



ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო  
უნივერსიტეტი  
ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი

**Ivane Javakhishvili Tbilisi State University  
Economics and Business Faculty**

**„გლობალიზაციის გამოწვევები  
ეკონომიკასა და ბიზნესში“**

**"Challenges of Globalization in  
Economics and Business"**

საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია  
**The International Scientific Conference**

**11-12 ნოემბერი, 2016 წელი  
11 – 12 November, 2016**



გამომცემლობა „ანივერსალი“  
თბილისი - 2016 - Tbilisi

## ადამიანის ჯანმრთელობა - ეპონომიკური ზრდის საფუძველი (საქართველოს მაგალითზე)

თენის ვერულავა,  
მედიცინის დოქტორი, პროფესორი  
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

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

**საკვანძო სიტყვები:** ჯანმრთელობის კაპიტალი, ადამიან-კაპიტალი, ეკონომიკური ზრდა.

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

ადამიან-კაპიტალის კონცეფცია შემუშავებულ იქნა XX საუკუნის 60-იან წლებში. ეკონომისტმა ტ. შულცმა პირველად გამოიყენა ტერმინი „ადამიან-კაპიტალი“, რომელშიც გულისხმობდა ადამიანში ინვესტიციების ერთობლიობას, რაც ამაღლებს მის შრომისუნარიანობას [2]. შულცის იდეები განავითარეს ე.წ. "ჩიკაგოს სკოლის" ნარმომადგენლებმა (გ. ბეკერი, პ. ბოვენი, ე. ჰანსენი), რომლებმაც ჩამოაყალიბეს ადამიან-კაპიტალის კონცეფციის ძირითადი დებულებები. ნობელის პრემიის ლაურეატის გ. ბეკერის მიხედვით, „ადამიან-კაპიტალი ნარმოადგენს ადამიანის თანდაყოლილი შესაძლებლობების, შეძენილი უნარების, ცოდნის და მოტივაციების ერთობლიობას, რომლებიც გამოიყენება საქონლისა და მომსახურების ნარმოებისათვის და ნარმოადგენს ადამიანისა და საზოგადოების შემოსავლის წყაროს“ [3].

თავდაპირველად, ადამიან-კაპიტალის ფორმირებაში უმთავრეს ფაქტორად განიხილებოდა განათლება. 1970-იან წლებში მ. გროსმანმა ადამიან-კაპიტალის თეორიაზე დაყრდნობით, ნარმოადგინა ჯანმრთელობის კაპიტალის როლი, რომლის მიხედვით, ადამიანი დაინტერესებულია განათლებასა და ჯანმრთელობაში ჩადებული ინვესტიციებით მომავალში გაზარდოს საკუთარი შემოსავლები [3]. შესაბამისად, იზრდება ადამიანის მნარმობლურობა, 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 სამოხმარებლო, ასევე ინვესტიციური საქონელია. ჯანმრთელობა, როგორც მოხმარების საქონელი, გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობა ადამიანს სიამოვნებას ანიჭებს, შესაბამისად, ჯანმრთელობაზე, როგორც სამოხმარებლო საქონელზე არის მოთხოვნა. ჯანმრთელობა როგორც საინვესტიციო სიკეთე, გულისხმობს, რომ იგი მას მუშაობის და შესაბამისად, შემოსავლების გამომუშავების საშუალებას აძლევს. ჯანმრთელობის საინვესტიციო სიკეთე განისაზღვრება მოცემული სიკეთის მეშვეობით მიღებული სარგებლის ღირებულებით. მაგალითად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ნიშნავს შრომითი საქმიანობის დამატებით წლებს, რომლის განმავლობაში ადამიანი ღებულობს შემოსავლებს და ახდენს ინვესტიციებას საკუთარ კაპიტალში. შეზღუდული შესაძლებლობა, ავადობა, სიკვდილიანობა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რაც ინვესტიციების მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. ცხადია, ინვესტიციები ჯანმრთელობის კაპიტალში ხელს უწყობს შრომისუნარიანი მოსახლეობის ზრდას, ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას, რაც დადგებითად ზემოქმედებს ადამიან-კაპიტალზე.

ჯანმრთელობა განსაზღვრავს ადამიანს რამდენი დროის დახარჯვა შეუძლია თავის შრომით საქმიანობაში. ჯანმრთელმა ადამიანმა, ნაკლებად სავარაუდოა, გააცდინოს სამუშაო, შესაბამისად, იგი უფრო პროდუქტიულია. ჯანმრთელობა ამცირებს ავადმყოფობის დღეთა რაოდენობას და ზრდის შრომისუნარიანი დღეთა რაოდენობას. ამგვარად, ჯანმრთელობის ნარმოება გავლენას ახდენს ადამიანის სარგებლიანობაზე. იზრდება არამარტო ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობით ადამიანის კმაყოფილება,

არამედ მუშაობისათვის ჯანმრთელი დღეების რაოდენობა, ანუ შემოსავლების მიღების შესაძლებლობა, რაც, აისახება შემოსავლების ზრდაში.

ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის სტატუსი ადამიან-კაპიტალის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ადამიანს მემკვიდრეობით აქვს მიღებული ჯანმრთელობის თავდაპირველი მარაგი, მაგრამ, როგორც ფიზიკური კაპიტალი, 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 აქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის. გროვმანის აზრით, ჯანმრთელობის კაპიტალს უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე თანამედროვე დროს მოხმარებულ სხვა საქონელს და მომსახურებას [5].

სამუელ პრესტონმა პირველმა შეისწავლა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კავშირი მოსახლეობის ერთ სულზე შემოსავლებთან [6]. მის მიხედვით, ეროვნული შემოსავლის დონესა და სიცოცხლის ხანგრძლივობას შორის არსებობს დადგებითი 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 დადგებითად აისახება ეკონომიკურ მნარმალურობაზე. ამ მხრივ გამოიყოფა 5 მთავარი მექანიზმი [11]:

**მნარმალურობა, ეფექტურობა.** ჯანმრთელობა და განათლება, არის ინდივიდის პროდუქტიულობისა და ეფექტურობის განმაპირობებელი ფაქტორი. არსებობს ემპირიული მტკიცებულებები, რომლის მიხედვით, შედარებით ჯანმრთელ მუშაკებს გააჩნიათ უფრო მეტი ფიზიკური და ფინანსური ენერგია, გამოირჩევიან საქმისადმი შემოქმედებითი მიღომით 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].

**სიცოცხლის ხანგრძლივობა.** 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 საპირისპირ ეფექტი. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში შობადობის მაჩვენებლის შემცირება განაპირობებს შრომისუნარიანი მოსახლეობის წილის შემცირებას.

**სწავლის უნარი.** კვლევები ადასტურებს, რომ ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს უკეთესი კოგნიტიური შესაძლებლობებისა და უნარების განვითარებას, დადგებითი 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.

**შემოქმედებითობა, კრეატიულობა.** კარგი ჯანმრთელობით მიღწეული უკეთესი საგანმანათლებლო შედეგები დადგებითად 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.

**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 საჭიროებების დაფინანსების შესაძლებლობა, რაც კიდევ უფრო გააუმჯობესებს მათ ეკონომიკურ მდგომარეობას [19]. იმის გათვალისწინებით, რომ ჯანმრთელობა და შემოსავლები ერთმანეთთან არიან დაკავშირებული, ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობის შემცირება იწვევს ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირებას. ამრიგად, ჯანდაცვის სექტორში იწვესტირება შეამცირებს შემოსავლებს შორის უთანასწორობას, გაზრდის შრომის პროდუქტიულობას და, შესაბამისად ხელს შეუწყობს ეკონომიკის ზრდას.

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 ერთ სულზე 1995-2015 წლების პერიოდში 6.7-ჯერ გაიზარდა, რაც ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდის მაჩვენებელია. დროის მოცუმულ პერიოდში 12.2%-ით გაიზარდა ადამიანური განვითარების ინდექსი (ყოველწლიური საშუალო ზრდა 0.83%) და 2015 წლისათვის 0.754 შეადგინა. ამ მაჩვენებლით საქართველო 76-ე ადგილზეა 188 ქვეყანას შორს [24].

ჯანმრთელობის კაპიტალზე მოქმედი ფაქტორები, საქართველო (1990-2015 წწ)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე (მიმდინარე ფასები), აშშ დოლარი	1614.6	569	692	1530.1	2964.5	3796
ადამიანური განვითარების ინდექსი	-	-	0.672	0.711	0.735	0.754
მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა	71	70	71.8	73.9	73.9	74.4
საერთო ავადობის მაჩვენებელი (პრევალენტობა) 100000 სულზე	-	-	27006.5	35823.3	49553.9	101154.1
პირველადი ავადობის მაჩვენებელი (ინციდენტობა) 100000 სულზე	22498.2	9077.5	10623.8	15902.6	26076.6	59677.3
სიკვდილიანობა 1000 სულზე	9.6	7.8	10.7	9.3	10.6	13.2
1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა	22	29	21.2	18.1	12	8.2
5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა	47	34	27.2	19.4	13.4	11.9
დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე	40.9	55	60	23.4	19.4	27.1
შობადობა	14	11	10	10.7	10.7	15.9
ამბულატორული მიმართვიანობა მოსახლეობის ერთ სულზე	-	1.1	1.5	2.1	2.1	3.6
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები	-	31	61.7	194	414.8	656.2
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ნილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში	-	4.9	16.7	19.5	23.1	29.8
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხედრითი ნილი მშპ-ში	-	0.9	1.2	1.7	2	2.24
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (მლნ ლარი)	-	31	61.7	194	414.8	656.2

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

მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1990-2015 წლების პერიოდში 3.4 წლით გაიზარდა (მერყეობს 71-დან 74.4-მდე) და მხოლოდ 3.6 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 მგრძნობიარე მაჩვენებლია. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიან-

ბის მაჩვენებელი 1990-2015 წლების პერიოდში 11-ჯერ შემცირდა (22-დან 8.2-მდე), ხოლო 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 4-ჯერ (მერყეობს 47-დან 11.9-მდე). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, აღნიშნული მაჩვენებლები საქართველოში ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს მცირედით აღემატება. შედარებისათვის, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 11.3-ს.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე 1990-2015 წლების პერიოდში 41-დან 27.1-მდე შემცირდა. შედარებისათვის, აღნიშნული მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 16-ს.

ბოლო 20 წლის განმავლობაში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 21-ჯერ გაიზარდა, ხოლო ბოლო 3 წლინადში თითქმის გაორმაგდა, რაც ცხადია, დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე. მაგრამ, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლიდან წლამდე იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი, იგი მაინც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება არამარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით მოწოდებულ ზღვარს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი, ღარიბი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც [23]. 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 მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით. განვითარებულ ქვეყნებში, როგორიცაა აშშ, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად 15.8%-ს, 19.4%-ს, 20.7%-ს.

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. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 29.8%-ს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს. საქართველოსთან შედარებით 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 65-70%) გაღება უშუალოდ მოსახლეობას უწევს.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის შედეგად, 1995-2015 წლებში თითქმის 3-ჯერ გაიზარდა ამბულატორიული მიმართვიანობის მოსახლეობის ერთ სულზე (1.1-დან 3.6-მდე), რაც დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თუმცა, იგი 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 მოშახურებას. კვლევის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას [19]. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.ნ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელინადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში [20]. საყურადღებოა, რომ შეინიშნება ავადობის მატების ტენდენცია, როგორც საერთო ავადობის (პრევალენტობა), ასევე პირველადი ავადობის (ინციდენტობა), გაიზარდა საერთო სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც (იხ. ცხრილი 1).

ამრიგად, ბოლო 25 წლის მანძილზე 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 თამაშობს გრძელვადიან პერსპექტივაში ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაში, მიზანშენონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების

ხელშეწყობა, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებთან მიმართებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება.

### გამოყენებული 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 Reform Agenda, Report to the Council of Australian Governments, Canberra.
16. Kalemlı-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, თ. (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015. <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 ცვლილების 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.

## **Health human capital and economic growth in Georgia**

**T. Verulava**

### **Summery**

The main scope of this study is to analyze the role of health on economic growth assuming that health status is a component of human capital. In particular, the major empirical finding is that the good health status of population is strongly positively related to their per capita income. Despite important achievements made on health status, there are still several issues to analyze in what concerns the health performance of the Georgia. The policy implications of these results indicate the need to redirect resources to the development of public health.

**Keywords:** *Health Capital, Human capital, Economic Growth.*