

**პრივატიზაციის ტრანსფორმაციული პროცესები საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში:
სტრუქტურული ანალიზი და სისტემური შედეგები**

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვის პოლიტიკის

ინსტიტუტის დირექტორი, კავკასიის უნივერსიტეტი, tverulava@cu.edu.ge

საკვანძო სიტყვები: პრივატიზაცია; ტრანსფორმაცია; ჯანმრთელობის დაცვა; სტრუქტურა
J.E.L. Classification: I18, H130 **DOI:** <https://doi.org/10.52244/ep.2025.30.01>

ციტირებისთვის: ვერულავა თ., (2025). პრივატიზაციის ტრანსფორმაციული პროცესები საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში: სტრუქტურული ანალიზი და სისტემური შედეგები. ეკონომიკური პროფილი, ტ. 20, 2(30), გვ. 7-25. DOI: <https://doi.org/10.52244/ep.2025.30.01>

ანოტაცია. სტატია აფასებს ჯანდაცვის სისტემაში პრივატიზაციის პროცესს საქართველოში. პრივატიზაციის პროცესის ანალიზი განხორციელდა რიჩარდ სალტმანისა და ჰანს მაარსეს ტიპოლოგიების საფუძველზე, რომლებიც პრივატიზაციას რამდენიმე მიმართულებით აფასებენ: მფლობელობა, დაფინანსება, მომსახურების მიწოდება, მართვა და ინვესტიცია. იგი საშუალებას იძლევა სისტემურად განვიხილოთ სახელმწიფო და კერძო სექტორის როლის გადანაწილება. პრივატიზაციის სამი ძირითადი ეტაპი – 1990-იანი წლების მსოფლიო ბანკის რეკომენდაციებზე დაფუძნებული მცდელობები, „100 საავადმყოფოს“ რეფორმა და სადაზღვევო პრივატიზაცია – წარმოადგენდა სახელმწიფოს მხრიდან საკუთრებისა და პასუხისმგებლობის ეტაპობრივ დელეგირებას კერძო სექტორისთვის. თუმცა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამ 2013 წელს სახელმწიფოს როლი კვლავ გაზარდა, რაც მეტწილად დაფინანსების სფეროში აისახა. მიუხედავად სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის დაფინანსების ზრდისა, სერვისების მიწოდება კვლავ კომერციული პროვაიდერების ხელშია, რაც სვამს კითხვებს თანასწორობასა და ხარისხზე. სტატიაში წარმოდგენილია საქართველოს პოსპიტალური სექტორის პრივატიზაციის ეტაპობრივი ანალიზი და შეფასება სალტმანისა და მაარსეს კლასიკური ტიპოლოგიების საფუძველზე, რაც იძლევა სისტემურ წარმოდგენას, თუ როგორ იცვლებოდა სახელმწიფო და კერძო სექტორის ფუნქციები სხვადასხვა ისტორიულ პერიოდში.

შესავალი

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ტრანსფორმაცია გარდამავალი პერიოდის ერთ-ერთი უმთავრესი გამოწვევა იყო. საბჭოთა მემკვიდრეობით მიღებული ცენტრალიზებული, ბიუროკრატიული და არაეფექტური სტრუქტურების რეფორმირება საჭიროებდა როგორც ინსტიტუციურ, ისე ფინანსურ გადაწყობას. ამ პროცესში მნიშვნელოვან მიმართულებად იქცა პრივატიზაცია, რაც გულისხმობდა სახელმწიფოს როლის შემცირე-

ბას და კერძო სექტორის გაძლიერებას როგორც ინფრასტრუქტურის, ისე მომსახურების მიწოდების კუთხით.

ჯანდაცვის პრივატიზაცია თანამედროვე პოლიტიკურ-ეკონომიკური დღის წესრიგის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია, რომელიც უკავშირდება სახელმწიფო და კერძო სექტორებს შორის ფუნქციური დატვირთვის გადანაწილებას. ამ პროცესის უკეთ გასაგებად, რიჩარდ სალტმანმა (აშშ-ის ემორის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაც-

ვის სკოლის პროფესორი) თავის ნაშრომში „საჯარო-კერძო საზღვრების დნობა ევროპულ ჯანდაცვის სისტემებში“ (2003) შემოგვთავაზა ტაქსონომია, რომელიც კლასიფიცირებს ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერებს საზოგადოებრივ და კერძო სექტორებად (Saltman, 2003).

პრივატიზაციის მიზეზები და თავისებურებები

ჰანს მარსემ (მაასტრიხტის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის მეცნიერებათა ფაკულტეტის პროფესორი) თავის ნაშრომში „ჯანდაცვის პრივატიზაცია ევროპაში: რვა ქვეყნის ანალიზი“ (2006) მიმოიხილა ჯანდაცვის სექტორის პრივატიზაცია დასავლეთსა და აღმოსავლეთ ევროპაში, ყურადღება გაამახვილა სალტმანის მიერ შემოთავაზებულ ტიპოლოგიაზე და პრივატიზაციის პროცესის ანალიზისათვის წარმოგვიდგინა შემდეგი ტიპოლოგია, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის ოთხ ძირითად სფეროს (Maarse, 2006):

ჯანდაცვის დაფინანსების პრივატიზაცია – კერძო წყაროების წილის ზრდა სახელმწიფო ბიუჯეტთან შედარებით;

სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პრივატიზაცია – კერძო პროვაიდერების ჩართულობა მომსახურების მიწოდებაში;

ჯანდაცვის მართვის პრივატიზაცია – კერძო სექტორის ჩართულობა სისტემის ადმინისტრირებასა და გადაწყვეტილების მიღებაში;

ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში ინვესტირების პრივატიზაცია – კერძო კაპიტალის მონაწილეობა ინფრასტრუქ-

ტურის შექმნასა და განვითარებაში.

როგორც წესი, ჯანდაცვის სისტემის ყველა კომპონენტის ერთდროულად, ერთნაირი მოცულობითა და ინტენსივობით პრივატიზაცია იშვიათად ხდება. შესაბამისად, მარსეს ტიპოლოგია შესაძლებლობას გვაძლევს თითოეული კომპონენტი ცალკე ანალიზის გზით შევაფასოთ, სად, როგორ და რა მასშტაბით ხორციელდება პრივატიზაცია კონკრეტულ კონტექსტში.

პრივატიზაციის შეფასებისას ერთ-ერთი ცენტრალური საკითხია – რატომ გახდა იგი აუცილებელი და რომელმა ფაქტორებმა განაპირობა მისი განხორციელება. ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიაში პრივატიზაციას ენიჭება გადამწყვეტი მნიშვნელობა, რადგან იგი განიხილება როგორც საშუალება პაციენტების ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველსაყოფად და სისტემის საერთო ეფექტიანობის გასაზრდელად.

დასავლეთ ევროპაში, პრივატიზაციის ტალღა, პირველ რიგში, დაკავშირებული იყო კეთილდღეობის სახელმწიფოს კრიზისთან. ფინანსური მდგრადობის უზრუნველყოფისა და საჯარო სექტორის ეფექტიანობის გაუმჯობესების საჭიროებამ განაპირობა კერძო სექტორისთვის უფრო მნიშვნელოვანი როლის მინიჭება ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების სისტემაში. ამ შემთხვევაში, პრივატიზაცია განიხილებოდა როგორც გზა რესურსების გამოყენების ოპტიმიზაციის, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და მომხმარებელზე ორიენტირებული მიდგომების დანერგვის-

თვის (Albrecht, 2009).

ისტორიულად, პრივატიზაციას გზა გაუხსნა სახელმწიფო ინსტიტუტების მოუქნელობამ და რეფორმებისადმი მათმა უუნარობამ. საჯარო სექტორს ხშირად არ ჰქონდა ადაპტაციის ან სწრაფი რეაგირების უნარი გარემოს ცვლად მოთხოვნებზე, მათ შორის პაციენტების მოლოდინებსა და საჭიროებებზე. განსხვავებით ამისა, კერძო საკუთრებას ახასიათებს უფრო მაღალი მოტივაცია ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველსაყოფად. კერძო მფლობელები უშუალოდ არიან დაინტერესებულნი მომხმარებელთა კმაყოფილებაში, რაც ხშირად უზრუნველყოფს უფრო ეფექტიან მენეჯმენტსა და რესურსების ოპტიმალურ განაწილებას. სხვა სიტყვებით, კერძო საკუთრებაში მყოფი ორგანიზაციები, თავისი ბუნებით, მეტად მოქნილები არიან, უკეთესად იღებენ გადაწყვეტილებებს ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით და უკეთ პასუხობენ ბაზრის მოთხოვნებს.

ცხრილი 1

საქართველოსა და სხვადასხვა არეალების შედარება
პრივატიზების თავისებურებების მიხედვით

მეორე მხრივ, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში პრივატიზაციის ძირითადი მამოძრავებელი ძალა იყო პოლიტიკური ფაქტორი. ცივი ომის დასრულებიდან და საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, პრივატიზაცია აღიქმებოდა როგორც გარდამავალი პერიოდის გარდაუვალი ნაწილი.

ამრიგად, პრივატიზაციის მიზეზები იყო მრავალგანზომილებიანი – მათ შორის ეკონომიკური, პოლიტიკური და სოციალური – და მისი მნიშვნელობა განისაზღვრება არა მხოლოდ რესურსების მართვის თვალსაზრისით, არამედ სისტემური რეფორმების საჭიროებით, რაც მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სისტემების ადაპტაციას თანამედროვე გამოწვევებთან (Torchia და სხვ., 2013).

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი ადარებს პრივატიზაციის ძირითად მოტივებს დასავლეთ ევროპის, აღმოსავლეთ ევროპის (ყოფილი სოციალისტური ბლოკი) და საქართველოს კონტექსტში (იხ.ცხრ. 1).

მოტივები/- რეგიონი	დასავლეთ ევროპა	აღმოსავლეთ ევროპა / ყოფილი სსრკ ქვეყნები	საქართველო
1. ეკონომიკური სტიმული	კეთილდღეობის სახელმწიფოს ფინანსური ტვირთის შემცირება;	ბიუჯეტის დეფიციტის შემცირება; სახელმწიფო ხარჯების შემცირება;	სახელმწიფო ბიუჯეტის შეზღუდულობა; კერძო კაპიტალის მობილიზების საჭიროება;
2. სახელმწიფო სექტორის უუნარობა	საჯარო სისტემის მოუქნელობა და ინოვაციის დეფიციტი;	სსრკ-ის მემკვიდრეობით მიღებული ცენტრალიზებული, არაეფექტიანი მმართველობა;	ბიუროკრატიული, ცენტრალიზებული სისტემის სუსტი რეაგირება ცვლილებებზე;

მოტივები/- რეგიონი	დასავლეთ ევროპა	აღმოსავლეთ ევროპა / ყო- ფილი სსრკ ქვეყნები	საქართველო
3. მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება	მომხმარებელზე ორიენტირებული, კონკურენტული მოდელის დანერგვა;	სახელმწიფო მომსახურების დაბალი ხარისხი და მოსახლეობის უკმაყოფილება;	იმედი, რომ ბაზარი უზრუნველყოფს ხარისხიან და ხელმისაწვდომ მომსახურებას;
4. პოლიტიკურ-იდეოლოგიური ფაქტორი	საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებზე გადასვლა კეთილდღეობის მოდელის ფარგლებში;	გარდამავალი პერიოდის დასავლური მოდელის გადმოღება; იდეოლოგიური დაშორება საბჭოთა სისტემისგან;	ლიბერტარიანული რეფორმების გავლენა (ბენდუქიძის რეფორმები); მინიმალური სახელმწიფო ჩარევის პრინციპის გავრცელება;
5. ინფრასტრუქტურული საჭიროებები	სერვისების ოპტიმიზაცია და ციფრულ ტექნოლოგიებზე გადასვლა;	მოძველებული ინფრასტრუქტურის კერძო ინვესტირების მეშვეობით განახლება;	სახელმწიფოს შეზღუდული შესაძლებლობა ახალ საავადმყოფოთა აშენებაში;
6. საერთაშორისო ზეწოლა/რეკომენდაცია	ნაკლებად გამოხატული;	საერთაშორისო ფინანსური ინსტიტუტების (მსოფლიო ბანკი, IMF) რეკომენდაციები;	დონორებისა და ფინანსური ინსტიტუტების გავლენა ჯანდაცვის რეფორმების ფორმირებაზე;

**პრივატიზაციის პროცესი საქართველოში
პრივატიზაციის I ეტაპი - მსოფლიო ბანკის მოდელი (1990-იანი წლები - 2003)**

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში პრივატიზაციის პროცესის დასაწყისს საფუძველი 1990-იან წლებში ჩაეყარა, როცა ქვეყანაში გარდამავალი პერიოდის სოციალური და ეკონომიკური გამოწვევების ფონზე დაიწყო სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო ინფრასტრუქტურის რეფორმირების მცდელობები (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2024).

საავადმყოფოების პრივატიზაციისკენ გადადგმული პირველი ნაბიჯები 1996 წელს დაიწყო. ამ პერიოდში საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების ადმინისტრირება დამოუკიდებელი გახდა, რის შედეგადაც დაწესებულებები შიდა

საორგანიზაციო და მენეჯმენტურ საკითხებს თვითონ განაგებდნენ. ეს ცვლილება პრივატიზაციის პროცესის დასაწყისს ნიშნავდა, რომლის ფარგლებშიც სახელმწიფომ რიგი სამედიცინო დაწესებულებები კერძო ინვესტორებს გადასცა (საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო, 2012).

1998 წელს, მსოფლიო ბანკის დაკვეთით, ამერიკულმა სამედიცინო კომპანიამ „კაიზერ პერმანენტემ“ შეაფასა საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის მდგომარეობა. ამ შეფასების შედეგად შემუშავდა საავადმყოფოების რესტრუქტურისაციის პროგრამა, რომლის განხორციელება მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული ადაპტაციის პროგრამის მესამე ტრანშის ფარგლებში იყო დაგეგმილი. ეს გეგმა მიზნად ისახავდა საბჭოთა მემ-

კვიდრეობის სახით დარჩენილი ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციასა და რესურსების უფრო ეფექტიან განაწილებას (ჯორბენაძე, 2021). იგი გულისხმობდა ჰოსპიტალური სექტორის სტრუქტურულ რესტრუქტურირებას და ეტაპობრივ პრივატიზაციას.

დოკუმენტში დეტალურად იყო განსაზღვრული ჰოსპიტალური სექტორის როგორც ხარისხობრივი, ასევე რაოდენობრივი მაჩვენებლები და წარმოდგენილი იყო პრივატიზაციის სტრუქტურული მოდელი. გეგმა საავადმყოფოების სამ კატეგორიად დაყოფას ითვალისწინებდა (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2022):

A ჯგუფის დაწესებულებები – უნდა დარჩენილიყო სახელმწიფოს მფლობელობაში, როგორც სტრატეგიული დაინიშნულების ობიექტები;

B ჯგუფის დაწესებულებები – უნდა გადაცემულიყო კერძო საკუთრებაში, თუმცა პროფილის (სპეციალიზაციის) შენარჩუნების ვალდებულებით;

C ჯგუფის დაწესებულებები – უნდა გაყიდულიყო, როგორც უძრავი ქონება, პროფილის შენარჩუნების გარეშე.

პროგრამის მიხედვით სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი სამედიცინო დაწესებულებები გადავიდნენ თვითდაფინანსების მოდელზე (World Bank, 1999). მათ შეეცვალათ იურიდიული სტატუსი და გადაიქცნენ შეზღუდული პასუხისმგებლობის ან სააქციო საზოგადოებად. სახელმწიფო კლინიკების მართვა უნდა განხორციელებინა არჩეულ სამეთვალყურეო საბჭოებს, ხოლო მათი სამართლებრივი სტატუსი განსაზღვრული იქნა როგორც საჯარო სამართლის

იურიდიული პირები, სახაზინო საწარმოს სტატუსით. ამ ცვლილების შედეგად, სამედიცინო პერსონალი აღარ წარმოადგენდა საჯარო მოხელეს და შრომითი ურთიერთობები რეგულირდებოდა ხელშეკრულებით. ამ გზით სახელმწიფო თავიდან იხსნიდა როგორც ფინანსური, ისე დაწესებულებების მართვის პასუხისმგებლობას, რადგან დაწესებულებები უკვე დამოუკიდებლად ფუნქციონირებდნენ და უკვე გამომუშავებზე გადავიდნენ. პარალელურად, მოხდა მანამდე არაოფიციალურად არსებული გადასახდელების პრაქტიკის ფორმალიზება და ლეგალიზება (ნაცვლიშვილი და სხვ., 2022).

გეგმაში ერთ-ერთ ცენტრალურ ელემენტს წარმოადგენდა სპეციალური სტრუქტურის შექმნა, რომელიც პასუხისმგებელი იქნებოდა რესტრუქტურირების იურიდიული საკითხების რეგულაციასა და „ჰოსპიტალური სექტორის რესტრუქტურირების ფონდის“ მართვაზე. ფონდის მიზანი იყო B ჯგუფის საავადმყოფოების პრივატიზაციიდან მიღებული შემოსავლების გამოყენება ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურისა და სამედიცინო ტექნიკის განახლებისთვის, ასევე გათავისუფლებული მედპერსონალისთვის ერთჯერადი კომპენსაციების გადახდა (ჯორბენაძე, 2023; Rose, 2001).

პროექტის განხორციელებაში აქტიურად მონაწილეობდნენ საერთაშორისო დონორები და ექსპერტები. განსაკუთრებით აღსანიშნავია აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) წვლილი, რომელიც მხარს უჭერდა საავადმყოფოების აკრედიტაცი-

ის სისტემის განვითარებას და ხარისხის მენეჯმენტის ინსტიტუციონალიზაციას.

გეგმის მიხედვით, სახელმწიფოს მიზანი იყო ამორტიზებული და ეკონომიკურად არაეფექტიანი ჰოსპიტალების გაყიდვა, რაც საშუალებას მისცემდა მას შეემცირებინა ზედმეტი საწოლფონდი და შეეფერხებინა ფინანსური რესურსების არარაციონალური ხარჯვა. გათვალისწინებული იყო 20,000 ჰოსპიტალურ საწოლზე შემცირება 13,000-მდე.

მიუხედავად გეგმის თანმიმდევრული და თეორიულად გააზრებული სტრუქტურისა, მისი პრაქტიკული იმპლემენტაცია სერიოზულ დაბრკოლებებს წააწყდა. საქართველოს მაშინდელმა ხელისუფლებამ ვერ შეძლო რეფორმის ეფექტიანი განხორციელება.

1997 წლამდე მხოლოდ სტომატოლოგიური დაწესებულებებისა და სააფთიაქო ქსელის პრივატიზება განხორციელდა. საბოლოოდ, 1990-იანი წლების რესტრუქტურისაციის მცდელობები ვერ გახდა სისტემური რეფორმის საყრდენი. თუმცა, ეს გამოცდილება საფუძვლად დაედო მომდევნო ეტაპებზე განხორციელებულ რადიკალურ პრივატიზაციას 2000-იანი წლების ბოლოს, რასაც მოჰყვა ჰოსპიტალური სექტორის თითქმის სრული კომერციალიზაცია.

პრივატიზაციის II ეტაპი: "ასი საავადმყოფოს" გეგმა (2007–2010)

„ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ საქართველოში დაბრუნებულ რეფორმატორთა შორის ერთ-ერთი ცენტრალური ფიგურა იყო კახა ბენდუქიძე. 2004 წელს, როდესაც მან რეფორმების კოორდინაციის სახელმწიფო მინისტრის პოსტი დაი-

კავა, საჯაროდ განაცხადა: „საქართველომ ყველაფერი უნდა გაყიდოს, გარდა სინდისისა“. მისი ხედვა ემყარებოდა სახელმწიფოს როლის მაქსიმალურად შემცირებასა და საბაზრო პრინციპების უპირატესობას ყველა სფეროში, მათ შორის იქაც კი, სადაც ტრადიციულად სახელმწიფოს მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრება — განათლებაში, ჯანდაცვაში და სოციალურ დაცვაში (Schecter, 2011). აღნიშნული მიზნები უნდა მიღწეულიყო ეკონომიკის სწრაფი და მასშტაბური პრივატიზაციით, დერეგულაციითა და სახელმწიფო სოციალური ფუნქციების მინიმუმამდე დაყვანით.

ბენდუქიძის მოღვაწეობის პერიოდში (2004–2009) სააკაშვილის ადმინისტრაციამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ბიუროკრატიული ბარიერები, რადიკალურად დაჭრა გადასახადები და განახორციელა ეკონომიკის ყველა ძირითადი სექტორის — მათ შორის ჯანდაცვის სისტემის — მასშტაბური პრივატიზაცია.

2006 წლის ოქტომბერში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში სახელმწიფო მინისტრის აპარატმა წარმოადგინა ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის ახალი სტრატეგია — „ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი მიმართულებები 2007–2009 წლებში“.

ახალი პოლიტიკის მიზანი იყო საბაზრო მექანიზმების დანერგვით ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების შექმნა, ასევე კერძო ინვესტიციების მოზიდვით მიზნით ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება. ერთ-

ერთ მნიშვნელოვან ინოვაციას წარმოადგენდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომელიც 2007 წელს შემუშავდა და ითვალისწინებდა საავადმყოფოების არსებული ინფრასტრუქტურის სრულ განახლებას. გეგმის მიხედვით, სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებები სამწლიანი ვადით მთლიანად უნდა გადაცემოდა კერძო სექტორს. რეგიონებში უნდა აშენებულიყო მრავალპროფილური საავადმყოფოები, რომელთა ზომა განისაზღვრებოდა შესაბამისი რეგიონის მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით და მოიცავდა ან 25–50, ან 50–100 საწოლს.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სტრატეგიის მთავარ მიზნად განისაზღვრა სისტემის ფუნდამენტური გარდაქმნა და რადიკალური რესტრუქტურისაცია. იგი გულისხმობდა ჰოსპიტალური ინფრასტრუქტურის სრულ განახლებას (Sehngelia et al., 2016).

რეფორმის განხორციელება დაიწყო 2007 წლის იანვრიდან. განსხვავებით 1990-იანი წლების მცდელობისგან, როდესაც ჰოსპიტალური სექტორის მართვის მთავარი პასუხისმგებელი სახელმწიფო იყო, ახალი რეფორმის ფარგლებში მნიშვნელოვანი მენეჯერული და საინვესტიციო პასუხისმგებლობა გადანაწილდა კერძო სექტორზეც.

რეფორმის ცენტრალურ დოკუმენტს წარმოადგენდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომელიც მოიცავდა ჰოსპიტალური სექტორის თითქმის სრული პრივა-

ტიზაციის პოლიტიკას. გეგმის ფარგლებში, ინვესტორებს მიეცათ საშუალება შეეძინათ ძველი საავადმყოფოები თბილისში ან რეგიონულ ცენტრებში. აღსანიშნავია, რომ რადგან ჰოსპიტალები და პოლიკლინიკები გეოგრაფიულად კარგ ადგილებზე იყვნენ განთავსებული, ისინი პოტენციური ინვესტორებისთვის მიმზიდველად ჩაითვალა უძრავი ქონების კუთხით.

პრივატიზაციის მოდელის მიხედვით, სახელმწიფო არსებულ საავადმყოფოს ინვესტორს უძრავი ქონების სახით გადასცემდა. ბიუჯეტში თანხის გადარიცხვის ნაცვლად, ინვესტორი ვალდებული იყო აეშენებინა ახალი, თანამედროვე სტანდარტების კერძო საავადმყოფო.

რეფორმა საზოგადოებაში „100 საავადმყოფოს პროგრამის“ სახელით გახდა ცნობილი. გეგმის მიხედვით, სამი წლის განმავლობაში უნდა აშენებულიყო 100 ახალი საავადმყოფო. დაგეგმილი იყო თბილისში 77 ახალი საავადმყოფოს აშენება 4,185 საწოლზე გათვლით, ხოლო რეგიონებში – 23 საავადმყოფოს მშენებლობა 3,615 საწოლით (საქართველოს მთავრობა, 2007). არსებული საწოლფონდის ოპტიმიზაციის მიზნით, ქვეყანაში მოქმედი 16,000 საწოლიდან მხოლოდ 7,800 უნდა შენარჩუნებულიყო, რაც საწოლების რაოდენობის 52%-იან შემცირებას გულისხმობდა. ამ განაწილების საფუძველზე ქვეყანაში 100,000 მოსახლეზე საშუალოდ 177 საწოლი უნდა ყოფილიყო, რაც მკვეთრად დაბალია ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით (EU საშუალო – 611

საწოლი 100,000 მოსახლეზე).

გარდა რაოდენობრივი ოპტიმიზაციისა, გეგმაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. ახალი საავადმყოფოების განლაგებამ უნდა უზრუნველყოს ის, რომ ქვეყნის მოსახლეობის 80%-ს სამედიცინო დახმარება მაქსიმუმ 30 წუთში ჰქონდეს ხელმისაწვდომი. ამისათვის განსაზღვრული იყო 68 სტრატეგიული ლოკაცია, სადაც უნდა განვითარებულიყო ახალი ჰოსპიტალური ინფრასტრუქტურა.

აღსანიშნავია, რომ პრივატიზაცია ფინანსურ შემოსავალზე ორიენტირებული არ ყოფილა. სახელმწიფო ინვესტორებს უსასყიდლოდ გადასცემდა იმ ტერიტორიებს, სადაც უკვე ფუნქციონირებდა სახელმწიფო საავადმყოფოები, ან სახელმწიფო სპეციალურად გამოყოფდა სხვა ადგილმდებარეობას ახალი ობიექტებისთვის. სანაცვლოდ, ინვესტორებს ევალუბოდათ თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი ჰოსპიტალების მშენებლობა და აღჭურვა. ობიექტის ადგილმდებარეობის განსაზღვრის გადაწყვეტილებას მხოლოდ სახელმწიფო იღებდა.

მშენებლობის ან რეაბილიტაციის დასრულების შემდეგ, ინვესტორებს ეკისრებოდათ ვალდებულება, რომ მომდევნო შვიდი წლის განმავლობაში შეენარჩუნებინათ საავადმყოფოს პროფილი. ამ ვადის ამოწურვის შემდეგ კი მათ ეძლეოდათ შესაძლებლობა, რომ ობიექტი და მისადმი მიმდებარე ტერიტორია სხვა დანიშნულებით გამოეყენებინათ.

2007 წელს დამტკიცებული ჰოსპიტლების რესტრუქტურისაციის გენე-

რალური გეგმის საფუძველზე დაიწყო სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების სრული პრივატიზაციის პროცესი. უკვე 2009 წლისთვის სამედიცინო დაწესებულებების დაახლოებით 80% გასხვიებული იყო კერძო სექტორზე (Chanturidze et al., 2009).

ჰოსპიტალების განვითარების გეგმის განხორციელება სათანადო ტემპით ვერ წარიმართა. „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის“ განხორციელებას 2008 წელს ხელი შეუშალა რუსეთისა და საქართველოს შორის აგვისტოს ომმა და მასთან ერთად დაწყებულმა გლობალურმა ფინანსურმა კრიზისმა. კომერციულმა ბანკებმა სესხების გაცემა მნიშვნელოვნად შეამცირეს, რის შედეგადაც, გეგმის ფარგლებში შერჩეული კომპანიების ნაწილმა უარი განაცხადა დაგეგმილი ჰოსპიტალური ინფრასტრუქტურის მშენებლობაზე. გარდა ამისა, ინვესტორებმა ნაკლები ინტერესი გამოხატეს რეგიონებში მდებარე უძრავი ქონების მიმართ, რაც მნიშვნელოვან დაბრკოლებად იქცა (Gotsadze et al., 2005).

პრივატიზაციის III ეტაპი: სადაზღვეო პრივატიზაცია (2010 – 2012)

2010 წელს საქართველოს მთავრობამ განახორციელა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გეგმის მოდიფიკაცია, რომლის მიზანი იყო ახალი ჰოსპიტალების მშენებლობა კერძო სადაზღვეო კომპანიების მიერ სახელმწიფოს კონტრაქტის სანაცვლოდ.

ახალი მოდელის მიხედვით, საავადმყოფოების მშენებლობის ფუნქცია კერძო სადაზღვეო კომპანიებს დაევა-

ლათ, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის სანაცვლოდ იღებდნენ ვალდებულებას, საკუთარ სახსრებზე შეექმნათ თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი ჰოსპიტალური ინფრასტრუქტურა.

საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 30 მარტის №85 დადგენილების საფუძველზე, ერთი რაიონის მოსახლეობას სახელმწიფო დაზღვევის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურებას სამი წლის განმავლობაში უზრუნველყოფდა მხოლოდ ერთ-ერთი, კონკურსში გამარჯვებული სადაზღვევო კომპანია. სანაცვლოდ, ამ კომპანიებს ეკისრებოდათ ვალდებულება, რომ თითოეულ ლოკაციაზე მოეწყოთ შესაბამისი პროფილისა და სიმძლავრის ჰოსპიტალური საწოლფონდი. ეს ინფრასტრუქტურა კომპანიის საკუთრებად განისაზღვრა.

სახელმწიფოს სტრატეგიული გათვლით, ქვეყანა დაიყო 26 სამედიცინო რაიონად (ე.წ. ლოტად), სადაც განისაზღვრა თითოეული ლოტისთვის საჭირო ჰოსპიტალების რაოდენობა და ფუნქციური პროფილი. გეგმის მიხედვით, 2011 წლის ბოლომდე 10 სადაზღვევო კომპანიას ქვეყნის მასშტაბით უნდა აეშენებინა 46 ახალი საავადმყოფო, რომელთაგან ნაწილზე უკვე დაწყებული იყო სამშენებლო სამუშაოები. ამგვარად, ერთ ლოტში მხოლოდ ერთ სადაზღვევო კომპანიას ჰქონდა უფლება ემუშავა და ეშენებინა შესაბამისი საავადმყოფოები.

სატენდერო პირობების თანახმად, ინვესტორებს ევალებოდათ, რომ ახლად აშენებული ან რეაბილიტირებული ჰოსპიტალები ფუნქციონირებდეს მინიმუმ

შვიდი წლის განმავლობაში. აღნიშნული პერიოდის გასვლის შემდეგ, კომპანიებს მიენიჭათ სრული საკუთრების ჰოსპიტალური ობიექტების ნებისმიერი სხვა დანიშნულებით გამოყენების უფლება.

პრაქტიკამ აჩვენა, რომ რეგიონებში მდებარე მცირე ჰოსპიტალები ძირითადად შემოიფარგლებოდნენ მხოლოდ პირველადი და გადაუდებელი დახმარების სერვისებით, რადგან ეს მომსახურებები შედარებით დაბალ რესურსს მოითხოვდა და მაინც უზრუნველყოფდა გარკვეულ შემოსავლებს.

კომერციულმა პრიორიტეტებმა იმოქმედა ჯანდაცვის სერვისების სტრუქტურაზე. კერძოდ, ინვესტორები უპირატესობას ანიჭებდნენ იმ მომსახურებებს, რომლებიც ფინანსურად იყო უფრო მიმზიდველი (მაგალითად, ზოგადი პროფილის ქირურგიული სერვისები, გინეკოლოგია, რადიოლოგიური გამოკვლევა და სხვა), ხოლო ის სერვისები, რომლებიც მაღალი ხარჯებით ხასიათდებოდა და ნაკლებად მომგებიანი იყო (მაგალითად, ქრონიკული, ონკოლოგიური, ფსიქიატრიული დაავადებებისა და იშვიათი მდგომარეობების მართვა), ხშირად ან შემცირდა, ან სრულად გაქრა საავადმყოფოების მენიუდან.

ეს ტენდენცია განსაკუთრებით შემაშფოთებელი აღმოჩნდა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და თანასწორობის პრინციპების კუთხით, ვინაიდან სერვისებზე წვდომა გახდა დამოკიდებული არა საჭიროებების, არამედ მათ ეკონომიკურ მიზანშეწონილობაზე (Transparency International, 2010).

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმო-

მადგენლებმა ამ პრობლემაზე რეაგირება შემდეგნაირად დააფიქსირეს: სახელმწიფო ჩაერეოდა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო სექტორი უარს იტყოდა საზოგადოებრივად აუცილებელი და სახელმწიფოსთვის სტრატეგიული სერვისების მიწოდებაზე. სახელმწიფო, რეალურად, იბრძოდა მხოლოდ წერტილოვანი კორექტივებისთვის და არა სისტემური ბალანსის შენარჩუნებისთვის.

მიუხედავად ჰოსპიტალური სექტორის თითქმის სრული პრივატიზებისა, სახელმწიფო თავიდანვე გამორიცხავდა რამდენიმე სტრატეგიული სამედიცინო დაწესებულების გასხვისებას. არ განხორციელდა ფსიქიატრიული კლინიკების, ტუბერკულოზის, შიდსისა და მწვავე ინფექციური დაავადებების ცენტრების პრივატიზაცია. აღნიშნული დაწესებულებები რჩებოდნენ სახელმწიფოს მფლობელობაში, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ობიექტები, რომელთა ფუნქციონირება ვერ დაექვემდებარებოდა კომერციულ ლოგიკას.

რეფორმის შედეგად ქვეყანაში აშენდა 40-ზე მეტი ახალი ჰოსპიტალი, თუმცა სერვისების ბალანსი ეკონომიკური ინტერესებით ჩამოყალიბდა და არა საჭიროებებზე დაფუძნებით.

2013 წლისთვის საავადმყოფოების 42% სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაში იყო, 29% ფიზიკურ პირებს ეკუთვნოდათ, ხოლო 18% სხვა ტიპის კომერციულ ორგანიზაციებს. სახელმწიფოს მფლობელობაში მხოლოდ 8% რჩებოდა (Transparency International Georgia, 2012).

არსებული სისტემა ფარავდა მხოლოდ უკიდურესად ღარიბ მოსახლეობას, დაბალშემოსავლიანი ჯგუფები სახელმწიფო დაფინანსების გარეშე დარჩნენ, ხოლო კერძო დაზღვევას დაბალი ფინანსური შესაძლებლობების გამო ვერ ყიდულობდნენ. ამასთან, კერძო სადაზღვევო პაკეტები ხშირად ძალიან შეზღუდულ მომსახურებებს ითვალისწინებდა. გარდა ამისა, საქართველოშიც ჩამოყალიბდა მონოპოლიები ჯანდაცვის სექტორში.

რეფორმის დაჩქარების მიზნით, მთავრობამ სადაზღვევო კომპანიებთან ერთად, მოგვიანებით ფარმაცევტულ კომპანიებსაც მისცა უფლება, აეშენებინათ და ემართათ საავადმყოფოები. შედეგად, მოხდა ჯანდაცვის იმ ერთეულების ვერტიკალური ინტეგრაცია, რომლებიც სისტემაში ურთიერთდაკავშირებულნი და, ამავე დროს, ერთმანეთის მაკონტროლებლები უნდა ყოფილიყვნენ. მსგავსი კონფლიქტი ინტერესების დაქვეითებას იწვევდა და უარყოფითად აისახებოდა პაციენტებისთვის გაწეული მომსახურების ხარისხზე.

სერიოზულ პრობლემას ქმნიდა რეგულაციების ნაკლებობა, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ ჯანდაცვის დაზღვევის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირებისთვის აუცილებელი იყო მკაფიო და საიმედო რეგულაციური მექანიზმები. ამასთან, ნეგატიურად მოქმედებდა პოლიტიკურ გარემოში არსებული არასტაბილურობა და ახალი გეგმების ხშირი ცვლილება (Hauschild და Berkhout, 2009).

რეფორმები 2013 წლიდან

2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეცვალა საავადმყოფოების პრივატიზაციაზე დაფუძნებული მოდელი და სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემაში. სახელმწიფომ კვლავ აიღო პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე როგორც კოლექტიური სოციალური ვალდებულება. კერძოდ:

სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების დაფინანსებას მთელი მოსახლეობისთვის.

კლინიკებთან ურთიერთობა გადავიდა დამკვეთის მოდელზე: სახელმწიფო არის გადამხდელი, კლინიკები — მომწოდებლები.

საყოველთაო ჯანდაცვამ მოითხოვა ახალი კონტროლის მექანიზმების დანერგვა: დაიწყო მომსახურების ღირებულებების განსაზღვრა, სახელმწიფო ტარიფების შემოღება და პაკეტების სტანდარტიზაცია. ამან შეამცირა კლინიკების თავისუფლება ფასების დადგენაში და გააჩინა კლინიკების ინტერესი მხოლოდ მომგებიან მომსახურებებზე კონცენტრაციისკენ.

საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელმა გააძლიერა სოციალური თანასწორობის პრინციპი და მნიშვნელოვნად გაზარდა ჯანმრთელობის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა. თუმცა, პროგრამის სწრაფი გაფართოება არ დაეყრდნო სტრუქტურულად გამართულ და თანაბრად განვითარებულ ჰოსპიტალურ ინფრასტრუქტურას. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფომ უზრუნველყო დაფინანსება, სერვისების მიწოდება

კვლავაც კერძო სექტორის ხელში დარჩა, რამაც შეაფერხა ხარისხის მონიტორინგის შესაძლებლობები.

ამგვარად, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემამ ტრანსფორმაციულად შეცვალა პრივატიზაციაზე დაფუძნებული მოდელი, თუმცა ამ ცვლილებას თან ახლდა მნიშვნელოვანი პარადოქსი: მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო გადაიქცა მთავარი დამფინანსებლად, ის კვლავ ეყრდნობოდა მოგებაზე ორიენტირებულ კერძო სექტორს როგორც ძირითადი მომსახურების მიმწოდებელს. ასე შეიქმნა „საჯარო-კერძო თანაცხოვრების“ მოდელი, სადაც საჯარო დაფინანსება და მიწოდების კომერციულობა ხშირად კონფლიქტში მოდიოდა ერთმანეთთან.

პრივატიზაციის ძირითადი ეტაპების შეფასება სალტმანის და ჰანს მაარსეს კლასიკური ტიპოლოგიების შესაბამისად

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში პრივატიზაციის პროცესის ანალიზი შესაძლებელია სალტმანის (Saltman, 2003) და ჰანს მაარსეს (Maarse, 2003) ტიპოლოგიების საფუძველზე, რომლებიც პრივატიზაციას რამდენიმე მიმართულებით ასახავენ: მფლობელობა, დაფინანსება, მომსახურების მიწოდება, მართვა და ინვესტიცია. აღნიშნული ტიპოლოგია იძლევა შესაძლებლობას, სისტემურად შეფასდეს, როგორ შეიცვალა სახელმწიფოს როლი და როგორ გადანაწილდა პასუხისმგებლობა საჯარო და კერძო სექტორებს შორის.

მფლობელობის პრივატიზაცია

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში პრივატიზაციის ერთ-ერთი პირველი და ყველაზე მასშტაბური ეტაპი იყო

მფლობელობის პრივატიზაცია (ownership privatization), რაც გულისხმობდა სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების – ძირითადად ჰოსპიტალების – პირდაპირ გასხვისებას ან გადაცემას კერძო სექტორისთვის. ეს პროცესი განსაკუთრებით ინტენსიური იყო „ასი საავადმყოფოს“ პროექტისა და 2010 წლის დაზღვევის რეფორმის ფარგლებში, როდესაც კერძო სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ როგორც საავადმყოფოების ინფრასტრუქტურის მშენებლობა, ისე მფლობელობა.

შედეგად, ჰოსპიტალური ინფრასტრუქტურა პრაქტიკულად მთლიანად გადავიდა კერძო საკუთრებაში. სახელმწიფო მხოლოდ რამდენიმე სტრატეგიულ დაწესებულებას ფლობს, რაც მიაჩნია სახელმწიფო პროვაიდერების მინიმალურ წილზე. არამომგებიანი პროვაიდერები – სათემო, რელიგიური ან სოციალური მიზნებისთვის შექმნილი კლინიკები – წარმოადგენს უმნიშვნელო ნაწილს. საქართველოს ბაზარზე დომინანტური როლი უჭირავს კომერციულ ქსელებს, როგორიცაა „ევექსი“, „მედალფა“, „ნეოლაბი“ და სხვები.

ჯანდაცვის დაფინანსების

პრივატიზაცია

1990-იანი წლებიდან მოყოლებული, სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის დაფინანსებაში მონაწილეობის წილი თანდათან შემცირდა. ამ პერიოდში მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდები შეადგენდა ჯანდაცვის საერთო ხარჯების 55–85%-ს, რაც ხშირად კატასტროფულ ფინანსურ შედეგებად ითვლებოდა მოქალაქეებისთვის და მნიშვნელოვნად ზღუდავდა

ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას.

მიუხედავად იმისა, რომ შემოღებული იყო კერძო დაზღვევის ელემენტები, დაფინანსების ძირითადი ტვირთი კვლავაც მოსახლეობას ეკისრებოდა. პარალელურად შეინიშნებოდა დაფინანსების პრივატიზაციის (financing privatization) ელემენტებიც. 2010 წელს განხორციელებული რეფორმების შედეგად კერძო სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ არა მხოლოდ ჰოსპიტალური ინფრასტრუქტურის მშენებლობა და ფლობა, არამედ ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მიღებული დაფინანსების საფუძველზე, ანუ მათ გადაეცათ სახელმწიფო ბიუჯეტით დაფინანსებული ჯანმრთელობის სერვისების მართვა. ეს განიხილება როგორც დაფინანსების პრივატიზაციის კომპონენტი, რადგან სახელმწიფო ფინანსური რესურსების განკარგვის უფლებას აძლევდა კერძო სტრუქტურებს.

სამედიცინო მომსახურების

მიწოდების პრივატიზაცია

მომსახურების მიწოდების პრივატიზაცია (provision privatization) განსაკუთრებით გამოკვეთილად განვითარდა 2007 წლის შემდეგ და გაგრძელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო აფინანსებს სამედიცინო მომსახურებას, მისი უშუალო მიწოდება სრულად კერძო პროვაიდერებზე მოდის. შედეგად, სახელმწიფო იქცა სერვისების შემძენად, ხოლო კერძო სექტორი – მთავარი პროვაიდერი გახდა.

დღეს საქართველოს სამედიცინო

დაწესებულებების აბსოლუტური უმრავლესობა კერძო მფლობელობაშია. ეს პრივატიზაცია მოიცავს როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ სერვისებს. სახელმწიფო კლინიკების წილი ძალზე მცირეა, რაც მომსახურების მიწოდების სეგმენტში პრივატიზაციის მაღალ დონეზე მიუთითებს.

ჯანდაცვის მართვის პრივატიზაცია

მართვის პრივატიზაცია, ანუ ის მოდელი, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი სამედიცინო დაწესებულებების მართვა ექსკლუზიურად გადაეცემა კერძო ოპერატორებს კონტრაქტის საფუძველზე, საქართველოში პრაქტიკულად არ გამოიყენებოდა. პრივატიზაციის პროცესმა ქვეყანაში უპირატესობა მიანიჭა საკუთრების უფლების სრულად გადაცემას კერძო სექტორისთვის, ნაცვლად საჯარო-კერძო პარტნიორობაზე ან მენეჯმენტის დელეგირებაზე დაფუძნებული ჰიბრიდული მოდელებისა.

მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის სისტემაში ფართოდ დამკვიდრდა მომსახურების შესყიდვაზე დაფუძნებული მმართველობითი მოდელები, რომელშიც სახელმწიფო ფუნქციონირებს როგორც ძირითადი შემსყიდველი, ხოლო კერძო პროვაიდერები უზრუნველყოფენ მომსახურების მიწოდებას. აღნიშნული სისტემა გულისხმობს მმართველობითი პასუ-

ხისმგებლობის დეკონცენტრაციას, სადაც სახელმწიფო განსაზღვრავს დაფინანსებული სერვისების ფარგლებს, მაგრამ პრაქტიკულ განხორციელებას სრულად კერძო პროვაიდერებს ავალებს. შედეგად, სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზაციულ სტრუქტურაზე გადამწყვეტ გავლენას ახდენს კერძო სექტორი.

ჯანდაცვის ინვესტირების პრივატიზაცია

ჯანდაცვის სექტორის ტექნიკური და ინფრასტრუქტურული მოდერნიზაცია საქართველოში განხორციელდა, ძირითადად, კერძო ინვესტიციების მეშვეობით. კერძო ბანკებმა, საინვესტიციო ფონდებმა და საერთაშორისო ფინანსურმა ინსტიტუტებმა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს თანამედროვე კლინიკების შექმნაში. სახელმწიფოს პირდაპირი მონაწილეობა ამ პროცესში უმნიშვნელოა. სახელმწიფო იშვიათად ახორციელებს პირდაპირ ინვესტიციებს ახალ ინფრასტრუქტურაში.

კერძო ინვესტორების გაძლიერებულმა როლმა ხელი შეუწყო ტექნოლოგიური პროგრესისა და მომსახურების დიფერენცირების პროცესს, თუმცა გაიზარდა სერვისების ღირებულებაც, რაც სოციალური თანასწორობის კუთხით გამოწვევად რჩება.

ცხრილი 2

პრივატიზაციის ფორმები საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში (Saltman & Maarse-ის ტიპოლოგიების მიხედვით)

პრივატიზაციის ტიპი	აღწერა	საქართველოში რეალიზაციის დონე	შეფასება / შენიშვნები
საკუთრების პრივატიზაცია	სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული დაწესებულებების საკუთრების უფლების გადაცემა კერძო სუბიექტებზე.	მაღიან მაღალი	თითქმის მთლიანად განხორციელდა 2007–2012 წლებში; კერძო სექტორი ფლობს ჰოსპიტალების აბსოლუტურ უმრავლესობას.
დაფინანსების პრივატიზაცია	ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსების მექანიზმების კომერციალიზაცია და კერძო აქტორების ჩართულობა.	საშუალო	მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ საბაზისო პაკეტის დაფინანსებისა, 2010 წელს კერძო სადაზღვევო მოდელი აღინიშნა.
მომსახურების მიწოდების პრივატიზაცია	სამედიცინო სერვისების მიწოდების კერძო პროვაიდერებზე გადაცემა.	მაღიან მაღალი	სამედიცინო დაწესებულებების თითქმის ყველა დონეზე სერვისების მიმწოდებლები კერძო კლინიკებია.
მენეჯმენტის პრივატიზაცია	სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი დაწესებულებების მართვის გადაცემა კერძო ოპერატორებისთვის.	მაღიან დაბალი	პრაქტიკულად არ გამოიყენებოდა; უპირატესობა ენიჭებოდა პირდაპირ პრივატიზაციას და არა მართვის დელეგირებას.
ინვესტიციის პრივატიზაცია	ინფრასტრუქტურის განახლება და ტექნოლოგიური ინვესტიციები კერძო კაპიტალის მეშვეობით.	მაღალი	კლინიკების ტექნიკური გაძლიერება ძირითადად კერძო ინვესტიციების ხარჯზე მოხდა; სახელმწიფოს როლი მინიმალურია.
მომსახურების შეკვეთაზე დაფუძნებული მოდელი	სახელმწიფო ხდება მომსახურების შემსყიდველი, ხოლო კერძო პროვაიდერი – შემსრულებელი.	მაღალი	საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში სახელმწიფო აფინანსებს მომსახურებას, რომელსაც კერძო პროვაიდერები აწვდიან.

დასკვნა

საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზაციის მოდელმა მკვეთრად შეცვალა სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემაში. მფლობელობისა და სერვისების მიწოდების პრივატიზაციამ შესაძლებელი გახდა ინფრასტრუქტურის სწრაფი განახლება და კერძო ინვესტიციების მოზილევა. თუმცა, პროცესს თან ახლდა გეოგრაფიული და სოციალური უთანასწორობის გაღრმავება, არასაკმარისი რეგულირება და მოსახლეობის ფინანსური წნეხის ზრდა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ სახელმწიფოს როლი კვლავ გაზარდა, თუმცა იგი დარჩა ძირითადად დამფინანსებლის პოზიციაზე, მაშინ როცა სერვისების მიწოდება კვლავ კერძო სექტორის ხელშია. ეს ქმნის სისტემურ პარადოქსს, სადაც საჯარო და კერძო ინტერესები ხშირად დაპირისპირებაში მოდიან. შესაბამისად, აუცილებელია სახელმწიფოს რეგულატორული და სტრატეგიული ფუნქციების გაძლიერება, რათა პრივატიზაციის შედეგად მიღწეული ინფრასტრუქტურული წინსვლა შეესაბამებოდეს სოციალური სამართლიანობის და ხარისხის მიზნებს.

ლიტერატურა:

1. ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. (2024). ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარება საქართველოში. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე. 1:107-123. URL:<http://macne.org.ge/index.php/macne/article/view/143> (გადამოწმებულია: 11.09.2025)
2. ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. (2022). ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში. ეკონომისტი. 18 (3):84-99
3. ნაცვლიშვილი ბ., კაპანაძე, ნ., ჯაფარიძე, ს. (2022). ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის სოციალური შედეგები. ფრიდრიხ-ებერტის ფონდი. თბილისი.
4. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო (2012). საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. URL:https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://transparency.ge/sites/default/files/tig_hospital_report_5_jul_final_geo.pdf (გადამოწმებულია: 11.09.2025)
5. საქართველოს მთავრობა. ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის რეფორმის მაკოორდინირებელი სამთავრობო კომისიის სხდომა (15.01.2007).. URL:https://www.gov.ge/index.php?lang_id=eng&sec_id=131&info_id=839 (გადამოწმებულია: 11.09.2025)
6. ჯორბენაძე, ა. (2021). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა (წიგნი I, 1993-1997 წლები). თბილისი.
7. ჯორბენაძე, ა. (2023). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა (წიგნი II, 1998-2003 წლები). თბილისი.
8. Albrecht, T. (2009). Privatization processes in health care in Europe—a move in the right direction, a ‘trendy’ option, or a step back?, European Journal of Public Health, 19(5): 448–450, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp146>.
9. Chanturidze, T. U. (2009), Health Systems in Transition - Georgia Health System Review 2009. WHO.
10. Gotsadze, G., A. Zoidze and O. Vasadze. (2005) Reform strategies in Georgia and their impact on health care provision in rural

- areas: evidence from a household survey, *l* Social Science and Medicine 60(4):809-821.
11. Maarse H. (2006). The privatization of health care in Europe: an eight country analysis. *J Health Polit Policy Law*. 31(5):981-1014.
12. Rose, L.G. G. (2001), Georgia: Implementing a hospital restructuring programme. *Eurohealth*.
13. Saltman, R.B. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. *Eur J Public Health*. 13:24-9.
14. Sehngelia, L., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Impact of healthcare reform on universal coverage in Georgia: a systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(5).
15. Schecter, K. (2011). The privatization of the Georgian healthcare system. *Anthropology of East Europe Review*, 29(1), 16-22.
16. Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2013). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236-261.
<https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380>
17. Transparency International (2010). One Hundred New Hospitals' For Georgia: How Long Will They Last? *Transparency International*, August 3, 2010: 5.
18. Transparency International Georgia (2012), *The Georgian Hospital Sector*.
https://transparency.ge/sites/default/files/post_attachments/TIG%20Hospital%20report%20_5%20Jul_%20final.pdf
19. Tobias, H., Berkhout E. (2009). *Health-care Reform in Georgia; A Civil-Society Perspective: Country Case Study*, Oxfam Research Report, May 2009.