პროფ. რევაზ გაჩეჩილაძე

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო  
უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2017

ISBN 978-9941-13-602-3



## თენგიზ ვერულავა

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისი, საქართველო

### ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, სამხრეთ კავკასიის ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში არსებული კრიზისული მდგომარეობა მოითხოვდა დარგის ძირეულ რეფორმირებას. მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა საბჭოთა სისტემისათვის დამახასიათებელი ყოვლისმომცველი სამედიცინო დახმარების გაწევას. შედეგად, აუცილებელი გახდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებების დაბალანსება მის შესაძლებლობებთან.

განვლილი 25 წლის მანძილზე სამხრეთ კავკასიის სამივე ქვეყანამ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების თავისებური გზა გაიარა. საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი 1995 წელს დაიწყო, სომხეთში – 1997 წელს, ხოლო აზერბაიჯანში – 1998 წელს. აღნიშნულ ქვეყნებში მიმდინარე რეფორმების მთავარ მიზანს შეადგენდა თვითდინებით მოფუნქციონირე სფეროში წესრიგის აღდგენა, სისტემაში თვისობრივად ახალი ურთიერთობების დამკვიდრება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან.

ამ მხრივ, საინტერესოა სამხრეთ კავკასიის სამივე ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების შედარებითი ანალიზი. კერძოდ, დაფინანსების რა მოდელი აირჩიეს; რამდენად შეესაბამება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ საერთაშორისო სტანდარტებს, ასევე ბევრი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც? შესაბამისად, ჯანდაცვის დაფინანსების შესაფასებლად განხილულია ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობის საერთაშორისოდ აღიარებული შემდეგი მაჩვენებლები:

- ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფოს მთლიან დანახარჯებში;

- ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში;
- ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით;
- ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით;
- კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე.

### **ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა**

**სომხეთში** ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების წყაროა ზოგადი გადასახადო შემოსავლები. 1913 წლიდან საშემოსავლო და სოციალური გადასახადები გაერთიანდა ერთ საშემოსავლო გადასახადად. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებისათვის გამოყოფილი სახსრები აკუმულირდება სოციალური მომსახურების სააგენტოში, ანუ სომხეთში მოქმედებს ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ერთი გადამხდელის სისტემა. მუნიციპალურ ორგანოებს შეუძლიათ თავიანთი შესაძლებლობის ფარგლებში დააფინანსონ სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები, თუმცა ეს არ არის გავრცელებული პრაქტიკა. 1997 წელს, მთავრობამ შემოიღო „საბაზისო ბენეფიტების პაკეტი“. ბაზისური პაკეტის გარკვეული სახეები უნივერსალურია მთელი მოსახლეობისათვის და მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიურ სერვისებს. მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისათვის (შეზღუდული შესაძლებლობის პირები, ვეტერანები, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი პირები, პენსიონერები, 18 წლამდე ასაკის ბავშვები) განსაზღვრულია სერვისების უფრო მეტი ჩამონათვალი. ამბულატორიაში პაციენტები წამლების საფასურს უფასო ტალონით იღებენ. ბაზისური პაკეტის მომსახურებებისა და მოსახლეობის ჯგუფების შეფასება რეგულარულად ხდება მთავრობის საბიუჯეტო და პოლიტიკური მოთხოვნების შესაბამისად.

**აზერბაიჯანის** ჯანდაცვის სისტემა ჯერ კიდევ დიდწილად ჰგავს ძველი საბჭოთა სემაშკოს მოდელს, რესურსების და პერსონალის ცენტრალიზებული დაგეგმვით, პირველ რიგში, სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი ჯანდაცვის ობიექტებით, სადაც ნათლად არ არის გაყოფილი პროვაიდერისა და მყიდველის ფუნქციები (Ibrahimov et. al: 2010).

აზერბაიჯანის რესპუბლიკის კანონის ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის შესახებ თანახმად, ჯანდაცვის სფერო უფასოა. აზერბაიჯანში 2008 წლიდან მოქმედებს სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული ბაზისური სარგებლების პაკეტი. თუმცა, სერვისებზე სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული ხელმისაწვდომობა ხშირ შემთხვევაში ფორმალურ ხასიათს ატარებს. სინამდვილეში, ასეთ სერვისებზე პაციენტებს ხშირად უწევთ თანხის არაფორმალურად გადახდა.

ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება ხორციელდება ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებიდან. მიუხედავად იმისა, რომ სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების სამართლებრივი საფუძვლები და უნივერსალური დაზღვევის ვალდებულება გაცხადდა 1999 წელს და 2008 წელს, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა დღემდე არ არის შემოღებული. ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების 63%-ს ჯანდაცვის სამინისტრო აფინანსებს, ხოლო 37%-ს – მუნიციპალური ორგანოები. (WHO. 2010).

**საქართველოს** ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების უმთავრეს წყაროს 2005 წლამდე წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შენატანები, ანუ ჯანდაცვის მიზნობრივი გადასახადი, რომელიც სახელფასო შემოსავალზე იყო დაწესებული (“3+1”) და სოციალური გადასახადის ნაწილს შეადგენდა. 2005 წელს იგი შეიცვალა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (ზოგადი გადასახადები). საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს საგადასახადო დეპარტამენტი პასუხისმგებელია გადასახადების შეგროვებაზე, რომელიც საერთო ჯამში ერთიანდება სახელმწიფოს სახაზინო ანგარიშზე. წლიური ბიუჯეტის დადგენისას ფინანსთა სამინისტრო ახდენს სახელმწიფო ბიუჯეტის გარკვეული ნაწილის გადანაწილებას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროზე, რომელიც, თავის მხრივ, კატეგორიების მიხედვით ანაწილებს თანხებს (საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, 2008).

2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. 2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით.

მით; 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში.

### მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე

*მთლიან ეროვნულ პროდუქტში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი* არის ქვეყნის საერთო შემოსავლიდან ჯანდაცვაზე განაწილებული წილის საზომი, რომელიც შედგება სახელმწიფო, კერძო და დონორი წყაროებისგან. ჯანდაცვაზე დახარჯული მთლიანი ეროვნული პროდუქტის პროცენტი საზოგადოების კეთილდღეობის საუკეთესო სტანდარტული საზომია. სხვადასხვა ქვეყნის მიხედვით, იგი მერყეობს 2-დან 17%-მდე ფარგლებში. მშპ-ის ჯანდაცვაზე დახარჯული დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ ჯანდაცვისათვის არ არის მობილიზებული საკმარისი რესურსები, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მომსახურების ხარისხი დაბალია. მშპ-ის ჯანდაცვაზე დახარჯული მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ დარგში ფართოდაა გავრცელებული მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება (ვერულავა, 2015).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების (სახელმწიფო და დონორი) წილი მთლიან შიდა პროდუქტში უნდა იყოს 5% მაინც.

2014 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტში საქართველოში შეადგენს 7.4%-ს, სომხეთში – 4.5%-ს, ხოლო აზერბაიჯანში – 6%-ს. ბოლო 20 წლის პერიოდში იგი მერყეობდა სომხეთში – 3.7-დან 6.4%-ის ფარგლებში. აზერბაიჯანში – 4.4-დან 7.9%-ის ფარგლებში, ხოლო საქართველოში – 5.1-დან 10.2%-ის ფარგლებში (ცხრილი 1).

ამგვარად, სამხრეთ კავკასიის რეგიონში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტში ემსგავსება განვითარებული ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს. აღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ ეს ქვეყნები საკუთარი ეკონომიკიდან ჯანდაცვაზე ხარჯავენ თითქმის იმდენივეს, რამდენსაც განვითარებული ქვეყნები. მშპ-დან ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი თანხების ასეთი მაჩვენებელი შესაძლოა განპირობებული იყოს ისეთი ფაქტორებით, როგორცაა ახალი ტექნოლოგიებისა და სამკურნალობითი საშუალებების მაღალი ფასები და, შესაბამისად, მაღალი სამედიცინო ინფლაცია, ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის მატების ხარჯზე ქრონიკული დაავადებების პრევალენტობის სწრაფი ზრდა და სხვა.

*ცხრილი 1:* ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ხვედრითი წილი მშპ-ში (მშპ-ის %), საქართველო, სომხეთი, აზერბაიჯანი

წელი	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	5.1	6.4	5.8
2000	6.9	6.3	4.7
2005	8.6	5.3	7.9
2010	10.1	4.6	5.3
2014	7.4	4.5	6.0

*წყარო:* WHO. The Global Health Expenditure Database. 2016.

### სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე

სახელმწიფოს ერთ-ერთი უმთავრესი ფასეულობა ადამიანის ჯანმრთელობაა. ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები. სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი სახსრების მოცულობა და ხარჯვა ბევრადაა დამოკიდებული საზოგადოებაში არსებულ ფასეულობებზე, პრიორიტეტებზე, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეზე, პოლიტიკურ ნებასა და ბიუჯეტის შესაძლებლობებზე. რაც ბევრს ხარჯავს სახელმწიფო ჯანმრთელობაზე, მით უფრო ნაკლებს გადახდა მოუწევს პაციენტს საკუთარი ჯიბიდან, მით უფრო ფინანსურად დაცულია იგი. ასეთი ქვეყნის მთავრობა დაინტერესე-

ბულია, რომ ჰყავდეს ჯანმრთელი მოსახლეობა. აანდაცვაიე სახელმწიფო დანახარჯების სიმწირე შეიძლება განპირობებული იყოს ფინანსური და პოლიტიკური მიიქებით, კერძოდ, ასეთი ქვეყნების მთავრობები ჯანდაცვას განიხილავენ ეკონომიკურად არაეფექტიან სფეროდ.

ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების მნიშვნელოვანი ინდიკატორია **ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი**. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს; ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად (ვერულავა, 2015).

2014 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში საქართველოში შეადგენს 20.9%-ს, სომხეთში – 43%-ს, ხოლო აზერბაიჯანში – 20.4%-ს. ბოლო 20 წლის პერიოდში იგი მერყეობდა სომხეთში 18-დან 52%-ის ფარგლებში. აზერბაიჯანში – 11-დან 24%-ის ფარგლებში, ხოლო საქართველოში – 5-დან 23%-ის ფარგლებში (ცხრილი 2).

სამხრეთ კავკასიის რეგიონში ამ მაჩვენებლით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაცია გადალახა მხოლოდ სომხეთმა და ისიც ჯერ კიდევ 2006 წლიდან. აღნიშნული მიგვითითებს, რომ საქართველოსა და აზერბაიჯანში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში საკმაოდ დაბალია და ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს.

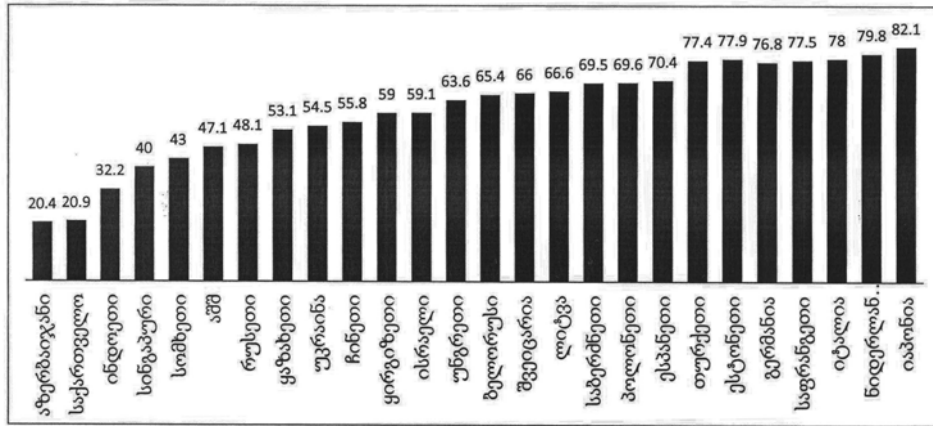
*ცხრილი 2: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში. 1995-2014 წწ.*

წელი	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	5.2	31.1	24
2000	17	18.2	18.6
2005	19.2	36.3	11.2
2010	22.8	42.1	21.9
2014	20.9	43	20.4

წყარო: WHO. The Global Health Expenditure Database. 2016.

როგორც ქვემოთ მოყვანილ ნახატშია (ნახატი 1) ნაჩვენები, აზერბაიჯანთან და საქართველოსთან შედარებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებული ზღვარი გადალახეს ისეთმა ქვეყნებმა, როგორებიცაა: სომხეთი (43%), ყაზახეთი (53.1%), უკრაინა (54.5%), ყირგიზეთი (59%).

ნახატი 1: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%). 2013 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP).

**World Bank Open Data.**

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, *ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტში* უნდა იყოს 5% მაინც. საქართველოში იგი შეადგენს 2.2%-ს, სომხეთში – 1.9%-ს, აზერბაიჯანში 1.2%-ს (ცხრილი 3).

ცხრილი 3: სახელმწიფო დანახარჯების %-ლი წილი მთლიან შიდა პროდუქტში, %

	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	0.8	2	1.4
2000	1.2	1.1	0.9
2005	1.6	1.9	0.9
2010	2.3	1.9	1.2
2014	1.6	1.9	1.2

წყარო: WHO. The Global Health Expenditure Database. 2016.



სახელმწიფოს დამოკიდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან ასევე გვიჩვენებს მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც (Organization of African Unity, 2001).

2014 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში საქართველოში შეადგენს 5%-ს, სომხეთში – 7%-ს, ხოლო აზერბაიჯანში – 3.9%-ს. ბოლო 20 წლის პერიოდში ეს მაჩვენებელი მერყეობდა სომხეთში 5.3-დან 10.2%-ის ფარგლებში. აზერბაიჯანში – 3.9-დან 6.9%-ის ფარგლებში, ხოლო საქართველოში – 2.5-დან 6.9%-ის ფარგლებში (ცხრილი 4).

ამრიგად, სამხრეთ კავკასიის რეგიონის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით.

*ცხრილი 4:* ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო ბიუჯეტში. 1995-2014 წწ.

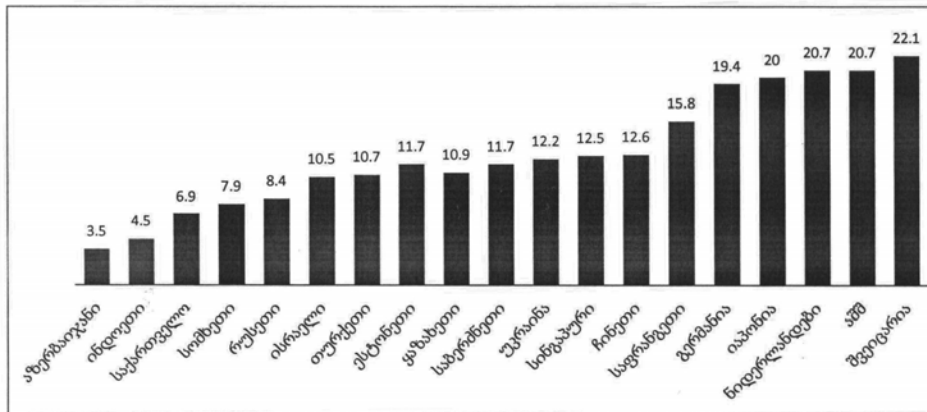
	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	2.5	8.3	6.9
2000	6.9	5.3	5.4
2005	6.2	10.2	5.2
2010	6.6	7.0	4.2
2014	5	7	3.9

*წყარო:* WHO. The Global Health Expenditure Database. 2016.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში მერყეობს 4%-დან თითქმის 20%-მდე (World Health Report 2010). აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება. სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებ-

ში დაბალია ისეთ ქვეყნებთან შედარებით, როგორცაა: ყაზახეთი (10.9%), უკრაინა (12.2%), ყირგიზეთი (13.2%), ბელორუსი (13.5%) (ნახატი 2).

ნახატი 2: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში. 2013 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP).

**World Bank Open Data.**

ამგვარად, სამხრეთ კავკასიის რეგიონის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით მოწოდებულ მაჩვენებელს.

**კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე**

სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში, სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო, სამედიცინო სერვისებზე მნიშვნელოვანი ხარჯების გაღება თავად მოსახლეობას უწევს. რადგან ბევრ ოჯახს არ შეუძლია ამ მომსახურების საფასურის ანაზღაურება, ისინი ხშირად იძულებული არიან უარი თქვან საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე. უფრო მეტიც, როგორც კვლევები ამტკიცებენ, მოსახლეობის გადარიბებაში არანაკლები როლი ენიჭება სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფულ დანახარჯებს. უამრავი კვლევა აჩვენებს, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც მუშაობს წინასწარი გადახდის სისტემები, უფრო მეტად გარანტირებულია ფინანსური დაცვა და ნაკლებად გვხვდება კატასტროფული დანახარჯები.

2014 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის კერძო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში საქართველოში შეადგენს 79.1%-ს, სომხეთში – 57%-ს, ხოლო აზერბაიჯანში – 79.6%-ს. ბოლო 20 წლის პერიოდში ეს მაჩვენებელი მერყეობდა სომხეთში 82%-დან 48%-ის ფარგლებში. აზერბაიჯანში – 89%-დან 76%-ის ფარგლებში, ხოლო საქართველოში – 95%-დან 77%-ის ფარგლებში (ცხრილი 5).

საქართველოსა და აზერბაიჯანში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვან წილს, დაახლოებით 79%-ს, მოსახლეობის მიერ გაღებული კერძო დანახარჯები შეადგენს. ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებს შედარებით ნაკლები წილი უკავია სომხეთში. ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში კერძო დანახარჯების ასეთი მაღალი წილის მიხედვით საქართველო და აზერბაიჯანი დგანან ისეთ ქვეყნებს შორის, როგორცაა სუდანი (75.8%), იემენი (74%), ავღანეთი (73.8%), ნიგერია (69.3%), ვენესუელა (65.8%).

*ცხრილი 5: ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, %*

	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	94.8	68.9	76
2000	83	81.8	81.4
2005	80.8	63.7	88.8
2010	77.2	57.9	78.1
2014	79.1	57	79.6

*წყარო:* WHO. The Global Health Expenditure Database. 2016.

ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების ანალიზის დროს ყურადღება ექცევა იმას, თუ მასში რამდენი წილი უკავიათ ჯიბიდან დანახარჯებს და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევას, რადგან წინასწარი გადახდების სქემები (როგორცაა, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა) ამცირებს სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფულ ხარჯებს.

ცხრილი 6: ჯანდაცვაზე ჯიბიდან დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, %

	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	94.8	66.2	66.4
2000	82.5	77.3	63.3
2005	76.8	61.6	82.4
2010	69.1	55.9	69.2
2014	58.6	53.5	72.1

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

ამ მხრივ, ჯიბიდან პირდაპირი დანახარჯების ყველაზე მაღალი წილი ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში აღინიშნება სომხეთში – 94%, შემდეგ მოდის აზერბაიჯანი – 90.5%, ხოლო საქართველოში – 74% (ცხრილი 7). ჯიბიდან პირდაპირი დანახარჯების მაღალი წილი უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობაზე და ხშირად განაპირობებს ჯანდაცვის კატასტროფული ხარჯების გამო პაციენტების გადარიბებას.

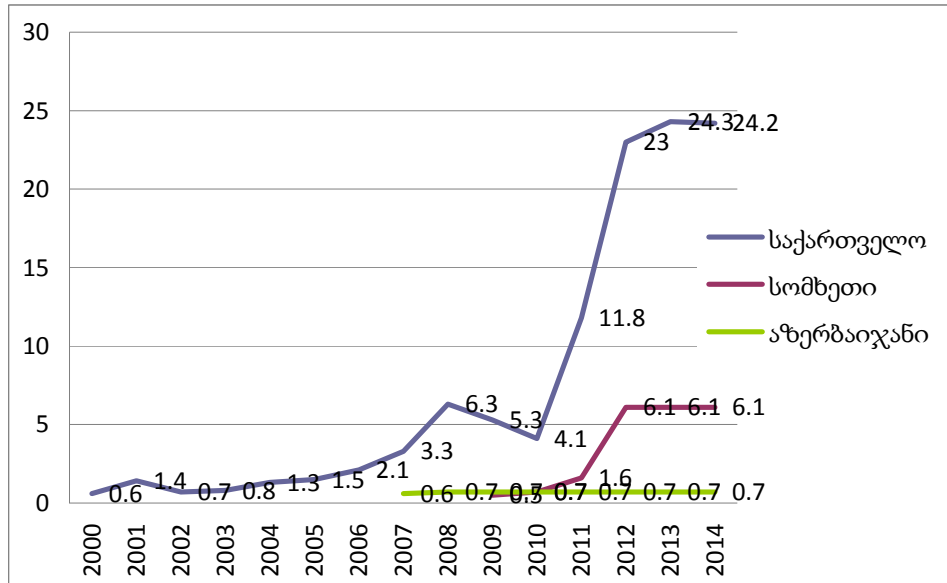
საქართველოში ჯიბიდან პირდაპირი დანახარჯების შედარებით დაბალი მაჩვენებელი მიგვანიშნებს ქვეყანაში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მზარდ განვითარებაზე, რაც პოზიტიური მოვლენაა კავკასიის ქვეყნებს შორის. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის კერძო დანახარჯებში საქართველოში შეადგენს 24.2%-ს, სომხეთში – 6%-ს, ხოლო აზერბაიჯანში – 0.7%-ს.

ცხრილი 7: ჯანდაცვაზე ჯიბიდან დანახარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში, %

	საქართველო	სომხეთი	აზერბაიჯანი
1995	100	96.1	87.3
2000	99.4	94.5	77.7
2005	95	96.7	92.7
2010	89.5	96.6	88.6
2014	74.1	93.9	90.5

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

ნახატი 3: კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში, %



წყარო: WHO. The Global Health Expenditure Database. 2016.

ჯანდაცვაზე ჯიბიდან პირდაპირი გადახდების ანალიზის დროს ყურადსაღებია ის, თუ მასში რამდენი წილი უკავიათ არაფორმალურ გადახდებს, რომლებიც ასევე ხელს უწყობენ სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფულ ხარჯებს. კვლევები ადასტურებენ, რომ აზერბაიჯანის ჯანდაცვის სისტემაში ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემაა არაფორმალური გადახდები. ჯანდაცვაზე მწირი სახელმწიფო დაფინანსების და სამედიცინო დაწესებულებების არასწორი მენეჯმენტის გამო, სამედიცინო პერსონალს ძალზედ დაბალი ხელფასები აქვთ, რაც, თავისთავად, კორუფციის სერიოზულ რისკს ქმნის; გასათვალისწინებელია, რომ ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებაში განთავსებულია ბილბორდები მკურნალობისა და ძირითადი მედიკამენტების შესახებ, ასევე, კანონით იკრძალება მომხმარებლებისაგან ფულის აღება, თუმცა, სამედიცინო პერსონალის დაბალი ხელფასების პირობებში, ძნელია გაუძლო ცდუნებას და არ ჩაერთო კორუფციაში (ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში, სომხეთისა და აზერბაიჯანის რესპუბლიკებში, 2010). იგივე პრობლემები დგას სომხეთის ჯანდაცვის სისტემის წინაშეც.

ამგვარად, სამხრეთ კავკასიის რეგიონის ქვეყნების ჯანდაცვის სექტორში აშკარა წინსვლა შეინიშნება, ასევე წლიდან წლამდე იზრდება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში მნიშვნელოვნად ჩამორჩება არა მარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით მოწოდებულ ზღვარს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი, ღარიბი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც. შესაბამისად, სამედიცინო სერვისებზე მნიშვნელოვანი ხარჯების გაღება თავად მოსახლეობას უწევს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია, რომ სამხრეთ კავკასიის რეგიონში ჯანდაცვა საბიუჯეტო პოლიტიკის პრიორიტეტად იქცეს და გათვალისწინებულ იქნეს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციები სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის დაფინანსების მინიმალური ზღვარის შესახებ. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია მოქალაქეთა განათლება და მათი საინფორმაციო დონის ამაღლება, მათი უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობაზე.

## **Health financing policy in the South Caucasus region: a comparative analysis, evaluation**

After the restoration of independence, in the South Caucasus countries, the political, socio-economic crisis, led the health system to the complete collapse. This made it necessary to implement fundamental reorientation of the health care system, by creating a new model management and organization, economic relations.

During the past 25 years, the South Caucasus countries underwent a peculiar way to reform the health care system. Georgia's health system reorientation process began in 1995, in Armenia – 1997, and in Azerbaijan – in 1998. The main goals of the reforms are directed towards establishment of a qualitatively new relationships in the health care system, which would correspond to the country's political and economic development requirements, improving population health, creating a legal basis for the new health system, giving priority to primary care, converting principles of health insurance, ensuring social security, reforming pharmaceutical policies, reforming medical education, medical science and health information services.

In this regard, it is interesting to carry out a comparative analysis of the health care financing system of the South Caucasus countries. This assessment was made by the World Health Organization based on the indicators of the effectiveness of the funding of the system, as well as the comparative analysis of the statistical data of other countries (developed and developing ones). Therefore, the article discusses the internationally acknowledged indicators to assess the funding of healthcare system:

- The share of state expenditure on health in total expenditure of the state;
- The share of state expenditure in total expenditure on health;
- State expenditure on health as a percentage of the Gross Domestic Product (GDP);
- Total expenditure on health as a percentage of the GDP;
- Private health care costs.

According to the World Health Organization, the state healthcare expenditures should comprise 15% of total state expenditure. In the South Caucasus region, despite the growth of state healthcare expenditure, its share in the state budget is relatively low. In particular, it amounted 6.9% in Georgia, 7.9% – in Armenia, and 3.5% in Azerbaijan.

According to WHO recommendations the share of state healthcare expenditures in relation to GDP should be at least 5%. Despite the significant growth in state expenditures on health care, its share in relation to GDP is rather low: In Georgia – 2,2%, in Armenia – 1.9%, in Azerbaijan – 1.2%.

The above mentioned shows that a significant share of healthcare expenses in South Caucasus region falls on private expenses of citizens (at around 60-65%). Consequently, many families are forced to deny themselves the aforementioned services as they cannot afford them.

## ბიბლიოგრაფია

- თენგიზ ვერულავა (2015). *ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება*. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. <http://georgia2020blog.org/2015/11/18/ჯანდაცვის-დანახარჯები-ჯა/>
- თენგიზ ვერულავა (2016). *ჯანდაცვის პოლიტიკა*. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი.
- საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო (2008). *ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ.* საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი.
- საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო (2013). *ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში*. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.
- *ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში, სომხეთისა და აზერბაიჯანის რესპუბლიკებში*. ვუახლოვდებით ევროპას? ეკონომიკური და სოციალური პოლიტიკა საქართველოში, სომხეთსა და აზერბაიჯანში. ეკონომიკის პრობლემების კვლევის ცენტრი, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი. თბილისი. 2010. გვ. 325-372.
- Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E. (2010). Azerbaijan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(3):1-117.
- Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E. (2011). Health financing in Azerbaijan: Political barriers on the road to reform. *Eurohealth* 25 Vol 16 No 2.
- Organisation of African Unity (2001). African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24-27 April 2001*.



- Richardson E. (2013) Armenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(4): 1–99.
- WHO (2010). *World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*. World Health Organization.
- WHO (2010). *Azerbaijan. National Health Accounts Series 2009*. Geneva. <http://www.who.int/nha/country/aze.pdf>.
- WHO (2016). *The global health expenditure database*. <http://apps.who.int/nha/database>.
- World Bank (2014). *Azerbaijan: Health Reform Project*. Washington, DC: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/194661468221997091/Azerbaijan-Health-Reform-Project>.