



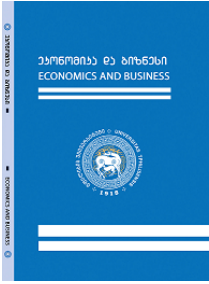
# ეკონომიკა და ბიზნესი

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის  
ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის რეფერირებადი და რეცენზირებადი  
საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი

2019 (1)

თეგზი ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი,  
ბიზნესის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი



ISSN 1987-5789  
ESSN 2587-5426

## ჯანმრთელობის კაპიტალი - წარმოების მდგრადი განვითარების ფაქტორი

ადამიან-კაპიტალის ფორმირებაში მნიშვნელოვანია ინვესტიციები ჯანმრთელობაში. საქართველოში ბოლო 25 წლის პერიოდში გაიზარდა მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები, შემცირდა ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა, რაც დადებითად აისახება ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე. თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები და ამბულატორიული მიმართვიანობა ჩამორჩება ევროპის რეგიონის მაჩვენებელს. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებთან მიმართებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება.

საკვანძო სიტყვები: ჯანმრთელობის კაპიტალი; ადამიან-კაპიტალი; ეკონომიკური ზრდა.

### ადამიან-კაპიტალის კონცეფცია

ადამიან-კაპიტალი ადამიანის მიერ ინვესტიციების შედეგად დაგროვილი ფიზიკური ჯანმრთელობის, ცოდნის, უნარების, შესაძლებლობებისა და მოტივაციების გარკვეული მარაგია, რომელიც გამოიყენება შრომის ანა თუ იმ სფეროში მოხმარებისათვის და მოაქვს შემოსავლები როგორც დასაქმებულისათვის, ასევე დამსაქმებლისათვის [1].

ადამიან-კაპიტალის კონცეფცია შემუშავებულ იქნა XX საუკუნის 60-იან წლებში. ეკონომისტმა ტ. შულცმა პირველად გამოიყენა ტერმინი - „ადამიანისეული კაპიტალი“, რომელშიც გულისხმობდა ადამიანში ინვესტიციების ერთობლიობას, რაც ამაღლებს მის შრომისუნარიანობას [2]. შულცის იდეები განავითარეს ე.წ. "ჩიკაგოს სკოლის" წარმომადგენლებმა (გ. ბეკერი, პ. ბოვენი, ე. ჰანსენი), რომლებმაც ჩამოაყალიბეს ადამიან-კაპიტალის კონცეფციის ძირითადი დებულებები.

ნობელის პრემიის ლაურეატის გ. ბეკერის მიხედვით, „ადამიან-კაპიტალი წარმოადგენს ადამიანის თანდაყოლილი შესაძლებლობების, შექმნილი უნარების, ცოდნის და მოტივაციების ერთობლიობას, რაც გამოიყენება საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის და ადამიანისა და საზოგადოების შემოსავლის წყაროა“ [3]. ბეკერი მიიჩნევს, რომ ინვესტიციები ადამიან-კაპიტალში მცირდება ასაკთან ერთად, რადგან დროთა განმავლობაში მცირდება მოსალოდნელი მოგება. სავენსიო ასაკის მიღწევისას შემოსავლების გენერირებაში ჯანმრთელობა კარგავს თავის მნიშვნელობას [4].

თავდაპირველად, ადამიან-კაპიტალის ფორმირებაში უმთავრეს ფაქტორად განიხილებოდა განათლება. 1970-იან წლებში მ. გროსმანმა ადამიან-კაპიტალის თეორიაზე დაყრდნობით, წარმოადგინა ჯანმრთელობის კაპიტალის როლი, რომლის მიხედვით, ადამიანი დაინტერესებულია განათლებასა და ჯანმრთელობაში ჩადებული ინვესტიციებით მომავალში გაზარდოს საკუთარი შემოსავლები [3]. შესაბამისად, იზრდება ადამიანის მწარმოებლურობა, რაც თავის მხრივ, განაპირობებს ეკონომიკურ ზრდას [4].

ჯანმრთელობის კაპიტალი გულისხმობს ადამიანში ისეთ ინვესტიციებს, რაც საჭიროა მისი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის შესანარჩუნებლად. ჯანმრთელობა გავლენას ახდენს ადამიანის კეთილდღეობაზე. იგი როგორც სამომხმარებლო, ასევე ინვესტიციური საქონელია. ჯანმრთელობა, როგორც მოხმარების საქონელი, გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობა ადამიანს სიამოვნებას ანიჭებს, შესაბამისად, ჯანმრთელობაზე, როგორც სამომხმარებლო საქონელზე არის მოთხოვნა. ჯანმრთელობა როგორც საინვესტიციო სიკეთე, გულისხმობს, რომ ის მას მუშაობის და შესაბამისად, შემოსავლების გამომუშავების საშუალებას აძლევს. ჯანმრთელობის საინვესტიციო სიკეთე განისაზღვრება მისი სიკეთის მეშვეობით მიღებული სარგებლის ღირებულებით. მაგალითად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ნიშნავს შრომითი საქმიანობის დამატებით წლებს, რომლის განმავლობაში ადამიანი ღებულობს შემოსავლებს და ახდენს ინვესტირებას საკუთარ კაპიტალში. შეზღუდული შესაძლებლობა, ავადმყოფობა, სიკვდილიანობა განიხილება როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რაც იწვევს მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. ცხადია, ინვესტიციები ჯანმრთელობის კაპიტალში ხელს უწყობს შრომისუნარიანი მოსახლეობის ზრდას, ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას, რაც დადებითად ზემოქმედებს ადამიან-კაპიტალზე.

ჯანმრთელობა განსაზღვრავს ადამიანს რამდენი დროის დახარჯვა შეუძლია თავის შრომით საქმიანობაში. ჯანმრთელობა ადამიანმა, ნაკლებად სავარაუდოა, გააცდინოს სამუშაო, შესაბამისად, იგი უფრო პროდუქტიულია. ჯანმრთელობა ზრდის შრომისუნარიან დღეთა რაოდენობას. ამგვარად, ჯანმრთელობის წარმოება გავლენას ახდენს ადამიანის სარგებლიანობაზე - იზრდება ადამიანის კმაყოფილება არამარტო ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობით, არამედ მუშაობისათვის ჯანმრთელი დღეების რაოდენობა, ანუ შემოსავლების მიღების შესაძლებლობა, რაც აისახება შემოსავლების ზრდაში.

ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის სტატუსი ადამიან-კაპიტალის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ადამიანს მეკვიდრებით აქვს მიღებული ჯანმრთელობის თავდაპირველი მარაგი მაგრამ, როგორც ფიზიკური კაპიტალი, ისიც განიცდის ამორტიზაციას, ჯანმრთელობის კაპიტალი შეიძლება გაუფასურდეს დროთა განმავლობაში. ამიტომ, ჯანმრთელობის

მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად ადამიანები ახდენენ მასში ინვესტირებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის კაპიტალს აქვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი მნიშვნელობა, რადგანაც ჯანმრთელობას სარგებელი მოაქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის. გროსმანის აზრით, სადღეისოდ, ჯანმრთელობის კაპიტალს უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე მოხმარებულ სხვა საქონელს და მომსახურებას [5].

სამუელ პრეტონმა პირველმა შეისწავლა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კავშირი მოსახლეობის ერთ სულზე შემოსავლებთან [6]. მის მიხედვით, ეროვნული შემოსავლის დონესა და სიცოცხლის ხანგრძლივობას შორის არსებობს დადებითი კავშირი. იგივე შედეგები იქნა ასახული მსოფლიო ბანკის ანგარიშებში [7]. თავდაპირველად აქცენტი კეთდებოდა ჯანმრთელობის როლზე ნაკლებად განვითარებული ქვეყნებში. ჯანმრთელობა განიხილებოდა როგორც სიღარიბისგან თავის დაღწევის საშუალება [8]. შემდგომ პერიოდში, ღარიბ და მდიდარ ქვეყნებს შორის განსხვავების ანალიზისას, ყურადღება გამახვილდა ჯანმრთელობის როლზე ეკონომიკის ზრდაში. ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ეკონომიკურ ზრდაში ჯანმრთელობის მდგომარეობა უფრო მნიშვნელოვანი იყო, ვიდრე განათლების დონე [9, 10].

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება დადებითად აისახება ეკონომიკურ მწარმოებლურობაზე. ამ მხრივ გამოიყოფა 5 მთავარი მექანიზმი [11]:

**1. მწარმოებლურობა, ეფექტიანობა.** ჯანმრთელობა და განათლება არის ინდივიდის პროდუქტიულობისა და ეფექტურობის განმაპირობებელი ფაქტორი. არსებობს ემპირიული მტკიცებულებები, რომლის მიხედვით, შედარებით ჯანმრთელ მუშაკებს გააჩნიათ უფრო მეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ენერჯია, გამოირჩევიან საქმისადმი შემოქმედებითი მიდგომით და პროდუქტიულობით [12, 13]. ჯანმრთელობა ასევე გავლენას ახდენს შრომის მიწოდებაზე, რადგან ჯანმრთელობის პრობლემა განაპირობებს სამუშაოზე გამოუცხადებლობის ბევრ შემთხვევას [14]. ასევე, ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანი შეიძლება გამოცხადდეს სამუშაოზე, მიუხედავად იმისა, რომ მისი საქმიანობა შესაძლოა ნაკლებად პროდუქტიული აღმოჩნდეს [15].

**2. სიცოცხლისხანგრძლივობა.** ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს სიცოცხლის ხანგრძლივობის ამაღლებას. თავის მხრივ, რადგან ადამიანები მოელიან ხანგრძლივ სიცოცხლეს, ინვესტიციები განათლებაში უფრო მიმზიდველი ხდება და ამავე დროს, ჩნდება საპენსიო ასაკში მეტი დანაზოგების გაკეთების მოტივაცია [16]. შედეგად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ხელს უწყობს განათლების კვალიფიკაციის და დანაზოგების დონის ამაღლებას.

სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა გავლენას ახდენს მოსახლეობის დემოგრაფიულ სტრუქტურაზე. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ამაღლება განაპირობებს შრომისუნარიანი ასაკის მოსახლეობის პროპორციულ ზრდას. თუმცა, გრძელვადიან პერსპექტივაში, შობადობის მაჩვენებლის შემცირების ფონზე, მოსალოდნელია საპირისპირო ეფექტი. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში შობადობის მაჩვენებლის შემცირება განაპირობებს შრომისუნარიანი მოსახლეობის წილის შემცირებას.

**3. სწავლის უნარი.** კვლევები ადასტურებს, რომ ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს უკეთესი კოგნიტიური შესაძლებლობებისა და უნარების განვითარებას, დადებითი საგანმანათლებლო შედეგების მიღწევას [17, 18]. რაც უფრო ჯანმრთელია ადამიანი, მით უფრო მაღალია კოგნიტიური უნარები, მით ნაკლებია სკოლაში ან სამსახურში გამოუცხადებლობა, უფრო მეტად შეუძლიათ აითვისონ და დააგროვონ ცოდნა.

**4. შემოქმედებითობა, კრეატიულობა.** კარგი ჯანმრთელობით მიღწეული უკეთესი საგანმანათლებლო შედეგები დადებითად ზემოქმედებს შემოქმედებით და ინოვაციურ საქმიანობაზე. განათლებული ადამიანები არიან კარგი ნოვატორები და უფრო მოქნილი ტექნოლოგიურ ცვლილებებთან მიმართებით. შესაბამისად, განათლების ამაღლება აჩქარებს ტექნოლოგიურ განვითარებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელი და განათლებული მუშაკები უფრო ადვილად რეაგირებენ ტექნოლოგიურ ცვლილებებსა და ინოვაციურ პროცესებზე, რაც ცვლილების წარმატებით განხორციელების განმსაზღვრელი ფაქტორია.

**5. უთანასწორობა.** ადამიან-კაპიტალში ჩადებული ინვესტიციების სხვადასხვაობა განაპირობებს განსხვავებულ შემოსავლებს. ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც შემოსავლების უთანასწორობის შემცირების საშუალება. რაც უფრო შემცირდება ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობა, მით უფრო მეტ ადამიანს ექნება საკუთარი განათლების და ჯანმრთელობის საჭიროების დაფინანსების შესაძლებლობა, რაც კიდევ უფრო გააუმჯობესებს მათ ეკონომიკურ მდგომარეობას [19]. იმის გათვალისწინებით, რომ ჯანმრთელობა და შემოსავლები ერთმანეთთან კავშირშია, ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობის შემცირება იწვევს ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირებას. ამრიგად, ჯანდაცვის სექტორში ინვესტირება შეამცირებს შემოსავლებს შორის უთანასწორობას, გაზრდის შრომის პროდუქტიულობას და, შესაბამისად, ხელს შეუწყობს ეკონომიკის ზრდას.

**ჯანმრთელობის კაპიტალი და საქართველო**

მოსახლეობის ჯანმრთელობის კაპიტალის ფორმირებაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: მოსახლეობის ავადობა, შეზღუდული შესაძლებლობა, სიკვდილიანობა, მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა, ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ამბულატორიულ მიმართვიანობათა რაოდენობა (იხ. ცხრილი).

როგორც ცხრილი გვიჩვენებს, მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე 1995-2017 წლების პერიოდში 2.5-ჯერ გაიზარდა, რაც ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდის მაჩვენებელია [34, 35, 36]. დროის მოცემულ პერიოდში 12.2%-ით გაიზარდა ადამიანური განვითარების ინდექსი (ყოველწლიური საშუალო ზრდა 0.83%) და 2017 წლისათვის 0.780 შეადგინა. ამ მაჩვენებლით საქართველო 70-ე ადგილზეა 188 ქვეყანას შორის [24].

**ჯანმრთელობის კაპიტალზე მოქმედი ფაქტორები (საქართველო - 1990-2017 წწ)**

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე (მიმდინარე ფასებით), აშშ დოლარი	1614.6	569	692	1530.1	2964.5	3796	4046.8
ადამიანური განვითარების ინდექსი	-	-	0.672	0.711	0.735	0.754	0.780
მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა	71.4	70.3	71.3	74	74.4	72.9	73.5

საერთო ავადობის მაჩვენებელი (პრევალენტობა) მოსახლეობის 100000 სულზე	-	-	27006.5	35823.3	49553.9	101154.1	105200.1
პირველადი ავადობის მაჩვენებელი (ინციდენტობა) მოსახლეობის 100000 სულზე	22498.2	9077.5	10623.8	15902.6	26076.6	59677.3	60300.1
სიკვდილიანობა მოსახლეობის 1000 სულზე	9.6	7.8	10.7	9.3	10.6	13.2	12.8
1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მოსახლეობის 1000 სულზე	22	29	27.3	29.5	16.9	8.6	9.6
5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე	47	34	30.1	31.5	18.9	10.2	11.1
დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე,	41.5	53.1	47.8	23.9	21.7	32.2	13.1
შობადობა მოსახლეობის 1000 სულზე	14	11	10	10.7	10.7	15.9	14.3
ამბულატორული მიმართვიანობა მოსახლეობის 1 სულზე	-	1.1	1.5	2.1	2.1	3.6	3.5
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (მლნ ლარი)	-	31	61.7	194	414.8	914	1063.7
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან დანახარჯებში	-	4.9	16.7	19.5	23.1	36.3	37.2
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-თან მიმართებით.	-	0.9	1.2	1.7	2	2.9	3.1

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე დადებითად იმოქმედა მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდამ, დედათა სიკვდილიანობის, 1 წლამდე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები შემცირებამ, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდამ.

მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1990-2017 წლების პერიოდში, 2.5 წლით გაიზარდა (მერყეობს 71-დან 73.5-მდე) და მხოლოდ 4.5 წლით ჩამორჩება განვითარებულ ქვეყნების სიცოცხლის საშუალო საშუალო ხანგრძლივობას (78 წელი). თუმცა, ზოგი მკვლევარის აზრით, ეს მაჩვენებელი ბოლო ათწლეულში ერთგვარ სტაგნაციას განიცდის [22].

1 წლამდე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ამსახველი ერთ-ერთი მგრძობიარე მაჩვენებელია. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1990-2017 წლების პერიოდში 12.4-ით შემცირდა (22-დან 9.6-მდე), ხოლო 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 4-ჯერ (მერყეობს 47-დან 11.1-მდე). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, აღნიშნული მაჩვენებლები საქართველოში ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს მცირედით აღემატება. შედარებისათვის, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 11.3-ს.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე 1990-2017 წლებში 41.5-დან 13.1-მდე შემცირდა. შედარებისათვის, აღნიშნული მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 16-ს.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები წლითიწლივით იზრდება. სახელმწიფო დაფინანსება განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ, როდესაც ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2016 წ. 1063 მლნ ლარი), რაც ცხადია, დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე. საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, კერძოდ, 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა [27]. სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა გარკვეულწილად გაზარდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ, რომელიც 2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა [28, 29].

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლითიწლივით იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი, ის მაინც ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდებულ ზღვარს [23]. 2016 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში ყველაზე მაღალია კერძო ხარჯები (61%), სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს 37%-ს, ხოლო საერთაშორისო დახმარება - 1.6%-ს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს უზრუნველყოფილი პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 37.2%-ს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი 2.8%-ით ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს. საქართველოსთან შედარებით ეს ზღვარი გადალახეს სომხეთმა (41.7%), ყაზახეთმა (53.1%), უკრაინამ (54.5%), ყირგიზეთმა (59%), ხოლო ჩინეთში, ლიტვაში, თურქეთში, გერმანიაში, იაპონიაში, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად - 55.8%, 66.6%,

77.4%, 76.8%, 82.1%-ს. ყოველივე აღნიშნულის გამო, საქართველოში ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვანი ხარჯების (დაახლოებით 63%) გაღება უშუალოდ მოსახლეობას უწევს. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ 2015 წელს, ფარმაცევტული კომპანია გილეადის მიერ ქვეყნისთვის უსასყიდლოდ გადმოცემული C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტების ღირებულება (1.2 მლრდ ლარი) ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში არ არის გათვალისწინებული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც [21]. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული, თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ მაჩვენებელთან შედარებით. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში, როგორცაა აშშ, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად - 15.8%-ს, 19.4%-ს, 20%-ს, 20.7%-ს.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო ხარჯებში მერყეობს 4%-დან, თითქმის 20%-მდე [25]. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება; თუმცა, ზოგიერთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა უფრო მეტ სახელმწიფო სახსრებს გამოყოფს ჯანდაცვაზე, ვიდრე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები. 2007 წლის მონაცემებით, 22 დაბალშემოსავლიანი ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ხარჯები შეადგენდა ბიუჯეტის 10% -ზე მეტს, ხოლო 11 მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში დაახლოებით ბიუჯეტის 10% -ზე ნაკლები [25]. ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვა საბიუჯეტო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება რამდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორის უმთავრესია ფინანსური და პოლიტიკური ფაქტორები. კერძოდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა ჯანდაცვას განიხილავს ეკონომიკურად არაეფექტიან სფეროდ. ამის საპირისპიროდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა დაინტერესებულია, რომ ჰყავდეს ჯანმრთელი მოსახლეობა.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა. სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამოცანების უფრო ეფექტიანად მიღწევის, არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების შემთხვევაში [33]. რესურსების ხარჯთაღიწივად გამოყენების მრავალი საშუალება არსებობს, რომელთაგან უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, პრევენციული სერვისების მიწოდების ზრდა, რაც გაცილებით ნაკლები ღირს, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების პროსპექტული მეთოდების გამოყენება, დაფინანსების კონკურენტული სტრატეგია (კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯებში პაციენტის თანამონაწილეობა [26, 30].

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის შედეგად, 1995-2017 წლებში, თითქმის 3-ჯერ გაიზარდა ამბულატორიული მიმართვიანობა მოსახლეობის ერთ სულზე (1.1-დან 3.5-მდე), რაც დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თუმცა, ის თითქმის ორჯერ ჩამორჩება ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაჩვენებელს (7.5), რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პროფილაქტიკური მიზნით, მეთვალყურეობისათვის მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს და მხოლოდ დაავადების გამწვავების დროს ცდილობენ ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. კვლევის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით, აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას [19].

კვლევები ადასტურებს [31], რომ ოჯახის ექიმებთან დაბალი მიმართვიანობა განპირობებულია მათ მიმართ უნდობლობით, დაბალი ინფორმირებულობით ოჯახის ექიმის კომპეტენციების შესახებ. არაადეკვატური ანაზღაურების გამო ოჯახის ექიმებს არ აქვთ სათანადო მომსახურების ჩატარების საკმარისი მოტივაცია. უწყვეტი პროფესიული განათლების სათანადო სისტემის განუვითარებლობა ნეგატიურად ზემოქმედებს პროფესიულ განვითარებაზე. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში [20].

ამრიგად, ბოლო 25 წლის მანძილზე საქართველოში გაიზარდა მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შემცირდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, გაიზარდა ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ამბულატორიული მიმართვიანობა, რაც დადებით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და შესაბამისად, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე. თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯერ კიდევ ჩამორჩება სტანდარტს, ხოლო ამბულატორიული მიმართვიანობა ორჯერ ჩამორჩება ევროპის რეგიონის მაჩვენებელს. რადგან ჯანმრთელობის კაპიტალი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გრძელვადიან პერსპექტივაში ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაში, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებთან მიმართებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება [32].

ლიტერატურა:

1. Campbell R. McConnell, Stanley L. Brue, Sean M. Flynn. Economics: Principles, Problems and Policies. McGraw-Hill Education. 19th edition. 2011.
2. Schultz T. (1961). Investment in Human Capital, The American Economic Review, 51 (1), 1-17.
3. Becker G (1964) Human Capital, 2nd edn. Columbia University Press, New York, 1975 and 3rd 1994.
4. Becker G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.
5. Grossman M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York, Columbia University Press, 1972.
6. Preston S. (1975). The Changing Relation between Mortality and the Level of Economic Development, Population Studies, 29 (2), 231-48.
7. World Bank (1993). World Development Report 1993: Investing in Health, Washington, D.C.
8. Sala-i-Martin, X. (2005). On the Health Poverty-Trap, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 95-114.
9. Barro R. (1996). Health and Economic Growth, Mimeograph. Pan American Health Organization (PAHO).
10. Knowles S., & Owen P. (1997). Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model, The Economic Record, 73 (223), 314-328.

11. Howitt P. (2005). Health, Human Capital and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 19-40.
12. Shultz T. (2005). Productive Effects of Health, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 287-311.
13. Cai L., & Kalb G. (2006). Health Status and Labour Force Participation: Evidence from Australia, Health Economics, 15 (3), 241-261.
14. Bloom D., & Canning, D. (2008). Population Health and Economic Growth, Commission on Development and Growth, World Bank Working Paper, 24.
15. Productivity Commission (2006). Potential Benefits of the National Re o m Agenda, Report to the Council of Australian Governments, Canberra.
16. Kalemli-Ozcan, S., Ryder, H., & Weil, D. (2000). Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth, Journal of Development Economics, 62 (1), 1-23.
17. Miguel E. (2005). Health, Education and Economic Development. Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 143-168.
18. Case A., Fertig A., & Paxson C. (2005). The Lasting Impact of Childhood and Circumstance, Journal of Health Economics, 24 (3), 365-389.
19. ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.
20. ვერულავა თენგიზ. (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015. <https://idfi.ge/ge/georgia-2020s-blogpost-on-healthcare-reform> (<https://idfi.ge/ge/georgia-2020s-blogpost-on-healthcare-reform>)
21. 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*.
22. მაღლაფერიძე ნ., ჩოდრიშვილი მ. (2014). მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ცვლილებების ანალიზი საქართველოში. საჯარო პოლიტიკის კვლევისა და ტრენინგების ცენტრის პოლიტიკის ანგარიში. გამოცემა III. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
23. ვერულავა თენგიზ (2015) ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI).
24. Human Development Report 2015. United Nations Development Programme.
25. World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization.
26. ვერულავა თენგიზ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.
27. გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.
28. Verulava T., Jorbenadze R., Dagadze B., Eliava E. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018.
29. ვერულავა თენგიზ. (2018). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 5. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.
30. ვერულავა თ. (2017). შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია "კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები" შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.
31. ვერულავა თ., ბერუაშვილი დ. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 5 (1). ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 2019.
32. Verulava T., Dangadze B. Health Capital and Economic Growth: Evidence from Georgia. The Open Public Health Journal. 2018; 11:401-406.
33. Verulava T., Maglakelidze T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.
34. Verulava T., Jincharadze N., Jorbenadze R. (2017). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 264 (3): 135-139.
35. Silagadze A. Post-Soviet paradoxes of unemployment rate. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2017; 11 (1): 136-141.
36. Silagadze A. History of Georgian economic thought: relation between the center and the region. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2017; 11 (4): 138-143.
37. Papava, V. The problem of the catch-up effect and post-crises economic growth in the world leading countries. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2016; 10 (4): 97-104.