

ნათელა ჯანელიძე

ეკონომკის დოქტორი, აკ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი

## სოციალური ინფრასტრუქტურის პრიორიტეტი - ბონივრული ინვესტიცია ჯანდაცვაში

საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების მინისტრის განცხადებით

XXI საუკუნის მსოფლიო სამედიცინო მეცნიერულ-ტექნოლოგიური ინოვაციებისა და წინსვლის, მიუხედავად სოციალური ინფრასტრუქტურის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლი - ჯანდაცვა, კვლავაც აქტუალური რჩება. სამწუხაროდ, ისეთი მცირერიცხოვანი და განვითარებადი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა, კიდევ უფრო მწვავედ დგას სისტემის განვითარების და სრულყოფის საკითხები.

დიდია ჯანდაცვის როლი სოციალურ და ეკონომიკურ ზრდაში, წარმოების ეფექტიანობის ამაღლებაში. ადამიანმა სოციალური აქტიურობა სრულად რომ გამოავლინოს, მას უნდა ჰქონდეს შემეცნების, შრომის მწარმოებლურობის უნარი, რაც მნიშვნელოვნად განპირობებულია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობით. ჯანმოს (ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) კონსტიტუციის მიხედვით, ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი სტანდარტის მიღწევა და ცხოვრების პრიორიტეტულად გატარება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად არის აღიარებული. შესაბამისად, მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება, მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზუნველყოფა და ფინანსური რისკების დაცვა, ყველა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ეროვნული პრიორიტეტი და პასუხისმგებლობაა.

მნიშვნელოვანია თუ რამდენად უზრუნველყოფს ქართული ჯანდაცვის სისტემა ჯანმრთელობის მდგომარეობის სასურველი შედეგების მიღწევას. თუ გადავხედავთ მსოფლიოში აღნიშნული სისტემის განვითარების ხანგრძლივ ისტორიას, უდავოა, რომ სისტემაში არსებული ხარვეზები საჭიროებენ კორექტირებას და დახვეწას.

1977 წლის მაისში ჯანმო-ს წევრმა ქვეყნებმა დაისახეს მიზანი: „ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 წელს“. ამის განხორციელების ყველაზე ხელსაყრელ და რეალურ უჯრედს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის რგოლი (პჯდ).

პჯდ-ს კონცეფციას ოფიციალურად საფუძველი ჩაეყარა აღმა-ატაში 1978 წელს ჯანმო-ს / UNICEF-ის კონფერენციაზე, სადაც წარდგენილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობა. აღნიშნულ კონფერენციაზე მოხდა პჯდ-ს არსის განმარტება, რომლის თანახმად პჯდ განისაზღვრება არსებით, აუცილებელ ჯანდაცვად, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიას, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სქემაში და შეესაბამებოდეს ქვეყნის ნებისმიერი განვითარების სტადიაზე მის ხელთ არსებულ რესურსებს.

პჯდ-ს მიზანია უზრუნველყოს მოსახლეობის სულიერი, ფიზიკური და სოციალური კეთილდღეობა. საქართველოში ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკა ეყრდნობა ჯანმოს ძირითად

პროგრამას „ჯანმრთელობა ყველასათვის“. პჯდ-ს რგოლი თავისი ფუნქციების ეფექტური შესრულებით ხელს უწყობს ჯანმრთელი საზოგადოების ჩამოყალიბებას და საგრძნობლად ამცირებს არა მარტო ეროვნული ჯანდაცვის ხარჯებს, არამედ თითოეული პიროვნების სამედიცინო ხარჯებსაც. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ბევრად იოლი და იაფია დაავადებათა პრევენცია ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპებზე მკურნალობა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული პათოლოგიების და მათი გართულებების მკურნალობა.

საინტერესოა რა ვითარებაა ამ მხრივ საქართველოში. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის კუთხით უთანასწორობის აღმოფხვრა უდიდეს გავლენას ახდენს ქვეყნის ინკლუზიურ განვითარებაზე. მოსახლეობის ავადობა, სიკვდილიანობა და უნარშეზღუდულობა მნიშვნელოვან დანაკარგს იძენს როგორც ადამიანური რესურსის მწარმოებლურობის, ისე ზოგადად-ეკონომიკური განვითარების კუთხით.

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოში გაუმჯობესდა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მონაცემები, 2012 წლისთვის ქვეყანაში ავადობის და სიკვდილიანობის დონე კვლავ მაღალი იყო და მნიშვნელოვნად აღემატებოდა ევროპის განვითარებული ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელს. 2013 წელს საქართველოში ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (12/1000 ცოცხალშობილზე) მნიშვნელოვნად აღემატებოდა ევროპის განვითარებული ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (7/1000). ეს ფაქტი ჯანდაცვის სფეროში სისტემურ პრობლემებზე მიუთითებს და საქართველოს მთავრობის მხრიდან დაუყოვნებელი ღონისძიებების გატარებას მოითხოვს. თუმცა, აღნიშნული მაჩვენებელი 2002-2013 წლების მონაცემების მიხედვით მნიშვნელოვნად შემცირებულია და კლების ტენდენციით ხასიათდება (22/1000-დან მკვეთრად გაუმჯობესებულია.) კიდევ უფრო მძიმეა ბავშვთა სიკვდილიანობის სტატისტიკა 90-იან წლებში, როცა-IGME-ის მონაცემით აღნიშნული მაჩვენებელი 40/1000-ს აღემატებოდა.

2014 წლის 1 ივნისიდან დაიწყო მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა. იმ რეგიონებში სადაც დემოგრაფიული მაჩვენებლების ბალანსი უარყოფითია, (რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთი, გურია, სამეგრელო-ზემო სვანეთი, იმერეთი, კახეთი მცხეთა-მთიანეთი) – პროგრამით ყოველ დაბადებულ მესამე და მომდევნო ბავშვზე ბარში -150 ლარი, ხოლო მთაში-200 ლარი, ფინანსური დახმარება გაიცემა ყოველთვიურად, რომელიც ამ ბავშვებს გაყვებათ 2 წლის ასაკამდე. პროგრამით ისარგებლა 1 652 ბავშვმა, დაიხარჯა-260 550 ლარი. ამავე წლის 1 იანვრიდან შრომის კოდექსში შესული ცვლილებების შესაბამისად, გაიზარდა დეკრეტული შვებულების ხანგრძლივობა და ანაზღაურება. შვებულება შეადგენს 733 კალენდარულ დღეს, ხოლო გაცემული ფულადი დახმარების ოდენობა 1000 ლარს, ნაცვლად 600 ლარისა.

დადებითი ცვლილებები აღინიშნა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრში. განხორციელდა ინფრასტრუქტურული პროექტები, აშენდა და აღიჭურვა 82 ახალი ამბულატორია, გაწეული ხარჯები შეადგენს 29,2 მლნ.ლარს. უწყებათაშორის კომისიაზე მიღებული იქნა გადაწყვეტილება მაღალმთიან რეგიონებში იმ სამედიცინო ცენტრების გამოსყიდვის შესახებ, რომლებიც სადაზღვევო კომპანია „ირაოსა“ და „ჯიპიის“ საკუთრებაშია.

2013 წელს 8000-ით გაიზარდა პენსიის მიმღებთა რაოდენობა, რაც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდით არის გამოწვეული. პენსიის მიმღებთა რაოდენობა შეადგენს 697 240 პირს და ყოველთვიურად გაიცემა 105 539 429 ლარი. გაორმაგდა მარჩენალდაკარგულ და

პოლიტრეპრესირებულია გასაცემლის ოდენობა.

2013 წლის ივლისიდან გაორმაგა სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის საარსებო შემწეობის ოდენობა და შეადგინა ოჯახის უხუცეს წევრზე 60 ლარი, ხოლო ყოველ მომდევნო წევრზე 48 ლარი. სახელმწიფოს მხრიდან გაზრდილი ინვესტიციების, სოციალურად ორიენტირებული ბიუჯეტის პირობებში, მეტი ყურადღება დაეთმო მზრუნველობამოკლებულ და სოციალურად დაუცველ ბავშვებს. გაზრდილია მათი დღიური დაფინანსება, 15 ლარიდან 17 ლარამდე, რაც შესაბამისად თვეში საშუალოდ 60 ლარს შეადგენს, ინვესტიცია შეადგენს 19,6 მლნ. ლარს.

საგადასახადო კოდექსში შევიდა ცვლილება-შშმ პირების მიერ წლის განმავლობაში მიღებული დასაბეგრი შემოსავლების ოდენობა გაიზარდა 3000 ლარიდან 6000 ლარამდე, გაიზარდა აღნიშნულ პირთა დაფინანსება და მოცულობა. მნიშვნელოვნად გაიზარდა მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვების, დედათა და ბავშვთა თავშესაფრის უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის ბიუჯეტი.

საქართველოს მთავრობისათვის პრიორიტეტულია მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება. ამას ადასტურებს 2012 წელთან შედარებით 2013 წელს ჯანდაცვის სექტორისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო ინვესტიციების მოცულობის თითქმის გაორმაგება (365 მლნ ლარიდან 635 მლნ. ლარამდე) და 2013 წლის თებერვლიდან ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის ამოქმედება.

სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნება 2 638 მლნ. ლარი-სახელმწიფო ბიუჯეტის 29,3% -ს შეადგენდა 2014 წელს. 2014 წლის აპრილის მონაცემით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობს. საქართველოს მთავრობა დაახლოებით 3,4 მილიონ ადამიანს უზრუნველყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო 564 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორაციული დაზღვევა.

2014 წლის 1 დეკემბრისთვის პჯდ ცენტრში 2882 238 ადამიანია რეგისტრირებული. პროგრამის ამოქმედებიდან სულ დაფიქსირდა 822 413 შემთხვევა. მათ შორის: გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება – 493 145; გადაუდებელი სტაციონალური მომსახურება – 162 016; გეგმიური ქირურგიული ჩარევა – 71 172; მშობიარობა – 60 970; ქიმიური, ჰორმონო და სხივური თერაპია- 31 59; კარდიო ქირურგია – 2 448. სულ გამოყოფილ იქნა 478.1 მლნ ლარის ინვესტიცია.

2014 წლის 1 მაისის მონაცემით 30%-ით გაიზარდა სოფლის ექიმისა და ექთნის ანაზღაურება, გადაეცათ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტები და სამედიცინო დანიშნულების საგნები, ასევე სამედიცინო დოკუმენტაცია.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების ერთ-ერთი მთავარი მიზანი ჯანდაცვაზე კერძო, საკუთარი ჯიბიდან გადახდის და კატასტროფული დანახარჯების შემცირებაა. 2010 წლის მონაცემებით, საქართველო ევროპის რეგიონში გამოირჩეოდა კერძო, საკუთარი ჯიბიდან გადახდის მაღალი მაჩვენებლით (70%), ხოლო შინამეურნეობების 9%-ს ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯები ჰქონდა. სწორედ ჯანდაცვის მომსახურების მაღალი ღირებულების გამო, მოსახლეობის 44,3% ირჩევდა თვითმკურნალობას. საერთაშორისო მაჩვენებელთან შედარებით (ევროპაში-7,6 და დსთ წევრი ქვეყნები-8,6), საქართველოში კვლავაც დაბალია, როგორც ამბულატორიული ვიზიტების (2,1), ისე, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი. ავადმყოფო-

ბის შემთხვევაში საქართველოს მოსახლეობის 8% მიმართავდა ოჯახის ექიმს მაშინ, როდესაც მოლდოვის რესპუბლიკაში, რუსეთის ფედერაციაში, ტაჯიკეთის რესპუბლიკაში და უზბეკეთის რესპუბლიკაში იგივე მაჩვენებელი 40% –ს აჭარბებდა.

აღსანიშნავია ისიც, რომ შინამეურნეობების მიერ პირდაპირი/საკუთარი ჯიბიდან გადახდილი თანხების 2/3–ს მედიკამენტებზე დანახარჯები შეადგენდა. საქართველოს მოსახლეობა მედიკამენტებზე ყოველწლიურად მშპ-ს 3%-ს ხარჯავდა, რაც ორჯერ აღემატება ეკონომიკური თანამშრომლობის და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) წვერი ქვეყნების საშუალო მონაცემებს. მედიკამენტებზე არსებული მაღალი დანახარჯები აიხსნება წამლების არარაციონალური დანიშნის პრაქტიკით, მოსახლეობაში თვითმკურნალობის მაღალი მაჩვენებლით და გენერული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენებით, მედიკამენტების დაბალი ხარისხით. ამის დატურია ის, რომ სამედიცინო საქმიანობის კონტროლის ღონისძიების შედეგად, ჩამორთმეულ იქნა 45 919 ერთეული ფარმაცეპტული პროდუქტი, რაც სააფთიაქო ნარკომანიაზეც აისახა.

სამედიცინო მომსახურების მაღალი ღირებულების გარდა, კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება მომსახურების ხარისხი. ჯანდაცვის სისტემა უნდა იყოს ორიენტირებული პაციენტის საჭიროებაზე და არა მის გადახდისუნარიანობაზე. პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს იმ მთავარ ღირებულებებზე მიმართულ სისტემებს, რომელიც ეფუძნება პაციენტის ინფორმირებულობას, თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობას, უსაფრთხოებას და მომსახურების არარაციონალური მოხმარებისგან დაცვას. სამედიცინო დაწესებულებების მასობრივი პრივატიზაცია და მარკეტიზაცია (2013 წლისთვის სამედიცინო დაწესებულებების 10%-ზე ნაკლები რჩება სახელმწიფო საკუთრებაში) არ იყო დაბალანსებული რეგულირების სათანადო მექანიზმებით, რაც დაიცავდა პაციენტების უფლებას, მიეღოთ ხარისხიანი მომსახურება და კლინიკებში დანერგილიყო სამედიცინო შეცდომების ეფექტიანი მართვის სისტემები.

ქვეყანაში სუსტად ფუნქციონირებს ხარისხის უზრუნველყოფის ისეთი აპრობირებული მეთოდები, როგორცაა აკრედიტაცია, ხოლო ინფრასტრუქტურის და ადამიანური რესურსის კუთხით არსებული ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები საჭიროებენ ძირეულ ცვლილებებს. კვალიფიციური ადამიანური რესურსების ნაკლებობა და მათი არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება ასევე მნიშვნელოვან ბარიერად რჩება ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით. ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის განსახორციელებელი პოლიტიკა მიზნად ისახავს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ტვირთის შემცირებით და ავადობის და სიკვდილიანობის გამომწვევი ძირითადი მიზეზების პრევენციით, სამედიცინო სერვისის ხარისხის ამაღლებისა და ჯანდაცვის მართვის სისტემის სრულყოფას.

მნიშვნელოვანია შეიცვალოს სამედიცინო სერვისისა და მედიკამენტებზე შინამეურნეობების ფინანსური ტვირთის შემცირება სახელმწიფოსა და კერძო დანახარჯებს შორის თანაფარდობის ცვლილების გზით. მაღალმთიანი და ოკუპირებული რეგიონების მიმდებარე რაიონებში მცხოვრები, განსაკუთრებით მოწყვლადი მოსახლეობის ინკლუზიურობის ხელშესაწყობად, უნდა გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურისა და სერვისის მიწოდების არსებული სისტემა. მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მხრიდან, მიუხედავად სოციალურად ორიენტირებული ბიუ-

ჯეტისა, მზარდი ინვესტიციებისა, მათი გონივრული განთავსება პრევენციულ ღონისძიებებში, როგორცაა: დაავადებათა პროფილაქტიკა, დაავადების გამოვლენა პრესიმპტომურ სტადიაზე, დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა, ეპიდემიებისადმი და ბიოტერორიზმისადმი მზადყოფნა-რეაგირება, წყლის, გარემოს, საკვების უსაფრთხოება, ხარისხის კონტროლის ერთიანი სისტემის ამოქმედება, უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის დანერგვა და შესაბამისი სტიმულირების მექანიზმების ამოქმედება, სამედიცინო პერსონალის მოტივაციის და კვალიფიკაციისა ამაღლება, პაციენტთა უსაფრთხოების და უფლებების დაცვის გაძლიერების სამედიცინო შეცდომების სისტემური მართვის და დავის განხილვის ალტერნატიული მექანიზმის შექმნით, კლინიკური პრაქტიკის სტანდარტების რეგულარული განახლება და დანერგვა თანამედროვე ბიოსამედიცინო კვლევებსა და საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით.

მიუხედავად სახელმწიფოს ბოლოდროინდელი გააქტიურებისა, სოციალურად ორიენტირებული პოლიტიკის გაძლიერებისა, პრობლემები კვლავ რჩება. სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის რაოდენობა, იძულებით გადაადგილებულ პირთა რაოდენობა, იპოთეკართა მაღალი ხვედრითი წილი ქვეყნის მოსახლეობასთან, უმუშევრობის დონე, ინფლაციის არასტაბილური პროგნოზირებადობა, შეზღუდული შესაძლებლობების პირთა ნაკლებად ადაპტირებული გარემო (მათ შორის 10 000 ბავშვი), პოლიტიკური არასტაბილურობა, არც თუ ისე მიმზიდველი საინვესტიციო გარემო, აუთვისებელი ბუნებრივი რესურსები – ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი უარყოფითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ მხარეზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს თვისუფლებაადკვეთილი პირების ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონტროლს და შესაბამისი ორგანოების თანამშრომლობას ჯანდაცვის სისტემასთან, რაც ჩვენი აზრით, გაზრდის სახელმწიფოს მიერ ჩადებული ინვესტიციების ეფექტურობას.

მიგვაჩნია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერას საჭიროებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვა, თანამშრომლობა კერძო და არასამთავრობო სექტორთან, კორპორაციებთან, რაშიც სოციალური კორპორაციული პასუხისმგებლობა იგულისხმება, რასაც სამწუხაროდ პერმანენტული სახე გააჩნია. სექტორის როლის მნიშვნელოვანი გაძლიერება ახალ გამოწვევებს წარმოშობს სახელმწიფოსა და მთავრობის წინაშე. ამ გამოწვევაზე საპასუხოდ აუცილებელია გაძლიერდეს რეგულირების და თვითრეგულირების ეფექტური ინსტრუმენტებისა და შემუშავებას გამოყენება. აუცილებელი ხდება მეცნიერული მტკიცებულებების გენერირება, რათა განხორციელდეს სტრატეგიაზე მუდმივი ზედამხედველობა, სახელმწიფოს მხრიდან დროული და ეფექტური ინვესტიციების განხორციელება.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. ნ. ნადარეიშვილი ნ. ჯანელიძე, ჯანდაცვა: მნიშვნელობა, რეფორმირება, ინვესტიციები ჟურნალი „სოციალური ეკონომიკა“ თბ., 2012 გვ.42.
2. ნ. ჯანელიძე „სოციალური ინვესტირების თანამედროვე ფორმები საქართველოში“ ქუთაისი 2013.
3. ნ. ჯანელიძე „სოციალური ინფრასტრუქტურა და დაზღვევა“ „ეკონომიკა“, 2012, გვ.79.
4. moh.gov.ge – საყოველთაო ჯანდაცვის ერთი წლის შედეგები, USAID ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა, 2014 წლის 8 მაისი.
5. moh.gov.ge შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2 წლის ანგარიში 2014 წ.