

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის
სახელმწიფო უნივერსიტეტი

სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

V საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია

„სივრცე, საზოგადოება, პოლიტიკა – მდგრადი
განვითარების რეგიონული ასპექტები“

პროგრამა

და

თეზისები



22-24 ივნისი, 2017

თენგიზ ვერულავა

პროფესორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

უნივერსალური ჯანდაცვა საქართველოში: მიღწევები და გამოწვევები

უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება მრავალ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. სხვადასხვა ქვეყანა განსხვავებულ მიდგომას იყენებს არსებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად.

განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს:

- დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის საყოველთაო მოცვის პროცესი თითქმის მთელი XX საუკუნე გაგრძელდა;
- მოცვის გაფართოების მცდელობები ევროპაში რისკების გაერთიანების (სოლიდარობის) მექანიზმებს;
- ისტორიულად ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებს ეკისრებოდა ღირებულების მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების დაფინანსების, ხოლო დამსაქმებლებს უბედური შემთხვევების დაავადებების დაზღვევის უზრუნველყოფის ვალდებულება. აღნიშნულმა გარემოებებმა ხელი შეუწყო რისკების გაერთიანების ეფექტური ორგანიზაციების ჩამოყალიბებას;
- საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ხარჯები. ერთდერტ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა, წარმოადგენდა აშშ;
- უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარებაში დიდი როლი ითამაშეს პოლიტიკურმა ფაქტორებმა. გერმანიაში სოციალური დაზღვევა შემოღებულ იქნა სოციალისტური მოძრაობების ოპოზიციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. იტალიაში ომებს შორის სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება დაკავშირებული იყო კლასებს შორის ერთობის განმტკიცებასთან. ბრიტანეთში ბევრიჯის რეფორმა დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან.

განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ძალიან დაბალია. ამ ქვეყნებში უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობის გზაზე მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენს არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა, საწარმოების დაბალი გადახდისუნარიანობა, გადამხდელთა მონაცემების ერთიანი ბაზის არარსებობა. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო ფართოდაა გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები.

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოფილი საბჭოთა კავშირისა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა უნივერსალური ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემა (სოციალური დაზღვევა, საყოველთაო ჯანდაცვა). გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებობდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი, რომელიც თეორიულად თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში გამოყოფენ ოთხ პერიოდს: ინერციის პერიოდი - 1991-1995 წლები, რეფორმების პირველი პერიოდი - 1995-2003, რეფორმების მეორე პერიოდი - 2004-2012 წლები და რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წლიდან დღემდე.

თავდაპირველად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის მოდელით (ბისმარკის მოდელი). თუმცა, 2007 წლიდან იგი გადავიდა გადასახადებზე დაფუძნებული მოდელზე (ბევერიჯის მოდელი). ახალ მოდელზე გადასვლა დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ განვითარებადი ქვეყნებისათვის გადასახადებზე დაფუძნებულ სისტემას გააჩნია მეტი უპირატესობა ვიდრე სოციალური დაზღვევის მოდელს. კერძოდ, განვითარებად ქვეყნებში, სადაც უფრო მეტადაა

განვითარებული არაფორმალური სექტორი, გადასახადებზე დაფუნდებულ მოდელს აქვს შესაძლებლობა უფრო სწრაფი ტემპით მოიცვას იგი. თუმცა, გადასახადებზე დაფუნდებული სისტემა ტვირთად აწვება სახელმწიფო ბიუჯეტს. გარდა ამისა, შეინიშნება არათანასწორი დაფინანსება, რადგან შესაძლოა განაპირობოს ისეთი პირების სუბსიდირება, რომლებიც თვითდასაქმებულია, მაგრამ არ არის ღარიბი ფენა.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა.

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2017 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 800 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

ცხადია, დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვა სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედებს საჭირო სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე და შესაბამისად, კმაყოფილებაზე.

უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა დამოკიდებულია გარკვეულ სირთულეებთან, მითუმეტეს ისეთი მწირი ეკონომიკის მქონე ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. ერთი მხრივ, სახელმწიფოს მიერ უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა, რომლითაც ყველა ადამიანს აქვს საშუალება ისარგებლოს, საკმაოდ კარგი ნაბიჯია, თუმცა საჭიროა სახელმწიფოს თანმიმდევრული პოლიტიკის განხორციელება დაფინანსების ხარჯთეფექტური მეთოდების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით.

ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.