

ივ.ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი მენეჯმენტისა და
ადმინისტრირების მიმართულება

ჯაყელი ირაკლი ვაჟას ძე

დისერტაცია

**ჯანდაცვის მენეჯმენტის სრულყოფის მექანიზმები,
პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მომსახურების
მაგალითზე**

მოსაპოვებელი ხარისხი: ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

ოლეგ ეჯიბაძე, ეკონომიკის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
ოთარ გერზმავა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი



თბილისის
უნივერსიტეტის
გამომცემლობა

2010 წელი

შინაარსი

შესავალი-----	3
თავი I. ჯანდაცვის რეფორმის თავისებურებები ზოგიერთ ქვეყანაში	
1.1. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განხორციელების თავისებურებები თანამედროვე პირობებში-----	7
1.2. ზოგიერთ ქვეყანაში მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შედეგები-----	31
1.3. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის განხორციელებასთან დაკავშირებული პრობლემები განვითარებად ქვეყნებში -----	68
1.4. ჯანდაცვის საბაზრო სტრუქტურის რეფორმა -----	89
თავი II. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი მახასიათებლები	
2.1. კვლევის მასალა და მეთოდოლოგია-----	99
2.2. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე მოქმედი ძირითადი სოციალურ-ეკონომიკური დეტერმინანტები-----	105
2.3. მოსახლეობის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები პირველადი ჯანდაცვის სისტემით დაკმაყოფილების შესახებ -----	130
თავი III. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ეფექტურობის სისტემური ანალიზის შედეგები	
3.1. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ეფექტურობის სისტემური ანალიზის შედეგები -----	139
3.2. კვლევის პროცესში მიღებული შედეგების განხილვა -----	154
დასკვნები და რეკომენდაციები -----	170
გამოყენებული ლიტერატურის სია -----	181
დანართი -----	192

შესავალი

თემის აქტუალურობა: ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ითვალისწინებს მრავალი ცვლილების გატარებას, რომელთა შორის უმთავრესია რეგულირება, დაფინანსება, სათანადო კადრების მოზიდვა, მათი მომზადება და გადამზადება ახალი მოთხოვნების შესაბამისად.

დღესდღეობით ჯანმრთელობა და მისი დაცვა არ წარმოადგენს ექიმისა და პაციენტის მარტივ ურთიერთდამოკიდებულებას. ჯანდაცვა – ეს არის საზოგადოებრივი დინამიურ-ფუნქციონალური რთული სისტემა, რომელიც განვითარებითა და დახვეწის ყოველ საფეხურზე ქმნის და ნერგავს კომპლექსურ ღონისძიებებს მიმართულს თითოეული ინდივიდისა თუ მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და მუდმივი გაუმჯობესებისკენ.

ამ კუთხით სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ქვეყანაში მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაზე მიმართული ღონისძიებების დახვეწის საკითხები. მიუხედავად მრავალი მცდელობისა და საკმარისად დიდი ფინანსური მხარდაჭერისა როგორც საერაშორისო დონორების, ასევე საქართველოს მთავრობის მხრიდან რეფორმა არა მარტო ვერ ხორციელდება საკმარისი ტემპებით, არამედ ქმნის დამატებით, ზოგჯერ ძნელად გამოსასწორებელ პრობლემებს. ამას ადასტურებს როგორც მოსახლეობის და სამედიცინო პერსონალის სულ უფრო მზარდი ნეგატივიზმი პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მოსალოდნელი დადებითი ძვრების მიმართ, ასევე იმ მრავალრიცხოვანი ალტერნატიული სამსახურების შექმნა, განსაკუთრებით კერძო სექტორში (სადიაგნოსტიკო ცენტრები, საოჯახო მედიცინის ცენტრები, სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარების ცენტრები და სხვ), რომელნიც აგრეთვე ვერ პასუხობენ ისეთ მოთხოვნებს, როგორიცაა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ხელმისაწვდომობა, პაციენტთა დაკმაყოფილება (გაწეული სამედიცინო მომსახურების ადეკვატურობისა და ხარისხის გათვალისწინებით), პაციენტთა საჭიროებებზე აქცენტირებული დახმარების უზრუნველყოფა და სხვ.

იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ვერც სახელმწიფო, ვერც უცხოელი დონორები და ვერც სამედიცინო საზოგადოებრიობა, მიუხედავად მრავალი მცდელობებისა, ვერ ახერხებს იმ უზარმაზარი ფასეულებების მიზანმიმართულ და სწორ

განკარგვას (შეეხება ეს მატერიალურ ბაზას თუ საკადრო რესურსებს), რომელიც არსებობს ჩვენს ქვეყანაში.

საკმარისია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ არსებული მონაცემებით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში მოქმედებს 1400-ზე მეტი სხვადასხვა დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს სხვადასხვა დონის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დახმარებას.

სისტემის სტრუქტურულ-ორგანიზაციული ცვლილებების ერთ-ერთ მიზნად შესაძლოა ყოფილიყო პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების რეფორმირება საოჯახო მედიცინის ცენტრებად. ამ კუთხით საქართველოში უცხოური დონორების დახმარებით ჯერ კიდევ 90-იან წლებში დაიწყო საკმარისად ფართო მუშაობა. მიუხედავად ამისა, მთლიანად სისტემაში სერიოზული ძვრები ვერ მოხერხდა. დღესდღეისობით საოჯახო მედიცინის ცენტრებში მომუშავე გადამზადებული ოჯახის ექიმები ვერ ახდენენ მიღებული კვალიფიკაციის რეალიზებას. მართალია, თბილისის მასშტაბით მუნიციპალურმა სადაზღვევო სოციალურმა პროგრამამ დაადასტურა ოჯახის ექიმების უპირატესობა უბნის თერაპევტსა და პედიატრებთან შედარებით, მაგრამ მოქმედი ქსელისა და კადრების დიდი ნაწილის მუშაობა მაინც არაეფექტურია.

აშკარაა, რომ ესოდენ სავალალო მდგომარეობის ძირითადი მიზეზია მოსახლეობის დაბალი გადამხდელუნარიანობა სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის დაფინანსების სიმწირის პირობებში. ამას ადასტურებს მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებიც, რომელთა მიხედვით საქართველოში ქვეყნის მოსახლეობის მყიდველობითი უნარის პარიტეტის გათვალისწინებით ერთი პაციენტის მიერ გახარჯული საკუთარი სახსრების წილი გაცილებით მაღალია ევროპის და აზიის რეგიონის ქვეყნების უმეტესობასთან შედარებით.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით კვლევის მიზანს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტურობის კომპლექსური ანალიზი და მიღებული შედეგების საფუძველზე მეცნიერულად დასაბუთებული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის პროცესში დასმულია და განხორციელებული შემდეგი ამოცანები:

- საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითადი სტრატეგიების თავისებურებების სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტურობის შეფასება.

- პირველადი ჯანდაცვის სექტორის რეფორმირების ძირითადი ეტაპების ანალიზი, ამ პროცესის ზეგავლენა როგორც მთლიანად საზოგადოებაზე, ასევე ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;

- სისტემური ანალიზის მეთოდების გამოყენებით იმის განსაზღვრა, თუ როგორ შეესაბამება ქვეყანაში მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის სექტორის რეფორმირების საერთაშორისო სტანდარტებს, რა როლს ასრულებენ საერთაშორისო ორგანიზაციები ამ სტრატეგიული განვითარების საქმეში;

- იმის დადგენა, თუ რამდენად ახდენს ზეგავლენას პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე ძირითადი სოციალურ-ეკონომიკური დეტერმინანტები;

- სოციოლოგიური კვლევის საფუძველზე მოსახლეობის დამოკიდებულების შეფასება პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე რეფორმების მიზანშეწონილობის შესახებ.

კვლევის ობიექტი და საგანი: კვლევის ობიექტს წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, კვლევის საგანია პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტი დაწესებულების მომსახურების მაგალითზე.

კვლევის მეცნიერული სიახლე :

- ჯანდაცვის სისტემაში გამოიკვეთა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების როლი და მნიშვნელობა;

- განისაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტის სუტი მხარეები და დაისახა მათი გადაჭრის ღონისძიებები;

- პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურაში განისაზღვრა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის როლი და მისი ადგილი ჯანდაცვის მომსახურების სფეროში;

- გამოიკვეთა პრობლემები რომლებიც წლების განმავლობაში ხელს უშლიდნენ ჯანდაცვაში სოციალური პროგრამების შესრულებას და მათ ჯეროვან დაფინანსებას.

ნაშრომის აპრობაცია: ნაშრომა აპრობაცია გაიარა ივ.ჯავახიშვილის სახ.

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეკონომიკის და ბიზნესის ფაკულტეტის მენეჯმენტისა და ადმინისტრირების კათედრაზე 16.09.09. ნაშრომს მიეცა დადებითი შეფასება რაც აღნიშნულია ოქმში.

დისერტაციის მომზადების პროცესში დაიწერა და გამოქვეყნდა სტატიები:

1) „ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტიანობის ამაღლების თანამედროვე პრობლემები „

ჟურნალი: ეკონომიკა და ბიზნესი №4, 2009 წელი.

2) „ Проблемы менеджмента в деле повышения качества и эффективности деятельности системы первичного здравоохранения Грузии „

ჟურნალი: საქართველოს სამედიცინო სიახლეები №7-8 (172-173), 2009 წელი.

3) პირველადი ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტურობის პრობლემები საქართველოს სამედიცინო ჟურნალი №2, 2009 წელი.

4) „ პირველადი ჯანდაცვის პროგრამების მენეჯმენტის არასრულყოფილება „

ჟურნალი: ეკონომიკა და ბიზნესი №5, 2009 წელი

ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა: ნაშრომი შედგება სამი თავისგან, ცხრა პარაგრაფისგან, დასკვნებისა და რეკომენდაციებისაგან, გამოყენებული ლიტერატურისა და დანართისაგან. ნაშრომის მოცულობა კომპიუტერზე ნაბეჭდი 195 გვერდია.

თავი I. ჯანდაცვის რეფორმის თავისებურებები ზოგიერთ ქვეყანაში

1.1. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განხორციელების თავისებურებები თანამედროვე პირობებში

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს. ჯანსაღი საზოგადოება ქვეყნის სოციალურ მდგომარეობის განმსაზღვრელია და სწორედ ამიტომ, საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობა სახელმწიფო ინტერესის საგანია.

ზოგადად, სახელმწიფო პოლიტიკის ცნება- არის ქვეყნის მთავრობის მიერ წინასწარ განსაზღვრული სამომავლო მოქმედების გეგმა, მკაფიოდ გამოხატული მიმართულება საზოგადოებისა და ქვეყნის კეთილდღეობის მისაღწევად. როდესაც საზოგადოება ირჩევს ქვეყნის მთავრობას, ის მთავრობა ასევე იღებს ვალდებულებას მისი ხალხის წინაშე, იგი ვალდებულია უპასუხოს და დააკმაყოფილოს საზოგადოების მოთხოვნები, რაც დემოკრატიის უმთავრესი პირობაა.

დღეს-დღეობით საქართველოში მრავალი პრობლემაა, რომლებიც ერთგვაროვნად აქტუალურია სახელმწიფოსთვის, იქნება ეს ქვეყნის საგარეო თუ საშინაო პოლიტიკა. ყველა განვითარებული ქვეყანა თავისი ისტორიული წარსულის გათვალისწინებით გადის განვითარების გარკვეულ ეტაპებს, რაც არც თუ ისე იოლია და საკმაოდ დიდ დროს მოითხოვს. მსოფლიოს ყველა განვითარებულ ქვეყანას ჰქონდა გარდამავალი პერიოდი, როდესაც საჭირო იყო მთელი რიგი რადიკალური ცვლილებების განხორციელება, ახალი სისტემების ჩამოყალიბება და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა. დღეს-დღეობით საქართველოც იმყოფება განვითარების ისეთ გარდამავალ ეტაპზე, როდესაც საჭიროა სხვადასხვა სისტემების რეფორმირება და ინოვაციების დანერგვა, სახელმწიფოს განვითარებისთვის საჭიროა არსებული ძველი სტერეოტიპების დანგრევა და ახლის შენება, გარდა ამისა აუცილებელია მთელი რიგი რეფორმების გატარება სხვა და სხვა სექტორში; იქნება ეს განათლების, სასამართლო თუ ჯანმრთელობის დაცვის სფერო. სწორედ საჯარო პოლიტიკა წარმოადგენს მთავრობაში არსებული იმ ბრძოლის შედეგებს რომელშიც განისაზღვრება თუ ვის რა ერგება. ეს არის საზოგადოების ის დაკვეთა, რომელსაც მთავრობა ირჩევს შეასრულოს თუ არ შეასრულოს. უფრო მარტივად

რომ ვთქვათ, საჯარო პოლიტიკა არის მთავრობის მოქმედების სარკე, რადგანაც მას პირდაპირი გავლენა აქვს ქვეყნის საზოგადოებაზე.

საქართველოს სახელმწიფო პოლიტიკა ისევე როგორც სხვა ქვეყნებისა მიმართულია მისი საზოგადოების უკეთესი მომავლისკენ, რომელსაც გარკვეული პრიორიტეტები განსაზღვრავენ, მათ შორის შეიძლება აღვნიშნოთ სიღატაკისა და სოციალური უთანასწორობის დაძლევა, ცხოვრების დონის გაუმჯობესება და ძლიერი საშუალო ფენის ჩამოყალიბების ხელშეწყობა, უმუშევრობის შემცირება ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის ხელშეწყობა, განათლების ხარისხის გაუმჯობესება, საერთაშორისო სტანდარტებისა და შრომის ბაზრის მოთხოვნებისადმი მისი მისადაგება, პენსიებისა და სოციალური დახმარების პროგრამების მიზნობრიობის უზრუნველყოფა, საპენსიო და სხვა დავალიანების დაფარვის დასრულება, სოციალური დაზღვევის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება, ცხოვრების ჯანსაღი წესის და გარემოს დამკვიდრების ხელშეწყობა, სოციალურად საშიშ დაავადებათა (ტუბერკულოზი, შიდსი, ნარკომანია) პრევენცია და ამათ შორის ერთ ერთი პრიორიტეტული და აქტუალური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება-ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა და მრავალი სხვა.

სახელმწიფო პოლიტიკის ასევე ერთ-ერთი სტრატეგიული მიმართულებაა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარება, რომელიც ორიენტაციას იღებს არა მარტო ცალკეული ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, არამედ მთლიანად საზოგადოებისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნაზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ცდილობს რესურსების მოძიებასა და უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, დაავადებათა პროფილაქტიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და ფიზიკურ, სოციალურ თუ პროფესიულ რეაბილიტაციას. ყოველივე ეს განსაზღვრავს არამარტო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგად განმარტებას, არამედ მის ფუნქციებსა და ამოცანებს სახელმწიფო პოლიტიკაში.

სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპები ჯანდაცვის სფეროში უშუალოდ მიმართულია სამედიცინო მომსახურების თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფისაკენ; მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობისა და ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვისაკენ; პაციენტის უფლებების აღიარებისა და ექიმის დამოუკიდებლობის ცნობისაკენ-(კანონით დაშვებულ ფარგლებში); მოსახლეობის

სრული ინფორმირებისაკენ, სამედიცინო მომსახურების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობისაკენ, სახელმწიფოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე პასუხისმგებლობისაკენ.

მსოფლიოში ქვეყნები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან ეკონომიკური განვითარების მიხედვით. ამ მხრივ სახელმწიფოებს ყოფენ დაბალ, საშუალო და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებად, აქედან გამომდინარე განსხვავებულია მათი სისტემები, შესაბამისად მათი მართვის სტრატეგიები და პრობლემებიც. ქვეყნის ჯანდაცვის რესურსების განაწილება მის ეკონომიკურ შესაძლებლობებზეა დამოკიდებული. რაც უფრო შემოსავლიანია ქვეყნის მოსახლეობა, მით მეტია ჯანდაცვის რესურსები. ამასთან, რაც უფრო მეტია შემოსავლები და შესაბამისად ჯანდაცვის რესურსები, მით უფრო მცირდება დაავადებების გავრცელება და სამედიცინო დახმარების საჭიროება. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ეკონომიკურად ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე პროფილაქტიკური ღონისძიებები. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანსაღი კონკურენციის საკითხი და ეკოლოგიური თუ საზოგადოების ჯანსაღი ცხოვრების წესის გაუმჯობესების პრობლემებია უფრო მნიშვნელოვანი და ყველაფერი ხარისხის გაუმჯობესებისკენაა მიმართული, ხოლო საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში ეკონომიკურად ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს გარემოს დაბინძურების შემცირებისაკენ მიმართული პროგრამები. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემას პოლიტიკური მნიშვნელობა ენიჭება.

მიუხედავად განვითარების დონისა, თუ ქვეყანაში არ არის ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის შესაბამისი დაფინანსების სისტემა, მოსახლეობის სიღარიბის ძირითად მიზეზად მძიმე ავადმყოფობა და მკურნალობაზე გაწეული დიდი ხარჯების აუცილებლობა ხდება. ჯანდაცვის ხარჯები ძირითადად განიხილება მიკრო და მაკრო დონეზე. მიკრო დონე მოიცავს საზოგადოების

წევრების (ინდივიდის) ჯანმრთელობის მდგომარეობას. სხვადასხვა ჯანდაცვის ხარჯები ძირითადად დაკავშირებულია თითოეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მიუხედავად იმისა, ავად არის თუ არა ეს პირი, ხოლო მაკრო დონე განიხილება მშპ-ის ერთ სულ მოსახლეზე ბიუჯეტიდან დანახარჯების პროცენტული მაჩვენებლით. სხვადასხვა ქვეყნებში თითოეულ პირზე ჯანდაცვის სხვადასხვა ხარჯები დაკავშირებულია შემოსავლების განსხვავებულ დონეზე.

ჯანდაცვის მოსალოდნელი ხარჯები მკვეთრად განსხვავებულია, ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, მაშინ როცა სახელმწიფო დონეზე (მაკროდონეზე) გადაწყვეტილების მიღება, თუ ბიუჯეტიდან რამდენი უნდა დაიხარჯოს ჯანდაცვის სექტორზე, უფრო ფართო მაშტაბის ხასიათს ატარებს. (ცხრილი 1)

ცხრილი 1.

ჯანდაცვის ხარჯები მიკრო და მაკრო დონეზე

მიკროდონე	ჯანმრთელობის მდგომარეობა	ინდივიდუალურ დონეზე სხვადასხვა ჯანდაცვის ხარჯები ძირითადად დაკავშირებულია თითოეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მიუხედავად იმისა, ავად არის თუ არა ეს პირი.
მაკროდონე	GDP ერთ სულზე	სხვადასხვა ქვეყნებში თითოეულ პირზე ჯანდაცვის სხვადასხვა ხარჯები დაკავშირებულია შემოსავლების განსხვავებულ დონეზე

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

1990-იან წლებში სოციალისტური წყობის ნგრევის შემდეგ მოხდა მთელი რიგი ცვლილებები როგორც ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, ასევე ცენტრალურ თუ აღმოსავლეთ ევროპაში, იქნება ეს სამთავრობო, საკანონმდებლო თუ დაფინანსების, მფლობელობის, პოლიტიკის და ჯანდაცვის სისტემაში. ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკა პრიორიტეტად აყენებს სახელმწიფო სახსრების სათანადოდ გამოყენების აუცილებლობას. პრიორიტეტულობა არსებულ ჯანდაცვის პრობლემატიკასთან განისაზღვრება ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის საერთო მდგომარეობით.

უკანასკნელ წლებში მსოფლიოში მიმდინარე ეკონომიკურმა, დემოგრაფიულმა, სოციალურ-კულტურულმა და პოლიტიკურმა ცვლილებებმა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინეს ჯანდაცვის სისტემებზეც. 90-იანი წლების დასასრულს მსოფლიო ეკონომიკა რადიკალურად განსხვავდებოდა 80-იანი წლებისაგან. ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში განვითარებულმა პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა რეფორმებმა ადრე არსებული ცენტრალიზებული და გეგმიური ეკონომიკური სისტემების სერიოზული სტრუქტურული გარდაქმნები გამოიწვია.

გაიზარდა მშპ-ის %-ული მაჩვენებლები ერთ სულ მოსახლეზე, შეიცვალა ეკონომიკის მიმართულებები და შესაბამისად ქვეყნებმაც განიცადეს მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რაც ცხადად აისახა ამა თუ იმ ქვეყნის ეკონომიკურ მაჩვენებლებზე . მგალითად მშპ-ის წლიური ზრდა, ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით აღსანიშნავია აღმოსავლეთ აზიისა და წყნარი ოკეანის ქვეყნებში, რამაც საშუალოდ 6,2% შეადგინა, ხოლო ყველაზე ნაკლები %-ული მაჩვენებელი ლათინური ამერიკისა და ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნებში დაფიქსირდა.(ცხრილი 2)

მშპ-ის საშუალო წლიური ზრდა ერთ სულ მოსახლეზე % (2000-2007წწ.)

რეგიონი	მშპ-ის საშ. წლიური ზრდა
აღმ. აზია და წყნარი ოკეანის ქვეყნები	6.2
სამხრეთ აზია	3.2
ევროპა	1.4
ლათინური ამერიკა	- 0.4
ახლო აღმოსავლეთი და ჩრდ. აფრიკა	- 2.5

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ქვეყნის მოსახლეობის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა განისაზღვება ამ ქვეყნის სოციალურ დემოგრაფიული და ეკონომიკური მდგომარეობით. მაგ: დემოგრაფიული მდგომარეობა თავის მხრივ - იზომება სიკვდილიანობისა და შობადობის მაჩვენებლით, როგორცაა მოსახლეობის მატება, მისი დაბერება გაახალგაზრდადება, სქესობრივი თანაფარდობა, საშუალო სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ა.შ. ამის მიხედვით ქვეყნები განსაზღვრავენ ჯანდაცვის დაფინანსების მაშტაბებს და პრიორიტეტებს.

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში გამოიკიეეთა ახალი ტენდენციები რომლებიც მკვეთრად ცვლის ქვეყნის დემოგრაფიულ მდგომარეობას. სწორედ ეს ტენდენციები გახდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისთვის ყურადღების საგანი. აღნიშნულთან დაკავშირებით განხილულ სხვა და სხვა ავტორთა ნაშრომებში გამოხატული აზრი ძირითადად ემთხვევა ერთმანეთს, რომ: სოციოეკონომიკური დისბალანსი, საზოგადოების ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუარესება, არაინფექციური დაავადებები და მათთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები, სიკვდილიანობა, ავადობა და სამედიცინო

მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები-გლობალური მაშტაბის მწვავე რეალობაა.

მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვნად შემცირდა სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებელი, დაბალ განვითარებულ ქვეყნებში ამ მხრივ ცვლილებები საპირისპიროდ მიმდინარეობს. შეიცვალა ავადობის სტრუქტურა, გაიზარდა ქრონიკულ ავადმყოფთა რიცხვი. ხოლო განვითარებული ქვეყნების ორიენტაცია ძირითადად დაავადებების პრევენციასა და ჯანსაღი გარემოსკენაა უფრო მიმართული. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში სამედიცინო დახმარების მაღალი ფასების კონტროლი ეფექტური დაფინანსების პოლიტიკის საშუალებით რეგულირდება. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, შვეიცარია და კანადაში ჯანდაცვის ერთი წყაროდან დაფინანსების პრინციპის შემოღებამ ჯანდაცვაზე ხარჯების შემცირება განაპირობა. აშშ-ში, სადაც დაფინანსების მრავალი წყაროა (კერძო თუ სახელმწიფო სექტორი), ჯანდაცვის ხარჯების ერთ დონეზე შენარჩუნება დიდ სირთულეს წარმოადგენს. ფინანსური პოლიტიკის არარსებობისას ჯანდაცვის ხარჯები შეიძლება მძიმე ტვირთად დააწვეს სახელმწიფოს ბიუჯეტს. ამის მაგალითს წარმოადგენს აშშ-ის და სამხრეთ აფრიკის ქვეყნების გამოცდილება, სადაც არაეფექტური ფინანსური პოლიტიკის გამო, კერძო სადაზღვევო კომპანიები მოსახლეობის სრულ მოცვას ვერ ახორციელებენ, რის გამოც უმუშევრები, ხანდაზმულები და ქრონიკული ავადმყოფები სამედიცინო დახმარების გარეშე რჩებიან. მოსახლეობის მოთხოვნისა და პოლიტიკური ზეწოლის შედეგად აშშ-ის მთავრობა უზრუნველყოფს ხანდაზმულთა, უმწევთა და ინვალიდთა სამედიცინო დახმარების დაფინანსებას. ამავე დროს, აღსანიშნავია, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეული შედარებით ჯანმრთელი და შექცეული პირები უარყოფით დამოკიდებულებას გამოხატავენ მაღალი გადასახადების გამო და ნეგატიურად აღიქვამენ ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკაში სახელმწიფოს მხრიდან აქტიურ მონაწილეობას.

ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა განსაზღვრავს თუ რამდენად ხელმისაწვდომია სამედიცინო დახმარების ძირითადი სახეები ქვეყნის მთელი მოსახლეობისათვის, აგრეთვე სამედიცინო დახმარების რა სახეები უნდა დაფინანსდეს და.ა.შ.

განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე საკმაოდ დიდი თანხები იხარჯება, შესაბამისად ამ ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შედარებით

მაღალია. მაღალ შემოსავლებთან მრავალი ფაქტორია დაკავშირებული მაგალითად: განათლება, კვება, სანიტარული მდგომარეობა.

მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების საშუალო მაჩვენებელი მთლიანი შიდა პროდუქტის 8,7 %-ს შეადგენს. ამ მხრივ, ყველაზე უფრო მაღალი მაჩვენებელი ამერიკის რეგიონზე მოდის – 12,8 %, დაბალი კი - აზიის რეგიონზე (3,4%). მოყვანილ ცხრილში მოცემულია დანახარჯები ჯანდაცვაზე მსოფლიო რეგიონების მიხედვით, რომელიც ძირითადად სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის ნაწილდება. მსოფლიოში ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი შეადგენს 57,6 %-ს, ხოლო კერძო წყაროებისა კი 42,4 %-ს. სახელმწიფო დანახარჯების ყველაზე უფრო დაბალი მაჩვენებელი აზიის რეგიონშია, სადაც იგი 33,6 %-ს შეადგენს. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი საშუალოდ 60,7 %-ს შეადგენს, ხოლო კერძო წყაროების წილი 39,3 %-ს. (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. ჯანდაცვაზე დანახარჯები მსოფლიო რეგიონების მიხედვით 2007 წელი

რეგიონი	ჯანდაცვაზე დანახარჯები		ჯანდაცვის ხარჯები წყაროების მიხედვით (მთლიანის %)		ჯანდაცვის ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (US\$)	
	ერთ სულზე (US\$)	მშპ %	სახელმწიფო	კერძო	სახელმწიფო	კერძო
აფრიკის რეგიონი	58	5,5	47,1	52,9	27	31
აზიის რეგიონი	31	3,4	33,6	66,4	11	20
ევროპის რეგიონი	1756	8,4	75,6	24,4	1350	406
ამერიკის რეგიონი	2636	12,8	47,7	52,3	1252	1384
განვითარებადი ქვეყნები	412	6,3	55,1	44,9	225	187
განვითარებული ქვეყნები	4012	11,2	60,7	39,3	2470	1542
საშუალო მაჩვენებელი მსოფლიოში	716	8,7	57,6	42,4	429	287

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

2007 წლის მონაცემებით, საერთო შიდა პროდუქტის მიხედვით ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების წილი მსოფლიოს მაშტაბით ყველაზე დიდია აშშ-ში (15,3 %), შვეიცარიაში (10,8 %), გერმანიაში (10,6%). (ცხრილი 4)

ცხრილი 4. ხარჯები ჯანდაცვაზე- მთლიანი შიდა პროდუქტის (GDP%) მიხედვით.

ქვეყანა	1980	1990	1998	2007
ავსტრალია	7	7,9	8,6	8.7
ავსტრია	7,6	7,1	8	10.2
ბელგია	6,4	7,4	8,6	9.9
კანადა	7,1	9	9,3	10
ჩეხეთი	3,8	5	7,3	6.9
დანია	9,1	8,5	8,3	10.8
ფინეთი	6,4	7,9	6,9	8.2
საფრანგეთი	7,4	8,6	9,4	11
გერმანია	8,8	8,7	10,3	10.6
საბერძნეთი	6,5	7,5	8,4	9.5
უნგრეთი	5.2	6.1	6,8	9.1
ისლანდია	6,1	7,9	8,4	9.1
ირლანდია	8,4	6,7	6,8	7.5
იტალია	7	8,1	8,2	9
იაპონია	6,5	6,1	7,4	8.1
ნორვეგია	7	7,8	9,4	8.7
პოლონეთი		5,3	6,4	6.2
პორტუგალია	5,6	6,2	7,7	10.2
ესპანეთი	5,4	6,6	7	8.4
შვეცია	9,1	8,5	7,9	9.2
შვეიცარია	7,3	8,3	10,4	10.8
თურქეთი	3,3	3,6	4,8	4.8
დიდი ბრიტანეთი	5,6	6	6,8	8.2
აშშ	8,7	11,9	12,9	15.3

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ჯანდაცვის პოლიტიკა და მათი სისტემები ცენტრალურ, აღმოსავლეთ და დასავლეთ ევროპაში მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. მთელ რიგ ქვეყნებში ჯანდაცვა საზოგადოების ინტერესსა და ძირითად საზრუნავს წარმოადგენს, მაგრამ არსებობენ ისეთი ქვეყნებიც, სადაც ეს სფერო ნაკლებად პრიორიტეტულია სახელმწიფოსთვის განვითარების გარკვეულ ეტაპზე. სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხების პროცენტული მაჩვენებლებით კარგად ჩანს სახელმწიფოსთვის ამა თუ იმ სექტორის პრიორიტეტულობა. თუ გავითვალისწინებთ დასავლეთის ეკონომიკაში ფინანსურ მაჩვენებლებს რესურსების განაწილების მიხედვით სხვა და სხვა სექტორზე საერთო შიდა პროდუქტის (GDP) სახელმწიფო დანახარჯების მიხედვით, ჯანმრთელობის სფერო მოწინავე ადგილზეა, მთავრობის თუ საზოგადოების პრიორიტეტთა ჩამონათვალში, რომელსაც მოსდევს სხვა და სხვა სექტორები.

არსებობს ჯანდაცვის სისტემის რამოდენიმე სახის მოდელები, როგორცაა “ბისმარკის”, ”სემაშკოს”, “ბევერიჯის” თუ ”ამერიკული” მოდელი, რომლებიც თავიანთი მახასიათებლებით გამოირჩევიან. ზოგი მათგანი ორიენტირებულია სახელმწიფო დაფინანსებაზე, ზოგი სადაზღვეო სისტემაზე, ზოგიც კერძო დაფინანსებაზე, რაც სახელმწიფოს ჩარევას მნიშვნელოვნად ამცირებს. ყველა განვითარებული ქვეყნისთვის სადაზღვეო სისტემა და თანადაფინანსება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, ხოლო განვითარებად და ზოგ დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში აქტუალური ჯერ კიდევ ცენტრალიზებული სახელმწიფო დაფინანსების მოდელია ”სემაშკო”. (ცხრილი 5).

ცხრილი 5. ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსების ძირითადი მოდელები.

მოდელის ტიპი	ძირითადი მახასიათებლები	ვეყნები
ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოდელი 1883	შემოსავლებიდან მიღებულ გადასახადებზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. სახელმწიფოს როლი მინიმალური	გერმანია, ბელგია, საფრანგეთი, ნიდრელანდები
სემაშკოს მოდელი 1918	ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით	ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები

ბევერიჯის მოდელი 1947	ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით, კერძო დაზღვევისა და მომსახურების მეტი შესაძლებლობა	დიდი ბრიტანეთი, შვედეთი, ნორვეგია, ფინეთი
ამერიკის მოდელი 1960-იანი წლები	შერეული ფორმა, სახელმწიფოს როლი დაფინანსებაში მინიმალურია	აშშ

ყველა ზემოთჩამოთვლილი მოდელიდან თითოეული მათგანი თავისი დადებითი თუ უარყოფითი თვისებებით გამოირჩევა. რაც უფრო განვითარებული ქვეყნების რიცხვს მიეკუთვნება ესა თუ ის სახელმწიფო, მით უფრო ნაკლებია სახელმწიფო დაფინანსება ამ სექტორში. განვიხილოთ თითოეული სისტემის მოდელი ქვეყნების განვითარების მიხედვით და მათი დადებითი თუ უარყოფითი მახასიათებლებით:

მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების (დასავლეთ და ცენტრალური ევროპა) მაღალშემოსავლიან (10000 \$-ზე მეტი) მოსახლეობის ნაწილს, 850 მილიონი შეადგენს. მათ რიცხვს აგრეთვე მიეკუთვნება აშშ, კანადა, იაპონია, ავსტრალია, ახალი ზელანდია და სხვ. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე, ჯანდაცვის სფეროში საშუალოდ 4012 დოლ. 2007 წ. იხარჯება. ამ მხრივ, ყველაზე დიდი მაჩვენებლით ხასიათდება აშშ 6096 დოლ. 2007წ. შვეიცარია 4179 დოლ. 2007 წ. საფრანგეთი 3937 დოლ. 2007წ. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენს 76 წელს, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეადგენს ყოველ 1000 ახალშობილზე 9-ს, ტუბერკულოზით დაავადებულთა მაჩვენებელი – 1000 მოსახლეზე 0,2 % (1990 წ.) 1000 მოსახლეზე 2,5 ექიმია და 8,3 საწოლი. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით საშუალოდ 1675 აშშ დოლარს შეადგენს. განვითარებულ, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემაში აღინიშნება განსხვავებები ექიმების რაოდენობაში (1,4-დან 4,3-მდე 1000 მოსახლეზე), საწოლთა რაოდენობაში (3,9-დან 16,1-მდე 1000 მოსახლეზე), სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციაში, ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში (\$383-დან \$2763-მდე თითო სულზე), მაგრამ მიუხედავად ამისა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები ამ ქვეყნებში თითქმის თანაბარია სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 74 წლიდან 79 წლამდე მერყეობს, ახალშობილთა სიკვდილიანობა – 5-დან 9-მდე მერყეობს ყოველ 1000 ახალშობილზე ჯანდაცვის სტატისტიკური მონაცემები ქვეყნის შიგნით,

რეგიონებში უფრო მეტად განსხვავდება, ვიდრე ქვეყნებს შორის ამ ქვეყნების საზოგადოების საერთო სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ძნელია დაადგინო რომელი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა უფრო უკეთესია.

ჯანდაცვის პრობლემები ძირითადად დაკავშირებულია მოსახლეობის იმ ნაწილთან, რომელზეც არ ვრცელდება სოციალური დაზღვევა, ეთნიკურ უმცირესობებთან, ან ღარიბ უბნებში მცხოვრებ მოსახლეობასთან. აგრეთვე ყურადღებას იქცევს ისეთი პრობლემები, როგორცაა ბავშვთა იმუნიზაციის სრული მოცვა, მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაცია, დამატებითი ექსპერიმენტული მკურნალობა. კვლევები ადასტურებენ, რომ ისევე როგორც დაბალშემოსავლიან და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებშიც აღინიშნება რესურსების განაწილებასთან დაკავშირებული პრობლემები.

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა შერეული ტიპის მოდელით ხელმძღვანელობს და სახელმწიფოსთან ერთად ძირითადად კერძო სადაზღვევო სისტემებით მუშაობს. სახელმწიფო უზრუნველყოფს მხოლოდ პენსიონერთა და უმუშევართა ჯანმრთელობის დაზღვევას. აშშ-ს მოსახლეობის ზოგადი დემოგრაფიული სურათი ასეთია: ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 6096 დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 15,4%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 2682 დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის (44,7%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 78 წელია (ცხრილი 6).

ცხრილი 6. აშშ ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი 2007 წ.

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ)		305,8
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		1,1%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი)	სულ	78,0
	კაცი	75,1
	ქალი	80,9
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან		15,4
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		44,7
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		55,3
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე ჯანმრთელობაზე (აშშ დოლარი)		6096

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანა განვითარებულ სახელმწიფოთა რიცხვს მიეკუთვნება, ყველაზე დიდ ნაკლოვანებად ჯანდაცვის სფეროში მიჩნეულია კერძო დაფინანსების მოდელი, რაც გარკვეულ ბარიერს უქმნის საზოგადოების უმცირეს ნაწილს, რომლებზეც უკვე სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას. გარდა ამისა აშშ-ს სისტემა უდიდესი პოზიტიური მახასიათებლებით გამოირჩევა ესენია: მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, სოციალურად დაუცველი ფენების (ხანშიშესული, უძლური და ღარიბი მოსახლეობა) ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფოებრივი სისტემის არსებობა და მრავალი სხვა რაც სხვა სახელმწიფოებს ნაკლებად ახასიათებთ.

მაგალითად დიდ ბრიტანეთში, რადიკალურად განსხვავებული (“ბევერიჯის” მოდელი) სისტემაა. დიდ ბრიტანეთი ჯანდაცვის სისტემას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან არეგულირებს, თუმცა არსებობს კერძო სადაზღვევო სისტემებიც. იგი ხასითდება ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემის სახელმწიფო დაფინანსებით, კერძო დაზღვევისა და მომსახურების მეტი შესაძლებლობებით. დიდ ბრიტანეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2899.7 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 7,6%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 2502 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 86,3%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 77,25 წელს შეადგენს (ცხრილი 7).

ცხრილი 7.

დიდი ბრიტანეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი 2007წელი.

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) –		60,7
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი)	სულ	77,25
	კაცი	77,0
	ქალი	81,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან		7,6
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		86,3
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		13,7
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი)		2899,7

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ბრიტანული ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და დაფინანსების საფუძველს პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობა წარმოადგენს.

ოჯახის ექიმების როლი ამ ქვეყანაში მნიშვნელოვანია და რაოდენობრივად 50%-ს აღწევს. პირველადი ჯანდაცვა დიდ ბრიტანეთში კარგადაა განვითარებული რაც ძირითადად აწესრიგებს მოსახლეობის მნიშვნელოვან პრობლემებს. დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემისათვის დამახასიათებელია: ძლიერი საკანონმდებლო ბაზა; დაფინანსების სახელმწიფოებრივი წყაროები, სტაბილური ფასები და განსაკუთრებული უპირატესობა კი ის არის რომ სხვა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით დიდი ბრიტანეთის სახელმწიფო პოლიტიკა ხასიათდება ჯანდაცვაზე საშუალო დონის დანახარჯებით. მიუხედავად ამისა, ამ ქვეყნისთვის დამახასიათებელია კარგი ხარისხობრივი მაჩვენებლები, როგორც სამედიცინო კადრების კვალიფიციურობაში, ასევე სამედიცინო სერვისის მიწოდებაში, თუმცა დიდი ბრიტანეთის სისტემისთვისაც ალბათ არსებობს გარკვეული ნაკლოვანებები, რომელთა პრობლემებსაც სახელმწიფო უახლოეს მომავალში გარკვეული სტრატეგიების საშუალებით გადაჭრის.

რაც შეეხება საფრანგეთს, როგორც ერთ ერთ განვითარებულ ქვეყანას აქ სამედიცინო დაზღვევა ერთიანი სოციალური დაზღვევის ნაწილს წარმოადგენს (ბისმარკის მოდელი). ქვეყანაში შექმნილია შემოსავლებიდან მიღებულ გადასახადებზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელიც მოსახლეობის 80%-ს ემსახურება, ხოლო სახელმწიფოს როლი მინიმალურია.

საფრანგეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2109 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 9,6%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 1603 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 76%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ამ ქვეყანაში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია ევროპაში და 79,7 წელს შეადგენს. საფრანგეთში მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალიზებული სისტემა. დაკანონებულია სამედიცინო მომსახურების საფასურის თანაგადახდა მოსახლეობის მხრიდან. ამასთან, მომსახურების უმეტესობაზე სახელმწიფო ატარებს ფასების მკაცრი რეგულირების პოლიტიკას, რაც ზღუდავს ჯანდაცვითი დანახარჯების ზრდას.

განვითარებულ ქვეყნებს შორის საინტერესო იქნება იაპონიის მოდელის განხილვაც, რადგან იაპონიის ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი გამოირჩევა

მოსახლეობის სრული მოცვით, რომლის სადაზღვევო სისტემა სოციალური დაზღვევის საერთო ეროვნული სისტემის ნაწილს წარმოადგენს. იგი გამოირჩევა აგრეთვე სიცოცხლის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით, სადაც სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 81,9 წელს შეადგენს. იაპონიის ჯანდაცვის სისტემა ორიენტირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკაზე, რაც ე.წ. ჯანმრთელობის ცენტრების მეშვეობით ხორციელდება, სადაც საქმიანობენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და საშუალო სამედიცინო პერსონალი. ყოველივე ეს მისი განვითარების დონეს მიანიშნებს. გარკვეულ სირთულეს იაპონია ჰოსპიტალურ სექტორში აწყდება, სადაც ავადმყოფის საწოლზე დაყოვნება 37,2 დღეს შეადგენს, მაშინ როდესაც აშშ-ში იგი მხოლოდ 9,2 დღეს მოიცავს. ამიტომ იაპონიაში საავადმყოფოებში საწოლთა რიცხვი თითქმის ორჯერ მეტია სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით.

კანადაში კი კარგადაა განვითარებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო სისტემა. იგი სამედიცინო მომსახურების დონის ამაღლებაზეა ორიენტირებული და მის სახელმწიფო პოლიტიკას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება წარმოადგენს. ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯების გადანაწილების მიხედვით კანადაში იხარჯება 3173 აშშ დოლარი, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 9,8%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 2214 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 69,8%). დაბადებისას კი სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 79,8 წელს შეადგენს (ცხრილი 8) ცხრილი 8. კანადის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი 2007წელი.

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ)		32,876
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,9%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა	სულ	79,8
	კაცი	78,0
	ქალი	83,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტიდან		9,8
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		69,8
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		30,2
საერთო დანახარჯები 1სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი)		3173

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

კანადაში ფუნქციები გადანაწილებულია ფედერალურ და ადგილობრივ დონეზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ ფედერალური ხელისუფლება სტრატეგიული

ხასიათის საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობს, ხოლო ჯანდაცვის ობიექტების მიმდინარე საქმიანობა მუნიციპალური ორგანოების კომპეტენციაში შედის. კანადის ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტებს განეკუთვნება მომსახურების ხარისხი, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის არსებობა; თუმცა ქვეყანაში გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულება საკმაოდ მაღალია და მუდმივი მატების ნეგატიური ტენდენციით ხასიათდება

მსოფლიოს საშუალოშემოსავლიანი მოსახლეობა (რომელთა შემოსავალი საშუალოდ ერთ სულ მოსახლეზე არის 1000 \$-დან 7500 \$-მდე) შეადგენს 1,5 მილიარდს და წარმოდგენილია ლათინური ამერიკის, აღმოსავლეთ ევროპის, სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებით, აგრეთვე რუსეთი, კორეა, თურქეთი, საუდის არაბეთი და შუა აღმოსავლეთის ნავთობით მდიდარი სხვა ქვეყნები.

საშუალოშემოსავლიანი ქვეყნები ეკონომიკური განვითარების პროცესს განიცდიან. მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ამჟობინებს ქალაქად მიგრაციას. ეკონომიკური აღმავლობის შედეგად ზოგ ქვეყანაში მკვეთრად იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი. ყალიბდება სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო სისტემები. ზოგ ქვეყნებში, მნიშვნელოვნად განვითარდა კერძო სადაზღვევო სისტემა. საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში სამედიცინო სადაზღვევო სისტემა გარდამავალ ეტაპზე იმყოფება. მიუხედავად იმისა, რომ კანონის მიხედვით დაგეგმილი უნივერსალური მოცვა, რეალურად სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა არათანაბარია. შედეგად, ამ ქვეყნებში უფრო მეტად ისეთი დაავადებებია გავრცელებული, რომლებიც ცხოვრების ჯანსაღი წესის არასაკმარის დამკვიდრებასთანაა დაკავშირებული (გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სიმსივნე და ა.შ.).

ამ ქვეყნებისათვის დამახასიათებელია რესურსების არათანაბარი განაწილება, კერძოდ ქალაქად დიდი კლინიკური საავადმყოფოების არსებობა, მაშინ როცა სოფლად ექიმების ნაკლებობაა, აგრეთვე, ვიწრო სპეციალისტების დიდი რაოდენობა, მაშინ როდესაც პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ნაკლებობაა. ასეთ ქვეყნებს მიეკუთვნება მაგალითად თურქეთი, სადაც მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების შერეული ტიპი, რომელიც ითვალისწინებს სახელმწიფო და კერძო დაფინანსებას. ამასთან, თურქეთშიც 1990-იანი წლებიდან მიმდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ფუნდამენტური ცვლილებები. დიდი ყურადღება ეთმობა სადაზღვევო სისტემის განვითარებას, თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს რომ სახელმწიფო დანახარჯების მიხედვით

თურქეთი, ისევე როგორც სხვა განვითარებადი ქვეყნები, ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარჯების მიხედვით მაღალი მაჩვენებლებით არ გამოირჩევა და მხოლოდ 324.8 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 5%-ია, აქედან სახელმწიფო დანახარჯები 234 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 72.3%). სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ამ ქვეყანაში კი 71,5 წელია (ცხრილი 9).

ცხრილი 9.

თურქეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი 2007 წელი.

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ)	74,87	
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება	1,4%	
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა	სულ	71,5
	კაცი	69,0
	ქალი	74,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტიდან	5%	
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში	72,3	
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში	27,7	
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი)	324,8	

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

თურქეთის სახელმწიფო პოლიტიკა პრიორიტეტს ჯანმრთელობის სფეროში ანიჭებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის პროფილაქტიკასა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას, შესაბამისად ქვეყანაში აქტუალურია სტრუქტურული ცვლილებები ამ სისტემაში, როგორც სისტემის დეცენტრალიზაციის მიზნით ასევე მისი დაფინანსების კუთხითაც. თურქეთის მაგალითი აღებული იქნა საშუალოშემოსავლიანი, განვითარებადი ქვეყნების ნიმუშად. მსგავსი ვითარებაა სხვა განვითარებად ქვეყნებშიც.

მსოფლიო მოსახლეობის ნახევარზე მეტი დაბალშემოსავლიანთა რიცხვს განეკუთვნება. ასეთი ტიპის ქვეყნებისათვის დამახასიათებელია ინფექციურ დაავადებათა მეტი გავრცელება, არასრულფასოვანი კვება, სოფლად მოსახლეობის მეტი რაოდენობა და სხვა. ქალაქში მცხოვრებ, სამთავრობო სექტორში დასაქმებულებს უფრო მეტი შემოსავლები აქვთ და შესაბამისად მათი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის დონეც უფრო მაღალია. აღნიშნული მდგომარეობა რესურსების არათანაბარ განაწილებას განაპირობებს, ასე მაგალითად, აღინიშნება

დედაქალაქში თანამედროვე დონის, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების მქონე საავადმყოფოების არსებობა, მაშინ როცა რეგიონებში ექიმების ნაკლებობაა, ხოლო საავადმყოფოების ხარისხობრივ დონეზე საუბარიც ზედმეტია. ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითქმის ნახევარზე მეტი დედაქალაქის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის იხარჯება. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაბალი დონე უმთავრესად გამოწვეულია მართვისა და ორგანიზაციის დაბალი ხარისხით, არასრულფასოვანი კვებით, პოლიტიკური არასტაბილურობით, განათლების დაბალი დონით და ა.შ.

ყოფილი საბჭოთა კავშირის სივრცეში განხილვისათვის მნიშვნელოვანია ტაჯიკეთის მაგალითი, რომელიც მსოფლიოს უღარიბეს ქვეყნებს შორის 20 ადგილზეა. მისი მოსახლეობის 80 %- სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ ცხოვრობს.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 1998 წლისთვის ერთ სულ მოსახლეზე GDP შეადგენდა US \$215. საბჭოთა კავშირისთვის იგი წარმოადგენდა მინერალური წყლების მიმწოდებელ ქვეყანას რომლის ეკონომიკაც საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ მნიშვნელოვნად დაზიანდა. სიღარიბის ზღვარი 90-იან წლებში კიდევ უფრო გამწვავდა –ოჯახი შემოსავლის 70% საკვებზე ხარჯავდა. ყველაზე მეტად დაზარალებულნი მცირეწლოვან ბავშვიანი ოჯახები და ზოგიერთი გეოგრაფიული ადგილები ანუ ქალაქიდან დაშორებული ტერიტორიები, სადაც ჯანდაცვის სერვისი მიუწვდომელი იყო. ყოველივე ეს მიუთითებს ყვეყანაში არსებულ სიღარიბესა და მზარდ არათანაბარუფლებიანობაზე, რომელიც დასავლეთ ევროპის ქვეყნებთან შედარებით სრულ წინააღმდეგობაშია.

1990-იან წლებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ტაჯიკეთის პოლიტიკის დღის წესრიგში ნაკლებად მნიშვნელოვან ადგილს იჭერდა. ისევე როგორც დსთ-ს სხვა ქვეყნებმა ტაჯიკეთმაც განიცადა მნიშვნელოვანი პოლიტიკური ეკონომიკური და სოციალური ცვლილებები. 1995 წლიდან ქვეყნის დანახარჯები ჯანდაცვაზე მშპ-ს 2% მდე დაეცა, რომლის მიზეზიც ტაჯიკეთის გაღატაკებამდე მისული მოსახლეობა იყო, რომელიც ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის ყველაზე ნაკლებად განვითარებულ ქვეყანას წარმოადგენდა. ამ ქვეყანას იგივე პრობლემები უდგას წინ ჯანდაცვის სექტორში, როგორც სხვა დსთ-ს ქვეყნებს რეფორმასთან დაკავშირებით. საერთო საზოგადოების ჯანმრთელობა გაუარესდა, რომელიც ასევე აისახა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. (Hutton, 2002)

რესურსების არათანაბარი განაწილების გარდა ასევე მნიშვნელოვანია ამ სისტემის სხვა და სხვა სექტორებში ინვესტიციების არათანაბარი გადანაწილება, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს თანასწორუფლებიანობასა და ხელმისაწვდომობაზე. ჰატონი (Hutton) თვლის რომ 1990-იან წლებიდან უფასო მომსახურების შეწყვეტის შემდეგ და მას შემდეგ, რაც მოიმატა პირდაპირმა გადასახადებმა, ღარიბი მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავს სამედიცინო მომსახურებას და უკვე მიმართავს საკუთარი ბიუჯეტის შესაბამისად, რაც იმას ნიშნავს რომ მათ აღარ აქვთ შესაძლებლობა გასცდნენ პირველადი ჯანმრთელობის მომსახურების დონეს. მიუხედავად ამისა სხვა და სხვა ქვეყნებში სახელმწიფო დანახარჯები უფრო მეორე დონის სექტორზეა მიმართული.

მაგალითად ტაჯიკეთსა და ყაზახეთში საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში მინიმალურია პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის წილი და ის ორიენტირებულია სტაციონარულ მკურნალობაზე რაზეც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ბიუჯეტის 70 %-ია გათვალისწინებული.

1999 წელს ტაჯიკეთში ცხოვრების დონის შესახებ ჩატარებულ გამოკითხვის შედეგებს, არაფორმალურ გადასახდებსა და ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით მიყვავართ იმ დასკვნამდე, რომ მდიდრები ორჯერ უფრო მეტად მიმართავენ საავადმყოფოებს, ვიდრე ღარიბები (7.8% 3.5%-თან შედარებით), იგივე მდგომარეობაა ყირგიზეთში და სხვა დსთ-ს ქვეყნებში, სადაც მიმართვიანობის სიხშირე მდიდრებში არის 9% ხოლო ღარიბებში 5%. ყოველივე ეს დაფინანსების რეგრესიულობის მაჩვენებელია. (Falkingham 2001) .

თანამედროვე ტაჯიკეთის ჯანდაცვის სისტემის მოდელი საბჭოთა მოდელის მსგავსია მცირე სტრუქტურული განსხვავებებით. სახელმწიფო რჩება ჯერ კიდევ ძირითად დამფინანსებლად სერვისის მომწოდებლად. რესპუბლიკის დონეზე ჯანდაცვის სამინისტრო მართავს სახელმწიფო-დონის ჯანდაცვის სერვისებს, ხოლო ადგილობრივი სამმართველოები (რაიონული) ხელმძღვანელობას უწევენ ადგილობრივ სამედიცინო სამსახურს. პოლიტიკას და მარეგულირებელ ორგანოებს ასევე მართავს სამინისტრო. მომსახურების ხარისხსა და საერთო ხელმისაწვდომობაზე ამ ქვეყანაშიც საუბარი ალბათ უხერხულია.

ადამიანის უფლებების დაცვის შედარებისთვის ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებს შორის თვალსაჩინო მაგალითად შეიძლება დსთ-ს სხვა ქვეყნებთან ერთად ტაჯიკეთი—ავიღოთ სადაც ნათლათ ჩანს თუ რამდენად დაცულია ადამიანი საზოგადოებაში და რამდენად შესაძლებელია ამ საზოგადოების ყველა

წვერისათვის სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების მიღება. რამდენად ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის სისტემა უბრალო ადამიანებისთვის და რამდენად ეფექტურია მათი მუშაობა.

ტაჯიკეთი ინარჩუნებს ჯანდაცვის უზრუნველყოფის სახელმწიფო დაფინანსების და მომსახურების სისტემას. ჯანდაცვა კვლავ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზეა ორიენტირებული და სახსრები პირველადი დახმარებისთვის არასაკმარისი და უხარისხოა. იგი დანაწევრებულია ადმინისტრაციულ ერთეულებს შორის, რომლებშიც დიდი შეუსაბამობებია. შეუსაბამობაა რაიონებს შორის ბიუჯეტის განაწილებაში, უთანასწორობაა და არაეფექტურია სისტემის მენეჯმენტი და პერსონალი, რომლებსაც არანაირი სტიმული არ გააჩნიათ უკეთ იმუშაონ და უფრო ეფექტური გახადონ სისტემის მუშაობა. არსებობს მედიკამენტებისა და სამედიცინო მარაგის დეფიციტი და სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურებაც ძალიან დაბალია, თუმცა მოსახლეობა სულ უფრო მეტს და მეტს იხდის ჯანმრთელობის მომსახურებაში ოფიციალური თუ არაოფიციალური გზით, რაც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სერიოზულ უთანასწორობას ქმნის და არათანაბარ ხელმისაწვდომობას იწვევს. რეფორმა დამოკიდებულია ქვეყნის ეკონომიკის გაუმჯობესებაზე. ამჟამად არსებული საბიუჯეტო გარღვევის ფონზე უნდა დადგინდეს დამატებითი დაფინანსების წყაროები ასევე სოციალური დახმარების საკითხი, რომელიც გრძელვადიანი პერსპექტივაა და ეკონომიკურ წინსვლას მოითხოვს. რეფორმები დამოკიდებულია რესურსების გადამისამართებაზე, როგორცაა დაფინანსება და კადრები ქვეყნის ფარგლებში ასევე არაფორმალური გადასახადების დარეგულირება.

ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსებისათვის დამატებით წყაროს ტაჯიკეთში მხოლოდ არაფორმალური გადახდები ახორციელებენ. 1994 წლის კონსტიტუცია ადამიანებს უფლებამოსილებას ანიჭებს ჰქონდეთ ხელმისაწვდომი უფასო სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც იხდის სახელმწიფო, იქნება ეს სტაციონარული თუ ამბულატორიული, თუმცა პრაქტიკულად, უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო მარაგი და სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა უკანასკნელ წლებში მკვეთრად შემცირდა, რამაც სამედიცინო სფეროს დიდი ზიანი მიაყენა, ასევე შემცირდა ჯანდაცვის ბიუჯეტი და გაიზარდა ფორმალური და არაფორმალური გადასახადები. მედიკამენტები და სხვა საჭირო საშუალებები პაციენტმა უნდა შეიძინოს და ავადმყოფის კვებაც თვითონ უნდა უზრუნველჰყოს.

პაციენტებს ასეთ ვითარებაში ისეთი მაღალი ფასების გადახდა უწევთ, რომ მათი დაბალი ხელფასები ამას ვერაფრით ვერ წვდება. უმეტესობა საერთოდ ვერ ახერხებს, ხოლო ზოგ მათგანს სამომავლოდ გადააქვს მკურნალობა. რაც შეეხება გაცილებით რთული სახის დაავადებებსა და სხვა სტაციონარული მკურნალობის ხარჯებს, ღარიბი მოსახლეობისთვის დანახარჯების კოეფიციენტი მათი შემოსავლის გაცილებით მაღალ პროცენტულ მაჩვენებელს აღწევს. მაგალითად სომხეთში, მხოლოდ საავადმყოფოების პაციენტებისათვის დანახარჯები მათი შემოსავლების 266.6% შეადგენდა, ხოლო ტაჯიკეთში ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალ ნიშნულს აღწევს 534.53%-ამტკიცებს ლუისი (Lewis, 2000: 22). ამ ციფრიდან გამომდინარე თავისუფლად შეიძლება ვიმსჯელოთ, თუ რამდენად ხელმისაწვდომია ტაჯიკეთში სამედიცინო მომსახურება მაშინ, როდესაც ადამიანი სტაციონალურ მკურნალობისას იხდის მისი ყოველთვიური შემოსავლის 534.53%-ს საკუთარი სახსრებით.

მოსახლეობის სოციო-ეკონომიკურ ჯგუფებად დაყოფისას აღმოჩნდა, რომ ტაჯიკეთის ღარიბი მოსახლეობიდან მათ შორის, ვინც მიმართა სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას დანახარჯმა შეადგინა მათი ყოველთვიური ხელფასის 252%, ხოლო მდიდარი მოსახლეობისთვის დანახარჯი სტაციონარული მკურნალობისთვის 54 % -აღმოჩნდა. განსხვავება არსებითად დიდია. ამ მიზეზით ღარიბი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი ავადობის შემთხვევაში ვერ ახერხებს სტაციონარულ მკურნალობას რაც ხშირად ფატალურიც კი ხდება. (Sari, Langenbrunner and Lewis 2000] ციტირება Lewis, 2000: 23).

ევროპისა და დსთ ქვეყნების შედარებისას ჩანს, რომ ტაჯიკეთი ისევე როგორც აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნები გაცილებით ნაკლებს ხარჯავენ ჯანდაცვაზე ვიდრე ევროპის ქვეყნები. უფრო განზოგადებული შეფასებით მაგალითად დსთს- ამჟამინდელი დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე არის მშპ-ის 3%, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპა კი ხარჯავს 5,3 % ს ხოლო ევროპის გაერთიანება საშუალოდ 8,5%. ტაჯიკეთის მაგალითი ყველაზე თვალსაჩინო სურათია იმ ნაკლოვანებებისა, რომელიც დაბალშემოსავლიანი და განვითარებადი ქვეყნებისთვისაა დამახასიათებელი, სადაც ადამიანის უფლებები ირღვევა არასათანადო მმართველობისა თუ პოლიტიკის გამო, სადაც ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა და მისი დაცვა მოქალქისთვის არც თუ ისე ადვილად ხელმისაწვდომია და სადაც სიღარიბე და სოციალური სტატუსი ადამიანის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი ფაქტორია.

1990 –იანი წლებიდან, ისევე როგორც ცენტრალური, აღმოსავლეთ ევროპისა და აზიის ქვეყნებმა, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებმაც, რომლებიც თითქმის მსოფლიოს მოსახლეობის მეოთხედს წარმოადგენენ დაიწყეს გადასვლა ცენტრალური დაგეგმიდან საბაზრო ეკონომიკაზე. ვინაიდან ეს ქვეყნები განსხვავდებიან როგორც გეოგრაფიული, ისტორიული, კულტურული ბუნებრივი რესურსებისა თუ მოსახლეობის მიხედვით, ისინი ამასთანავე ერთმანეთს უპირისპირდებიან საერთო პრობლემებითაც, როდესაც ცვლიან საზოგადოებრივ სექტორებს და ცდილობენ ჯანდაცვის ახალი პოლიტიკის ადაპტირებას ახალი ეკონომიკური მოდელის სტანდარტებთან.

რაც შეეხება განვითარებად ქვეყნებში რესურსების გადანაწილებასა და სახელმწიფო სტრატეგიებს ისინი დასავლეთისაგან განსხვავებულია. ძირითადად განსხვავება ამ ქვეყნებს შორის ეკონომიკურ განვითარებაზეა დამოკიდებული. რაც უფრო განვითარებულია ქვეყანა, მით უფრო მნიშვნელოვნად დიდია რესურსების ალოკაციაც ჯანდაცვაში. რესურსების განაწილება აღმოსავლეთ ევროპისა და აზიის ქვეყნებში დასავლეთისაგან განსხვავებულია. ამ შემთხვევაში ჯანდაცვის სფერო ქვეყნის ეროვნულ ინტერესს არ წარმოადგენს და ისეთ ქვეყნებში სადაც ჯანდაცვა არ არის პრიორიტეტული საზოგადოებრივ დაფინანსებათა შორის, რომელსაც სახელმწიფო უზრუნველყოფს ცხადად ჩანს ნეგატიური შედეგებიც. ყოველივე ამის შედეგია სიკვდილიანობის ზრდა, რაც არასაკმარისი დაფინანსებისა თუ ხელმისაწვდომობის პრობლემის ინდიკატორია.

თ.ვერულავამ (2008 წელს) საქართველოს მაგალითზე განიხილა ორი სახის მიდგომა სახელმწიფოსა და საზოგადოების როლი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში, ესენია: პირველი, რომელიც ითვალისწინებს აზრს იმის შესახებ, რომ ყოველ მოქალაქეს თავისი განსაზღვრული უფლებები გააჩნია, ჯანმრთელობის დაცვა ადამიანის კეთილდღეობის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს და სწავლისა და მუშაობის შესაძლებლობა დამოკიდებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. სამართლიან და თანასწორუფლებიან საზოგადოებაში მაღალხარისხიანი სამედიცინო დახმარება ყოველი მოქალაქისათვის უნდა იყოს თანაბრად ხელმისაწვდომი. ამ შემთხვევაში, სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება საზოგადოების თითოეული წევრის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად საჭირო რესურსების მოზიდვის ეფექტური მექანიზმების შესაქმნელად.

მეორე მიდგომა, რომლის მიხედვითაც, მოქალაქეებს არ აქვთ საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის უპირობო უფლება. ამ ფილოსოფიის მიმდევრები ჯანდაცვას განიხილავენ მისი როლის თვალსაზრისით მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საქმეში (თ.ვერულავა Grossman, 1972), აგრეთვე იმ პოზიციებიდან, თუ როგორ ზემოქმედებს ერის ჯანმრთელობა ქვეყნის საერთო კეთილდღეობაზე.

თ.ვერულავას აზრით, ჯანმრთელობა წარმოადგენს სოციალურ კეთილდღეობას, რომელიც უნდა განიხილებოდეს ადამიანის მოთხოვნილებების და არა უფლებების კონტექსტში, ამიტომ რესურსების განაწილებისათვის აუცილებელია პრიორიტეტების დადგენა. სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ჯანდაცვის დაფინანსება იმ ზომით, რაც აუცილებელია შრომის ნაყოფიერების ეფექტურობის გაზრდისათვის, რადგანაც მოსახლეობის შრომის ნაყოფიერება დამოკიდებულია მის ჯანმრთელობაზე. დასაქმებული ადამიანის ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობა ამცირებს შრომის ნაყოფიერებას, რაც უარყოფითად მოქმედებს მოსახლეობის საერთო კეთილდღეობაზე. ამ მიდგომის მიხედვით, სახელმწიფომ თავის თავზე უნდა აიღოს სამედიცინო დახმარების მხოლოდ იმ სახეთა დაფინანსება, რომლებიც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების უფრო ეფექტურ შედეგებს გამოიწვევენ. ამასთან, მათი აზრით, სახელმწიფოს ამოცანას არ წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების თანაბარი ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვაზე მთლიანი მოსახლეობის თანაბარი უფლებები.

ამგვარი მიდგომის მიხედვით, ჯანდაცვა არ წარმოადგენს ქვეყნის პრიორიტეტულ დარგს, რადგანაც მეცნიერულად არ არის დასაბუთებული ის გარემოება, რომ სამედიცინო დახმარება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ძირითად ფაქტორს, თუმცა ალბათ ეს სადაოც შეიძლება იყოს.

მაგალითად აღმოსავლეთ ევროპის შემთხვევაში ვაწყდებით ჯანდაცვის საპირისპირო სრულიად განსხვავებულ კანონს. “რაც უფრო მეტი ფული სჭირდება ადამიანს ჯანმრთელობისთვის, მით უფრო ნაკლებს იღებს.” ასეთი პარადოქსი არა მხოლოდ ადამიანს როგორც პიროვნებას ეხება არამედ მისი განხილვა გლობალურ დონეზეც შეიძლება. კომუნისტური იდეოლოგიის პერიოდში იმდენად, რამდენადაც ჯანდაცვა არ იყო სახელმწიფო სტრატეგიებს შორის პრიორიტეტული სფერო, რესურსებიც ნაკლებად ნაწილდებოდა. ავადმყოფობა მიჩნეული იყო როგორც

კლასობრივი ურთიერთობის შედეგი კაპიტალიზმში. მთლიანი საბჭოთა სამედიცინო სისტემა იყო ცენტრალიზებული და იყოფოდა მხოლოდ სამედიცინო სისტემად, რომელიც მუშაობდა ჯანმრთელობის სამინისტროს დაქვემდებარებაში. რუსეთი კომუნისტურ პერიოდში აღიარებული იყო, როგორც ერთ-ერთი უძლიერესი პოტენციალის მქონე ქვეყანა, მისი უზარმაზარი საკადრო თუ მატერიალური რესურსებით. ეს შეეხება, როგორც მაღალი დონის პროფესიონალოთა დიდ რაოდენობას, ასევე სამედიცინო დაწესებულებათა კარგად განვითარებულ ქსელს დსთ-ს სხვა ქვეყნებთან შედარებით, რუსეთში, სტრუქტურული ცვლილებები ნაკლებად შეიმჩნევა. თუმცა საბაზრო ეკონომიკის დამკვიდრებასთან ერთად იზრდება კერძო სექტორის განვითარებაც და კონკურენტუნარიანი გარემოს შექმნაც განსაკუთრებით მსხვილ ქალაქებში. მიუხედავად ამისა, რუსეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები საკმაოდ მცირეა და მხოლოდ 582.7 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 6%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 357 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 61.3%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა კი მხოლოდ 64,8 წელია მამაკაცებში რაც 13,8 წლით ნაკლებია, ქალებთან შედარებით 72.0 (ცხრილი 10).

ცხრილი 10.

რუსეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი 2007 წელი.

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) –		142,5
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		-0,4%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა	სულ	65,5
	კაცი	59,0
	ქალი	72,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან		6,0
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		61,3
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში		38,7
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი)		582.7

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

საბჭოთა კავშირის დაშლის შედეგად არა მარტო რუსეთი არამედ მთელი მისი წევრი ქვეყნებიც მოუმზადებელი აღმოჩნდა ჯანდაცვის სისტემის მართვაში, რომელიც ევროპის სტანდარტებს უთანაბრდება. საზოგადოების ჯანმრთელობის

გაუმჯობესება, ამავდროულად მყარი დემოკრატიული ინსტიტუციების განვითარების მხარდაჭერა, გაცილებით რთული აღმოჩნდა, ვიდრე უბრალოდ ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესება და გაფართოება. მსოფლიო ბანკის “მსოფლიო განვითარების 1993 წლის მოხსენებაში აღნიშნულია: “ჯანდაცვის სექტორი უწყვეტი და რთული რგოლია. ვერც მთავრობა ვერც თავისუფალი ბაზარი დამოუკიდებლად ვერ გაანაწილებს რესურსებს ჯანმრთელობის ეფექტური სისტემის დასამკვიდრებლად. მათი პასუხისმგებლობა ვინც აყალიბებს ჯანდაცვის პოლიტიკას გარდამავალ ქვეყნებში არის ის, რომ გაითვალისწინონ ალტერნატიული მოდელების სახელმწიფო ჯანდაცვის ძლიერი და სუსტი მხარეები და უზრუნველყონ მწირი რესურსების განაწილება ისეთ სექტორებში, რომელიც მაქსიმალურ ეფექტურობას მოუტანს სახელმწიფოს”. (WHO). ამ მიზნების მისაღწევად მსოფლიო ბანკი განვითარებად ქვეყნებს სთავაზობს ჯანდაცვის პოლიტიკის საკითხების სათანადო განხილვას და დაფინანსების კოორდინირებას, როგორც კერძო ფონდებიდან ასევე სამთავრობო სტრუქტურებიდან აგრეთვე საერთო გლობალურ საკითხებში თანამშრომლობას.

12. ზოგიერთ ქვეყანაში მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების შედეგები

სხვადასხვა დროს ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ ერთერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც მოქმედებს მოსახლეობის ჯამრთელობის მდგომარეობაზე, არის ეროვნული კეთილდღეობა და მისი გადანაწილება. სოციალურ ფენებსა და ჯამრთელობას შორის ურთიერთკავშირი, ფაქტიურად კარგად არის გამოკვლეული ევროპაში, სადაც ჯამრთელობა და ავადობა არათანაბრადაა გადანაწილებული. იმისათვის რომ ნათელი მოვფინოთ მდგომარეობას. უნდა ვაღიაროთ, რომ ჯანდაცვის სისტემას არ შეუძლია „შექმნას“ ჯამრთელობა, მაგრამ ძალუძს მისი გამოსწორება ან ოპტიმიზაცია და ა) ტანჯვის ბ) ავადობის გ) სიკვდილიანობის პრევენცია. ჯამრთელობა არ არის „ადამიანური კანონი“ ასე რომ იყოს სიკვდილიანობა და ავადობა იქნებოდა „ადამიანისათვის უჩვეულო და არაკანონიერი“. ჯამრთელობის განმსაზღვრელი, მეორე, ძლიერი ფაქტორია გენეტიკური სტრუქტურა (ჯამრთელობის სხვა განმსაზღვრელი ფაქტორები გაცნობიერებულია ლონდონ-ს მოხსენებაში ოჯახის შესახებ, რომელიც გაკეთებული იქნა 1976 წ. კანადაში, ეს ფაქტებია: სოციალური და ფიზიკური გარემოცვა, ინდივიდუალური ქცევა და ჯანდაცვის მომსახურება, ისინი ხელს უწყობენ გენეტიკური სტრუქტურის გამოვლინებას) ასევე ცნობილია, რომ ჯანდაცვის მომსახურება არ არის „ხელოვნური“ სტრუქტურა, რომელიც შეიძლება სურვილის მიხედვით, ადვილად მოწესრიგდეს ან დემონსტრირდეს პოლიტიკის შემქმნელების მიერ, რადგან იგი მჭიდროდაა გადახლართული საზოგადოებრივ პოლიტიკასა და ეკონომიკასთან. ნებისმიერი ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ფესვები საკუთარი ისტორიიდან მოდის, რომელიც თავის მხრივ დაკავშირებულია პოლიტიკურ და კულტურულ ფილოსოფიასა და რწმენასთან.

ფაქტიურად ევროპაში, პირველადი ჯანდაცვისა და ზოგადი პრაქტიკის დღევანდელი სახე განსაზღვრავს მისი წარმოშობისა და განვითარების ისტორია. შუა საუკუნეებიდან მოყოლებული მშრომელებს ჰყავდათ გარკვეული სახის „ზოგადი პრაქტიკოსები“, რომლებიც ზრუნავდნენ მშრომელთა ჯგუფებზე (მშრომელებსა და მათ დაქვემდებარებაზე), ამისათვის მათ უხდიდნენ ყოველთვიურად, ყოველ ერთ სულ მოსახლეზე ფიქსირებულ თანხას). ამავე დროს

ხელფასი ეხდებოდა ქალაქის საბჭოს, რომელიც ორგანიზებული იყო, ასევე ზოგადი პრაქტიკოსების მიერ, ღარიბებზე ზრუნვისა და ჰოსპიტალური დაცვისათვის (უფრო მეტად ადგილები განკუთვნილი იყო პილიგრიმებისა და ტერმინალური პაციენტებისათვის, ან სპეციპიური დაავადებების მაგ. ლეპროზის, მქონე ადამიანებისათვის) XIX საუკუნეში მშრომელებმა დაიწყეს საზოგადოების შექმნა, და თავიანთი ლიდერების ზეგავლენით მიხვდნენ, რომ „დაავადებათა ფონდის“ განვითარება მათივე ინტერესებში იყო. (მოგვიანებით მისბარკი ერთერთი პირველთაგანი იყო, ვინც დააფუძვნა ეროვნული დაავადებათა ფონდი). XIX საუკუნის ბოლოსა და XX საუკუნის დასაწყისში ევროპაში უკვე ათასობით დაავადებათა ფონდი, კლუბი და მშრომელთა ჯგუფი არსებობდა, ისინი გარკვეულწილად წააგვანან ამერიკაში ჯანდაცვის ხელშემწყობ ორგანიზაციებს (HMO). ზოგადი პრაქტიკოსები პოპულარულები იყვნენ და კვლავ არიან, პოლიტიკის შემქმნელებსა და მოსახლეობას შორის. მაგ. 1860 წლიდან ზოგადი პრაქტიკა, გერმანიის დაავადებათა ფონდის ბუნებრივი მახასიათებელი გახდა, 1908 წლიდან ესპანეთის „**Instituto Nacional de prevision**“-ის, ჰოლანდიის დაავადებათა მანდატორული ფონდების სისტემის, 1942 წლიდან ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების. პირველად ჯანდაცვას ოდითგანვე მხარს უჭერდნენ მთავრობა, დამზღვევები და სპეციალისტები.

1920 წლის მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის, ალმა ატას დეკლარაციამდე დაუსონმა (დიდი ბრიტანეთი) თავის მოხსენებაში წარმოადგინა „პირველადი“ და „მეორედი“ ჯანდაცვა, ასევე მომავალი ჯანდაცვის ცენტრებისა და პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია. მოხსენებამ ნათლად წარმოაჩინა პოზიციების რადიკალურად შეცვლის აუცილებლობა, იმისთვის რომ მოსახლეობის საჭიროების მიუხედავად ჯანდაცვის მომხმარებლობის ორგანიზება, რესურსების განთავსება, ჩანაწერებისა და სტატისტიკის წარმოება, მედ-პერსონალის ტრენირება და პერსონალური ჯანდაცვის მომსახურება. დაუსონის მოხსენებამ ხაზი გაუსვა, რომ ლოგიკური სისტემის ელემენტები ჰარმონიულად უნდა უკავშირდებოდნენ ერთმანეთს და ამავე დროს ყველასათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

ჯანდაცვის ცენტრები შეიძლება ყოფილიყო სახელმწიფო მფლობელობაში (როგორც საბერძნეთში, ფინეთში, პორტუგალიაში, ესპანეთსა და შვეიცარიაში) ან ზოგადი პრაქტიკების მფლობელობაში (როგორც დანიაში, ირლანდიში, იტალიაში, ნიდერლანდებსა და დიდ ბრიტანეთში).

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სისტემები ისტორიის პროდუქტს წარმოადგენენ და ამიტომ ძალზე განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. მაგრამ ყველა ჯანდაცვის სისტემა მსგავსი საჭიროებისა და მოთხოვნის წინაშე დგას. არსებობს ერთგვარი შეთანხმება, რათა რაციონალურად იქნას გამოყენებული სადაზღვეო რესურსები, ამისათვის განსაზღვრული უნდა იყოს დაცვის ოთხი დონე, ესენია:

- თვით მოვლა (პერსონალური და ჩვეულებრივი) ;
- პირველადი პროფესიონალური მოვლა (ზოგადი პრაქტიკოსები, ექთნები და სხვები) ;
- სპეციალისტების მოვლა ;
- სუპერ სპეციალიზირებული მოვლა .

ნებისმიერ ჯანდაცვის სისტემას გადასაწყვეტი აქვს, თუ როგორ იმუშავეს თითოეული დონე და რა ურთიერთ დამოკიდებულება იქნება მათ შორის, თითოეულ დონეს თავისი გასაგები როლი უნდა ჰქონდეს და ამავე დროს მხარდაჭერილი უნდა იყოს რესურსებით, ორგანიზაციითა და განათლებით (სასწავლო კურსები და ზედამხედველობითი ფუნქცია). მაგ: ქვეყანაში დაავადებათა პრევენცია შესაძლოა ერთობლივად ხორციელდებოდეს, რადგან საქმე იმუნიზაციას ეხება, შესაძლოა მათი ორგანიზება პირველად ჯანდაცვაშიც, როგორც ეს ფინეთში, იტალიაში და ჰოლანდიაში ხდება. ცნობილია, რომ იმ რეგიონში სადაც არც თუ სახარბიელო ეკონომიკური და სოციალური სიტუაციაა, ჯანდაცვის მომსახურებას გაცილებით მეტი რესურსები ესაჭიროება.

ევროპაში ჯანდაცვის სისტემა მრავალი ყოფითი პრობლემების წინაშე აღმოჩნდა, ესენი იყოს: დემოგრაფიული ცვლილებები (ემიგრაცია, მოსახლეობის დაბერება), მოსახლეობის ავადობის ზრდა, ჯანდაცვის არათანაბარი მანქვენებელი, სოციალური უთანასწორობის ზრდა, ღირებულებების თვალსაზრისით ახალი სადიაგნოსტიკო და თერაპიული საშუალებები და ყოველივეს პარალელურად, მზარდი სახელმწიფო მოთხოვნილებები და მოლოდინები. შედეგად ჯანდაცვა საკმაოდ ძვირი ღონისძიებაა, სახელმწიფო დანახარჯები მუდმივად არასაკმარისია, ხოლო მოსახლეობისათვის გადახდა სავალდებულო აღმოჩნდა.

დასავლეთ ევროპაში მთავარი იყო ქრონიკული დაავადებების პრევალენტურობის და ავადობის ზრდა, რაც გარკვეულ წილად მოსახლეობის დაბერების შედეგია, და ამ პროცესებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ქმედითუნარიანობის გაზრდა. დაავადებათა მიზეზის გამრავალფეროვნებამ, თანაავადობის დომინირებამ სამედიცინო ჩარევების შესაძლო სახიფათო შედეგების

წინასწარ განსაზღვრამ მოლიანად შეცვალა აქამდე არსებული ბიოლოგიური მოდელი „ერთი დაავადება დროის გარკვეულ მონაკვეთში“. მან მოითხოვა შეცვლილიყო მკურნალობის ის მოდელი, სადაც ადგილი ჰქონდა მწირ კოორდინაციას სამედიცინო მომსახურების მოწოდებლებს შორის, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეებს შორის (პირველადი, მეორეული, მესამეული).

გამომდინარე აღნიშნულიდან, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებმა უნდა გააკეთონ საბოლოო არჩევანი სახელმწიფო ფულის ხარჯვასთან მიმართებაში, რაც მოიცავს ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენას, რესურსების თანასწორად გადანაწილების, მომარაგებისა და განვითარების რაციონალიზაციას, ჯანდაცვის ინსტიტუციების კოორდინაციას.

მაკოორდინებელი შესაძლებლობის გაზრდის საშუალებებია:

- 1) კოორდინების ძალაუფლების გადაცემა ზოგადი პრაქტიკოსებისათვის;
- 2) ორგანიზაციულ განყოფილების გაფართოება ან გაერთიანება ჯანდაცვის ცენტრებად (ან საავადმყოფოებად) იმისათვის რომ უზრუნველყოფილი იქნას ადრე არსებულ განყოფილებებს შორის სრულად კოორდინირებული მუშაობა.

პირველად ჯანდაცვას, რომელიც შეჭიდულია ზოგად პრაქტიკასთან, უნარი აქვს გამოასწოროს ჯანდაცვის დანახარჯების ეფექტურობა, მაკოორდინებელი ქმედებები და პერსონალის გულილსხმიერება, ამავე დროს შეამციროს არასასურველი ეფექტები დაკავშირებული უთანასწორობასთან. მიუხედავად ამ შესაძლებლობის არსებობისა, თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში (მათ შორის ამერიკას წამყვანი პოზიცია უკავია), მოსახლეობა სპეციალისტების მომსახურება უფრო ინტენსიურია, ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის, თუმცა ამის არანაირი მეცნიერული გამართლება არ გააჩნია. ჯანდაცვის მომსახურების ტექნო-სტრუქტურების სწრაფმა ზრდამ შეუქცევადად შეცვალა სამედიცინო პრაქტიკის კუსრი, ჰოსპიტალური და სპეციალისტების მომსახურება დომინანტური გახადა.

პირველადი ჯანდაცვა აშკარად იაფია, რადგანაც მას ნაკლებად ძვირი ტექნოლოგია და იაფი მუშა ხელი ჰყავს, ვიდრე საავადმყოფოებს. როგორც უკვე იქნა აღნიშნული დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში გარკვეული სახით, ყოველთვის არსებობდა პირველადი ჯანდაცვა, ასე რომ ჩვენ არ შეგვიძლია განვითარებული ევროპული ქვეყნების გამოცდილების განხილვა ზოგადი პრაქტიკის გარეშე. ისმის კითხვა, არის თუ არა პირველადი ჯანდაცვა ევროპაში შეღავათიანი (cost-effectitve).

ამ კითხვაზე სრული პასუხის გაცემა შეუძლებელია, რადგანც არ არსებობს საკონტროლო ჯგუფი. თუმცა საავადმყოფოებისა და სპეციალისტების მომსახურება უდაოდ ძვირია. თუ ჯანდაცვის რეფორმამ უნდა გააკეთოს აქცენტი პირველად ჯანდაცვაზე, როგორც ამას მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ლუბიანის დადგენილება უკეთეს რეკომენდაციას, პოლიტიკის გეგმები ნათლად უნდა იქნას არტიკულირებული და ცოდნაზე დაფუძნებული, რათა საბოლოო ჯამში გამოსწორდეს ჯანდაცვის მიწოდების ეფექტურობა.

ვერც ერთი ქვეყანა ვერ გაექცევა კონფლიქტს, მზარდ მოთხოვნებს, ჯანდაცვის ღირებულებებსა და საზოგადოების შესაძლებლობებს შორის. პირველად ჯანდაცვაზე არჩევანის გაკეთება არა მარტო მისი ნაკლებ ფასთანა დაკავშირებული, არამედ მის პოტენციალთან კოორდინირება და ხენმძღვანელობა გაუწიოს, ქრონიკული მდგომარეობებისა (ავადობის), ეკონომიკური და სოციალური უთანასწორობის, მაგნე ზემოქმედებას ჯანდაცვის მდგომარეობაზე.

პარადოქსია, მაგრამ ყველაზე მეტი სამეცნიერო კვლევა პირველადი ჯანდაცვის ეფექტურობის შესახებ ამერიკის ინიაციაციით არის ჩატარებული, მიუხედავად ამისა, რომ ამ ქვეყანაში ფაქტიურად არ არსებობს პირველადი ჯანდაცვა, ხოლო ზოგადი პრაქტიკა საფრთხის ქვეშაა. მაგალითისათვის, ზოგადი პრაქტიკა ამერიკაში განიხილება როგორც საოჯახო მედიცინა, და როგორც „ზოდაგი პრაქტიკა“ ასევე, „ზოდაგი პრაქტიკოსები“ რაც მათი დაბალი სამეცნიერო და სოციალური ფასეულობების გამოხატულებაა, არ ფლობენ **MeSH** ხარისხს.

ამერიკის კომერციული ჯანდაცვის სისტემის სამეცნიერო კვლევების შედეგები, შესაძლოა არ ვრცელდებოდეს ევროპაზე. ექიმებისა და საავადმყოფოების მოთხოვნების შესაბამისი ანაზღაურება სადაზღვეო ორგანიზაციების მიერ, უფრო იოლი მოსაძიებელია აშშ-ში, ვიდრე ევროპაში. ევროპული ჯანდაცვის სისტემების სამეცნიერო კვლევების ნაკლებობა ნიშნავს, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკა, დიდი ძალისხმევის მიუხედავად, შეუმეცნებლად ქმედებს. იმის კითხვა, პიეველადი ჯანდაცვა ითვლება თუ არა ევროპაში „ღვთის მიერ ნაჩუქარ? წყალობად“?

1991 წლის პირველ კვლევაში, რომელიც მოიცავდა 9 ქვეყანას, აქედან შვიდ ევროპის ქვეყანას, (ავსტრალია, კანადა, დანია, ფინეთი, გერმანია (ყოფილი ფედერაციული რესპუბლიკა), ნიდერლანდები, შვედეთი, დიდი ბრიტანეთი და ამერიკა (სადაც ანაზღაურება გაწეული მომსახურების შესაბამისად ხდება, და ქვეყანაში კერძო პრაქტიკის სექტორია), პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკაციებში მჭიდრო კავშირები იქნა აღმოჩენილი, კერძოდ, 12 ქვეყანაში სახელმწიფო

ჯანდაცვის ინდიკატორების კლასიფიკაციებში, სახელმწიფო კმაყოფილებასა და ფასების პროპორციებში, (მოსახლეობის კმაყოფილების მაჩვენებლები თავიანთი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების მიმართ ვარირებენ ამ ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებული ღირებულების შესაბამისად).

2001 წელს, პირველად ჯანდაცვაში ზოგადი პრაქტიკის საქმიანობის ეფექტურობის შეფასებისას აღმოჩნდა რომ :

1) გაიზარდა პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმებზე ხელმისაწვდომობა, რამაც ხელი შეუწყო სახელმწიფო ჯანდაცვის გაუმჯობესებას მრავალი პარამეტრის მიხედვით და სამედიცინო მომსახურების შემცირებას, თავის მხრივ ამ უკანასკნელმა გამოიწვია ფასების შემცირება ჯანდაცვის სისტემაში (უკანასკნელ შემთხვევაში შეამცირა ჯანდაცვის ფასების ზრდის ტემპი);

2) სხვა სპეციალისტებთან შედარებით ზოგად პრაქტიკოსებს მეტი დაავადების დროს შეუძლიათ დახმარების გაწევა, ხშირად ნაკლებ ფასად და იგივე ხარისხით;

3) გზამ, რომლის გავლითაც პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზება მოხდა დიდი გავლენა იქონია შედეგზე და საბოლოო ეფექტი გაიზარდა კომპენსაციის, კაპიტაციის, ჯგუფური პრაქტიკის, პერსონალური უწყვეტობისა და ზოგადი სპეციალისტების წამყვანი როლოს გამო, პირველადი ჯანდაცვაში. სხვაგვარად რომ ვთქვათ ზოგად პრაქტიკოსებს უნარი აქვთ მიაღწიონ იგივე შედეგებს, რასაც აღწევენ სხვა სპეციალისტები, ხშირი ვიზიტებისა და ჩარევის გამო, ისინი წელიწადში საკმაო რაოდენობით პაციენტებს ხვდებიან, ამიტომ შესაძლებლობა აქვთ დააგროვონ საჭირო გამოცდილება და შეინარჩუნონ უკვე შეძენილი უნარ-ჩვევები.

პირველადი ჯანდაცვის ფინანსირებამ, ორგანიზაციამ და მომსახურების მიწოდებამ დიდი გავლენა იქონია სახელმწიფოში არსებულ ჯამრთელობის დონეზე, რადგან ყველა სპეციფიურ-ინდივიდუალური კატეგორია მიზეზია, ნაადრევი სიკვდილიანობისა. ამიტომ პირველადი ჯანდაცვის მიერ ყოველი შემთხვევა აღქმულია და რეაგირებული (მაგ: ასთმა, პნევმონია და კარდიოვასკულარული დაავადებები). 2003 წელს, შეფასებული იქნა, 12 ქვეყანაში (1970 წლიდან 1988 წლამდე პერიოდი), თუ რა გავლენა იქონია პირველადმა ჯანდაცვამ სახელმწიფოში არსებულ ჯამრთელობის მდგომარეობაზე (ეს ქვეყნებია: ავსტრია, ბელგია, კანადა, დანია, ფინეთი, საფრანგეთი, ესპანეთი, შვედეთი, ჰოლანდია, დიდი ბრიტანეთი და აშშ) ეს ქვეყნები არჩეული იქნა ეკონომიკური მსგავსების მიხედვით და შეფასებული იყო დროის ერთიდაიგივე

პერიოდში კვლევამ აჩვენა, ჯანდაცვის სისტემები რომლებიც მკაცრად ორიენტირებული იყვნენ პირველად ჯანდაცვაზე, ახერხებდნენ მომსახურების, ჯამრთელობის მდგომარეობის გამოსწორებას. მაგრამ ყველა ევროპული ქვეყანა არ ორიენტირდება პირველად ჯანდაცვაზე. ამ ქვეყნების (ყველაზე მაღალი პრაქტიკის მაჩვენებელი იყო 20 და ქვეყნები 1995 წელს რანჟირების თვალსაზრისით ამგვარად განლაგდნენ:

- დიდი ბრიტანეთი 19
- დანია 18
- ესპანეთი 16,5
- ნიდერლანდები 15
- იტალია 14
- ფინეთი 14
- ნორვეგია 13
- შვედეთი 11
- პორტუგალია 7
- ბელგია 4
- საბერძნეთი 4
- გერმანია 3
- შვეიცარია 2,5
- საფრანგეთი 2

აშშ-ში მაჩვენებლები უფრო მოგვიანებით პერიოდში იყო 3, რაც არც ისე ცუდია ქვეყნისათვის რომელსაც ძალზე სუსტი პირველადი ჯანდაცვა გააჩნია. ქვეყანას რომელსაც დიდი პოტენციალი აქვს იმისთვის, რომ გააუმჯობესოს და აქედან გამომდინარე საკმაო მოგება მიიღოს, არ გაუკეთებია არაფერი პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურისა და პრაქტიკის გამოსასწორებლად. უნდა აღინიშნოს საფრანგეთის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის 2000 წლის შეფასებით პირველ რანგს მიეკუთვნებოდა. ნათელია, რომ ან მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის **WNR 2000**-ის კრიტერიუმები არ აფასებდა პირველად ჯანდაცვას, ან ქრონიკული დეფიციტის მიერ გამოწვეული შედეგები, არ იქნა შემჩნეული 2004 წლამდე, მანამ ზეწოლის ქვეშ შეიცვალა საფრანგეთის

ჯანდაცვის სისტემა, პირველად ჯანდაცვაზე აქცენტის გაკეთების, ზოგადი პრაქტიკოსებისათვის „გეით ქიფერის“ როლის მინიჭების მმართველობით.

პირველადი ჯანდაცვა ევროპაში არ ითვლება წყალობად, ევროპაში ცოტა ქვეყანას აქვს მძლავრი პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (დანია, ნიდერლანდების, ესპანეთსა და დიდ ბრიტანეთში). მძლავრი პირველადი ჯანდაცვა ასოცირდება დაცვის იგივე ხარისხთან, რაც ქვეყანაში სხვა სპეციალისტებს გააჩნიათ, მოსახლეობის უკეთეს ჯამრთელობის მაჩვენებელთან და ჯანდაცვის სისტემის დაბალ ფასებთან (ან უკანასკნელ შემთხვევაში ჯანდაცვის სისტემის ფასების ზრდის შენელებასთან). მრავალ მდიდარ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვა სიღარიბისა და დაბალი ხარისხის სინონიმად კი არ აღიქმება (მეორე ხარისხოვანი ჯანდაცვის მომსახურება ღარიბებისათვის), არამედ მოსახლეობის საჭიროებაზე მოპასუხე ორგანიზაციადა. ევროპული კვლევების შეფასების მიხედვით ნათლად ჩანს, რომ ეფექტურად ორგანიზებული პირველადი ჯანდაცვის მაგალითები ძალზე ცოტაა, სრულყოფილი მოდელი თითქმის არ არსებობს.

მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ყველა ქვეყანაში არსებობს ჯამრთელობის უნივერსალური დაზღვევა, პირველადი ჯანდაცვის როლი და ორგანიზება მაინც განსაზღვრულია ქვეყნების მიხედვით. ევროგაერთიანებაში ჯამრთელობის დაცვა, კვლავ რჩება უდიდეს ეროვნულ საქმედ. პირველადი ჯანდაცვის არა მარტო სპეციალისტების ქმედებაში არსებობს განსხვავებები, არამედ ქვეყნებს შორისაც, მაგ. მათი სპეციფიური დაფინანსება და რეგულაციის მეთოდები.

როდესაც საქმე ეხება სხვა სექტორებს, და როდესაც აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნები დასავლეთისაკენ იხედებიან, რათა იპოვონ საუკეთესო პირველადი ჯანდაცვის მოდელი, ისინი არცთუ იოლი არჩევანის წინ აღმოჩნდებიან ხოლმე. გადაწყვეტილია, რომ ნებისმიერი მოდელი, რომელიც არ უნდა აირჩიოს ქვეყანამ, უნდა იყოს პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული, მოიცავდეს ზოგად პრაქტიკოსების მეტ-ნაკლებად წამყვან როლს, და ჰოსპიტალური სექტორის მომსახურების პარალელურ შემცირებას.

ევროპის სხვა და სხვა ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის სისტემების შესაბამისად, ინფორმაციის მოძიება გასაოცრად რთულია, ერთერთი საუკეთესო მონაცემთა ბაზის ინფორმაცია „**OECD Health data 2003**” (ეკონომიკური კოოპერაციისა და განვითარების ორგანიზაცია) ძირითადად ეყრდნობა 2001 წლის მონაცემებს და ფოკუსირდება დანახარჯებზე და არა შედეგებზე. საერთაშორისო კვლევები დანახარჯების შესახებ მრავლადაა, მაგრამ კვლევები ეფექტურობისა და

მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების შესახებ, მწირი და უსუსურია, მონაცემების სიმცირის გამო. **OECD** -ს 2003 მონაცემების მიხედვით:

- ჯანდაცვის სპეციალისტების რაოდენობა 1000 მოსახლეზე ვარირებს ფინეთის-46,9-დან პორტუგალიის-13,3-მდე. (მათ შორის არიან: დიდი ბრიტანეთი 32,1, საფრანგეთი 30,9, გერმანია 30,4, ნიდერლანდები 28 და ესპანეთი 17,1)
- ზოგადი პრაქტიკოსების რაოდენობა ვარირებს ფინეთი -1,7-დან შვეიცარიის-0,5-მდე (მათ შორის არიან: საფრანგეთი-1,6. ავსტრია-1,4, გერმანია-1,1, დიდი ბრიტანეთი-0,6, ნიდერლანდები და პორტუგალია-0,5).
- ექთანთა რაოდენობა ვარირებს ფინეთი-14,9-დან; პორტუგალია 3,8-მდე (მათ შორის არიან: ირლანდია-14,8; ნიდერლანდები-12,8; გერმანია-9,7; დიდი ბრიტანეთი 9);

ვეროგაერთიანების ქვეყნებში ზოგადი პრაქტიკოსები უმცირესობაში არიან მოქმედ ექიმთა შორის, მათი რაოდენობა ბოლო ხანებში უმნიშვნელოდ გაიზარდა, მაგრამ მხოლოდ მოსახლეობის რაოდენობის ზრდის შესაბამისად. არსებული მონაცემები საშუალებას გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ საერთო ჯამში არსებულმა მედ-პერსონალმა შესაძლოა ვერ დააკმაყოფილოს ჯანდაცვის მოწოდების, მზარდი, სპეციფიუ-ტექნიკური მოთხოვნები. პირველ რიგში ეს ეხებათ ექთნებს, მათი პროპორციები საკმაოდ სუსტად იცვლება.

ვეროპის ჯანდაცვის ბირთვად შეიძლება ჩაითვალოს შემდეგი: ა) ზოგადი პრაქტიკოსები, ბ) ექთნები, გ) ფარმაცევტები, დ) ხემძღვანელები, ე) დამხმარე პერსონალი და ვ) სხვა სპეციალისტები. ამგვარ პროფესიებს როგორც წესი ეფექტური მუშაობისათვის ესაჭიროებათ შეთანხმებული მაკოორდინებელი ქმედებები, რეპუტაციის გაზრდა და გაზიარებულ ფასეულობათა სისტემა (დეონტოლოგია).

WONCA -ს ლექსიკონის მიხედვით ზოგადი საოჯახო პრაქტიკა, ზოგადი პრაქტიკოსი (ოჯახის ექიმი) ექიმი სპეციალისტია მომზადებული ტრადიციული ან კლასიკური დისციპლინების პრინციპების თანახმად, პირადი ექიმი ვალდებულია პირველადი ამომწურავი დახმარება აღმოუჩინოს პაციენტს (ზრუნვის მაძიებელს), სქესის, ასაკისა და ავადმყოფობის ხარისხისა და სახეობის მიუხედავად. „ზრუნვის მაძიებელი“ ეს ტერმინი შემოტანილია ორსელის ნიმუშის მიხედვით ზოგადი პრაქტიკოსები ზრუნავენ ინდივიდზე, მათი ოჯახის, საზოგადოებისა და კულტურის გათვალისწინებით. ასევე პაციენტის დამოუკიდებლობისადმი დიდი პატივისცემის გამოხატულებით. ისინი აცნობიერებენ პროფესიულ პასუხისმგებლობას

საზოგადოების მიმართ. ზოგადი პრაქტიკოსები ანხორციელებენ თავიანთ პროფესიონალურ საქმიანობას ჯამრთელობის ხელშეწყობით, დაავადებათა პრევენციით, მედიკამენტების უზრუნველყოფით, ზრუნვითა და დაავადების შემსუბუქებით.

ზოგად პრაქტიკოსებს აქვთ უნარი მიიღონ, პაციენტის პრობლემის ადეკვატური, პერსონალური და სწორი გადაწყვეტილებები და აღსანიშნავია, რომ პრობლემის 90%-ზე მეტი მოცულია ზოგადი პრაქტიკოსების მიერ. ზოგადი პრაქტიკოსებისა და სპეციალისტების საქმიანობა დამატებით გონებრივ ასპექტსაც მოიცავს. ეპიდემიოლოგიური კონცეფციის გამოყენებით, ზოგადი პრაქტიკოსები ბევრ ნეგატიურ წინასწარ განჭვრეტებს ანხორციელებენ (მათ კარგად იციან ვინ არი ჯანმრთელი), სპეციალისტები კი ბევრ პოზიტიურ წინასწარ განჭვრეტებს (მათ კარგად იციან ვინ არის ავად, როდესაც მოსახლეობასთან მუშაობენ, სადაც დაავადების დიდი პრევალენტურობაა). ჯანდაცვის მომსახურების ორგანიზების მახასიათებელს (იმისათვის რომ გაიზარდოს ეფექტურობა და სამედიცინო დაცვის ხარისხი) ზოგადი პრაქტიკოსები იყენებენ „ბარიერად“, რათა არ დაუშვან ჯამრთელი ხალხის არასაჭირო ვიზიტები სპეციალისტებთან და გადაუგზავნონ სპეციალისტებს დაავადებათა მაღალი პრევალენტურობა „გაფილტრული“ მოსახლეობა. სპეციალისტების დიაგნოსტიკური საქმიანობა მოიცავს ეჭვების შემცირებას, ალბათობების შესწავლასა და შეცდომების აღნუსხვას. ზოგადი პრაქტიკოსების დიაგნოსტიკური საქმიანობები კი მოიცავს ეჭვების დაშვებას, შესაძლებლობების შესწავლასა და საშიშროების აღნუსხვას. პირველად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, მხოლოდ საჭირო ცოდნისა და გამოცდილების მქნე ზოგადი პრაქტიკოსი, რომელიც პასუხს გასცემს მოთხოვნების 95% და საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტის დაახლოებით 6% გადაუგზავნის სპეციალისტებს, იშვიათი პათოლოგიებისა და დაწვრილებითი დიაგნოსტიკების საჭიროების შემთხვევაში, ან თერაპიული პროცედურების ჩასატარებლად.

2003 წელს, ევროპაში ანალიზისას დიდი განსხვავებები აღმოჩნდა პოსტ-სოციალისტურ ქვეყნებსა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნების ზოგადი პრაქტიკოსების ვალდებულებებს შორის. დასავლეთის ქვეყნების ზოგადი პრაქტიკოსების მომსახურება მეტად ყოვლის მომცველია, მათ აქვთ პაციენტთან პირველი კონტაქტისა და მედიკამენტურ-თერაპიული პროცედურებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობა. ყველა ქვეყანაში აღინიშნება გაბნეულობები ქალაქსა და სოფლს შორის, სოფლად მოსახლეობის სპექტრი გაცილებით

ფართოა. ქვეყნებში სადაც ზოგადი პრაქტიკოსები თვითდაქირავებულები არიან, სამუშაო საათები (კვირაში) უფრო ხანგრძლივია (მაგ. ავსტრიაში, დანიაში, საფრანგეთში, გერმანიაში, ირლანდიაში, იტალიაში, ნიდერლანდებში, დიდ ბრიტანეთსა და სხვა ქვეყნებში). პედიატრებს ზოგადი პრაქტიკოსების ფუნქციები გააჩნიათ ისეთ ქვეყნებში როგორცაა იტალია და ესპანეთი, აქ ისინი სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემაში მუშაობისას ზრუნავენ 14 წლამდე ასაკის მოსახლეობაზე.

პირველადი ჯანდაცვის ექთნების საქმიანობა და მოვალეობები საკმაოდ მრავლის მომცველია. ერთი მხრივ „პრაქტიკოსი ექთანები“ განსწავლულნი არიან რომ ომიქმედონ როგორც პრაქტიკოსებმა, თავიანთი წესებით, აწარმოონ მრავალი ექიმის ფუნქციებში შემავალი საქმიანობა (დანიშნულების გაცემაც კი), როგორც ეს ესპანეთში, შვედეთსა და დიდ ბრიტანეთში ხდება. დამხმარე ექთნები ევროპაში ძირითადად სრულად ტრენირებულ ექთნებს ეხმარებიან ტექნიკურ სამუშაოების შესრულებისას, მაგ. პაციენტების ბინაზე, მწოლიარე მდგომარეობაში მოვლისას და სხვა მანიპულაციების ჩატარებისას. მაგრამ როგორც ექთნის როლი შეიცვალა ექიმთან დამოკიდებულებით, ასევე დამხმარე ექთნის როლი შეიცვალა ექთანთან მიმართებაში (ორივეს ფუნქციები გაიზარდა).

ექთნები ჯანდაცვის ჯგუფის წევრები არიან (სახელმწიფო ჯანდაცვის ცენტრებში) ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა ფინეთი, პორტუგალია, ესპანეთი და შვედეთი. ექთნების ჩარევა პრევენციის საკითხებში, ევროპისათვის ჩვეულებრივი პრაქტიკაა. ამ პროცესში ისინი ჯანმრთელი ვიზიტორებისაგან სახელმწიფო ჯანდაცვის ექთნების ფუნქციას ასრულებენ, ამგვარად ხდება დანიაში, დიდ ბრიტანეთსა და იტალიაში.

ბებია ქალებს ნათლად განსაზღვრული როლი აქვთ, რომელიც შობადობის პროცესებთანაა დაკავშირებული. თუმცა მათი ფუნქციები თანდათანობით დაემსგავსა ანტე და პოსტნატალურ დაცვას და პატრონაჟის უზრუნველყოფას (მაგ. ნიდერლანდებში დღემდე ბინაზე მშობიარობა ჩვეულებრივი პრაქტიკაა ამიტომ პაციენტთა უმრავლესობას ბებია ქალი სახლში აკითხავს. სკანდინავიის ქვეყნებში, საფრანგეთსა და იტალიაში საზოგადო ექთნებისა და უბნის ექთნების პრაქტიკაა დანერგილი. ისინი ახორციელებენ ზრუნვას ახლომახლო კლინიკებში ან ბინაზე.

პირველადი ჯანდაცვის ფარმაცევტული პრაქტიკა უმეტეს შემთხვევაში შედგება საზოგადოებრივი ფარმაკოლოგიისა და ჯანდაცვის ცენტრებისგან (როგორც ეს შვედეთშია). პირველადი ჯანდაცვის ფარმაცევტებმა გადაინეცველეს, ექიმების მიერ დანიშნული წამლების უბრალო მომწოდებლობიდან ფარმაცევტული დაცვის

მოწოდებისაკენ, ფარმაცევტული დაცვა მოიცავს შედეგებზე ორიენტირებულ პრაქტიკას. სამომავლოდ ფარმაცევტების მიერ განიხილება ოთხი ძირითადი საკითხი, ესენია: 1) დანიშნული მედიკამენტების მენეჯმენტი, 2) ხანგრძლივი მდგომარეობების მენეჯმენტი, 3) ავადმყოფთა მენეჯმენტი, 4) ცხოვრების ჯანსაღი წესის მხარდაჭერა და ამაღლება. ფარმაცევტული დაცვა გაცილებით ძლიერია ნიდერლანდებში, ესპანეთსა და დიდ ბრიტანეთში ვიდრე დანარჩენ ევროპაში.

პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერები პროფესიონალები არიან რომლებიც ხელმძღვანელობენ და ახორციელებენ პირველად ჯანდაცვის ორგანიზებას. მენეჯერები უმეტესად ექიმები არიან, (მაგ. ესპანეთში) ან ბიზნესის წარმომადგენლები როგორც დიდ ბრიტანეთში.

მენეჯერები შეიძლება იყვნენ ფინანსების, მარკეტინგისა და ადამიანური რესურსების სპეციალისტები, მაგრამ უმეტესად მაინც ზოგადი ექიმები არიან. მენეჯერები უპირველეს ყოვლისა ფიქრობენ ორგანიზაციასა და საქმეზე და აქედან გამომდინარე უხდებთ ზრუნვა: ხელმძღვანელობაზე, სტრატეგიულობაზე, სისტემაზე, მოლაპარაკებაზე, გუნდურ მუშაობაზე, ორგანიზაციის ეკონომიკურ და ფინანსურ განვითარებაზე. მენეჯერებს შეუძლიათ თავიანთ დაგეგმვაში ჩართონ ფარმაცევტების ჯგუფი, რომლებიც ხელს უწყობენ მედიკამენტების რაციონალურ ხარჯვას პირველად ჯანდაცვაში. პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტი განვითარების ადრეულ სტადიაზე იწყობა.

ადმინისტრაციული, მიმღებისა და სხვა კადრები ძალზე მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის ყოველდღიურ საქმიანობაში. რამეთუ ისინი ასრულებენ მნიშვნელოვან ფუნქციას, ჯანდაცვის პროცესში. სხვა სპეციალისტები მაგ. დანტისტები, სოციალური მუშაკები, ფიზიო თერაპევტები და პროფესიონალი თერაპევტები, შესაძლოა იყვნენ პირველადი ჯანდაცვის წევრები, როგორც ეს არის ესპანეთსა და შვედეთში.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფების წევრები მუდმივი ზეწოლის ქვეშ იმყოფებიან, რათა მოირგონ თავიანთი დაცვის მოწოდების ახალი როლი და ფუნქციები. ახალი როლი გულისხმობს პასუხისმგებლობის ხელახალ განსაზღვრებას. მოცემულია სამი ტიპის ფუნქცია, რომელიც პასუხისმგებლობის ახალი განსაზღვრების ქვეშ გულისხმობს:

1) შემავსებელი ფუნქციები (სხვა სპეციალისტების ეფექტურობის გაზრდა, უფრო კომპეტენტრი სპეციალისტების ზედამხედველობის ქვეშ, ახალი დავალებების შესრულების საშუალებით),

2) ჩანაცვლებითი ფუნქციები (იმ მომსახურების მიწოდება, რომელიც ძირითადად სხვა სპეციალისტების მიერ შეიძლება იყოს მიწოდებული),

3) დამატებითი ფუნქციები (იმ საქმიანობის შესრულება რასაც სხვა სპეციალისტები არასოდეს არ აკეთებენ, ან აკეთებენ ცუდად ან ყოველგვარი ენთუზიაზმის გარეშე).

დღემდე პირველად ჯანდაცვაში ექთნები ნაკლებად იყვნენ ტრენირებულები, კისრულობდნენ ნაკლებ პასუხისმგებლობებს, და ქმედებდნენ ნაკლები დამაჯერებლობით, (შედევად იღებდნენ ნაკლებ ანაზღაურებას) ვიდრე ექიმები. ექთნების პრაქტიკის სარგებლობიანობის გაზრდა, პაციენტთა კმაყოფილების დონე, დაბალნისიერებული და საჭირო ინსტიტუტის შემდეგი განვითარების შედეგია. საკმაოდ ღარიბი ურთიერთ დამოკიდებულებებია საზოგადოებრივ ექთნებსა (უბნის ექთნები, ჯანმრთელ ვიზიტორთა ექთნები) და ზოგად პრაქტიკოსებს შორის, ამგვარი დამოკიდებულებები აღინიშნება ირლანდიაში, იტალიასა და დიდ ბრიტანეთში.

დამხმარე მედპერსონალი ძირითადად ექთნებს კი არ ეხმარებიან არამედ იღებენ გააწყვეტილებებს, თუ ვის ჭირდება იგი და რა შეუძლია გააკეთოს საკუთარი ძალებით.

როგორც ცნობილია მენეჯმენტის თეორიიდან, გუნდი არის იმ ხალხთა ჯგუფი, რომლებიც ერთად მუშაობენ საზოგადო მიზნებისათვის. მეოცე საუკუნის დასაწყისში პირველად ჯანდაცვას ახასიათებდა სოლო პრაქტიკა. ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისში სოლო პრაქტიკა კვლავ არის შენარჩუნებული იმ ქვეყნებში სადაც ზოგადი პრაქტიკოსები თვით-დაქირავებულები არიან, მაგ. (ავსტრიაში, დანიაში, საფრანგეთში, საბერძნეთში ქალაქად, გერმანიაში, ირლანდიაში, იტალიაში, ნიდერლანდებსა და სხვა ქვეყნებში) მაგრამ ზოგადი პრაქტიკოსები სულ უფრო და უფრო მეტად უნაწილებენ სხვებს თავიანთ პრაქტიკასა და აპარატურას (დიდ ბრიტანეთში დანერგილია ჯგუფური პრაქტიკა) ან მუშაობენ როგორც სახელმწიფო დაქირავებულები ჯანდაცვის ცენტრებში, რომელთა მფლობელები სახელმწიფო სადაზღვეო ფონდები ან მთავრობაა (მაგ. საბერძნეთში სოფლად, ფინეთში, პორტუგალიაში, ესპანეთში, შვედეთსა და სხვა ქვეყნებში).

კვლევებმა აჩვენეს რომ გუნდის მუშაობა არც იმდენად სასიამოვნია როდესაც იგი 12 კაცზე მეტს მოიცავს. ყველა გუნდი არის ჯგუფი, მაგრამ ყველა ჯგუფი არ არის გუნდი. სპეციალისტებს შორის კოლაბორაციის მიღწევა ძალიან რთულია მხოლოდ იერარქიული მექანიზმების საშუალებებით. კოლაბორაციის გარეშე

პროფილური დაავადებების გაფართოვება, მხოლოდ დეკრეტების საშუალებით არი არის იოლი განსახორციელებელი.

ცოტაა რამ არის ცნობილი პირველად ჯანდაცვაში გუნდარ მუშაობაზე დაფუძნებული მეცნიერების და ხარჯთეფექტურობის შესახებ. გუნდის წევრებს სჭირდებათ, რომ მეტად იყვნენ გათვითცნობიერებული მენეჯმენტის საკითხებში, როგორც თავიანთი უფლებების და ეფექტურობის კრიტერიუმების მომცველ სპეციალობაში, რათა ყოველივე იყოს განვითარებული და შესწავლილი.

ევროპის პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკაში მოქმედი პირების სოციალური კატეგორიები უცვლელი რჩება, კერძოდ:

- 1) პაციენტები, (ან მათი ოჯახები და ასოციაციები) მომსახურების მომხმარებლები და მოსახლეობა (საზოგადოება ფართო გაგებით);
- 2) მომსახურების მომწოდებლები და დაწესებულებები, როგორცაა ჯანდაცვის ცენტრები და საავადმყოფოები (ზოგი პირდაპირ ამყარებს კონტაქტს პაციენტებთან, ზოგს ხელი მიუწვდება პირველი კონტაქტის მომწოდებელთან და სხვებთან, მაგ. მომავალ მომწოდებლებთან) და მათი ასოციაციები;
- 3) სასწავლო და სამედიცინო დაწესებულებები;
- 4) ჯანდაცვის ინდუსტრია (კონსულტაციების, ფარმაცევტული და ტექნოლოგიური ინდუსტრია);
- 5) ჯანდაცვის ფინანსისტები და დამზღვევები;
- 6) მთავრობის წარმომადგენლები (საერთაშორისო, ეროვნული, რეგიონალური და ადგილობრივი).

არაფორმალური ძალაუფლება, მთავარი მოქმედი პირების ხელშია: მთავრობის, დამზღვევებისა და სპეციალისტების. არაფორმალური ძალაუფლების ძირითადი წყაროა:

- 1) საკუთრება და ფინანსური რესურსები;
- 2) ცოდნისა და ინფორმაციული რესურსები;
- 3) სოციალური და პოლიტიკური მხარდაჭერა.

ასევე ხელისუფლების ხელშია მოქცეული ფორმალური ძალებიც. ევროპაში, პირველადი ჯანდაცვის სისტემების განსხვავებები არ არის დამოკიდებული მოქმედი პირების ტიპებზე, მაგრამ ისინი მოქმედებენ ერთმანეთზე. მოქმედ პირთა კოლექტივებს გააჩნიათ არაფორმალური პოლიტიკის ძალა და შეუძლიათ განახორციელონ ზემოქმედება პოლიტიკურ პროცესებზე (მაგ. კერძო სტრუქტურების ლობირება) და ასევე შეუძლიათ ფორმალურად იმოქმედონ

კონკრეტულ შემთხვევებში (მაგ. გააერთიანონ ექიმებისა და დამზღვევების გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი) შედეგად, პოლიტიკის ცვლილებებმა შესაძლოა მოახდინოს:

1) კანონების ურთიერთქმედებების მოდიფიცირება (მთავრობის მიერ სხვა მოქმედ პირზე დაკისრებული საგარეო კანონების);

2) რესურსების განთავსება და ხელახალი გადაწყვეტილების შემუშავება.

მოქმედ პირთა შორის დინამიურ ურთიერთქმედებებს კავშირი აქვს:

ა) მოსახლეობის და პაციენტებისათვის მომსახურების მიწოდებასთან;

ბ) თითოეული დონის მომწოდებელთან გადაადგილებასა და გადაგზავნებთან;

გ) პაციენტების მიერ დამზღვევების პრემიებისა და გადასახადების გადახდასთან;

დ) მომწოდებლების გადახდის გზებთან;

ე) სამეცნიერო და პოლიტიკურ განათლებასთან (მაგ. მოხსენებები და გაიდლაინები);

ვ) მთავრობის რეგულაციასთან.

ძალზე ცოტაა ცნობილი პირველადი ჯანდაცვის წესების ურთიერთქმედებების შესახებ. ქვეყნისა და ეროვნებათაშორისი ურთიერთობების, სხვადასხვა დონეზე, წარმატებები, შეიძლება გავზომოთ მიღწეული შედეგების საშუალებით, როგორცაა ჯანდაცვის სისტემის ხარჯები და ჯანმრთელობის მდგომარეობის სრულყოფის გამოსავლები.

ევროპის სახელმწიფოების ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზნების (რომ ყველას აუცილებლად ექნებოდა ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვის დანახარჯები ერთნაირი იქნებოდა მომხმარებლის ნებისმიერი შემოსავლის მიუხედავად) სისრულეში მოყვანა, ძალზე რთული აღმოჩნდა. წარმოდგენილი ექსპერიმენტების გამო მთავრობას კვლავ შეხვდა წინააღმდეგობები, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ ჯანდაცვაზე მოთხოვნა გასაოცრად, უმოწყალოდ გაიზარდა და ჯანდაცვის მიწოდება ან შეთავაზება კიდევ უფრო ამწვავებს არსებულ პრობლემებს. ყველაზე ცუდი ის არის რომ მოთხოვნა არ არის საჭიროების შესაბამისი. ასევე ცუდია, რომ ორგანიზაციებმა თავიანთი არსებობა რეალობაში, არ დაიწყეს სუფთა ფურცლიდან, რაც საუკეთესო არჩევანი იქნებოდა. ჯანდაცვის სისტემა არ არის ადვილი შესაცვლელი, იგი მხოლოდ ვითარდება გარკვეული ჩარჩოს ფარგლებში, რომელიც მას შთამომავლობით გადმოეცა. ხშირად ორგანიზაციები ძველი პრობლემების, ინსტიტუციონალური შთამომავლობის,

მემორიალს წარმოადგენენ, ამიტომ მათ დღევანდებლობაზე ასახულია ისტორიული პროცესები და ხშირად პრობლემები სწორედ იქიდან იღებს სათავეს.

ისტორიულად, დომინანტური დაინტერესებული ჯგუფი მოიცავდა მონოპოლისტ სპეციალისტებსა და ექიმებს, ვისი ჩართულობაც ხსნის და აძლიერებს ავადობაზე დაფუძნებული, შემოთავაზებული მოდელის დომინირებას. შედარებულად თუ განვიხილავთ ექთნების მაგალითს, მათი ავადობისა და ჯანმრთელობის განმსაზღვრელები, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მომსახურების მოწოდების დომინირებას ეფუძნება. ფაქტია, რომ მოქმედ პირებს, უკეთესი რეპუტაციით (საავადუყოფოები-ჯანდაცვის ცენტრების წინააღმდეგ, ვიწრო სპეციალობის ექიმები-ზოგადი პრაქტიკოსების წინააღმდეგ) და ორგანიზებული ინტერესებით (მაგ. სპეციალისტები რომელთაც მხარს უჭერენ ფარმაცევტები და ტექნოლოგიური ინდუსტრია) მეტი არაფორმალური ძალაუფლება გააჩნიათ რომელსაც ყოველთვის არ მოაქვს ეფექტური მაკოორდინებელი გადაწყვეტილებები. დინამიური, პოლიტიკური პროცესების დასასრული, ჯანდაცვის მომსახურების სტრუქტურითა და ფუნქციებით, რომელიც ასახავს თუ როგორ არის კანონი დაფუძნებული და მოდიფიცირებული და როგორ არის რესურსები განთავსებული და გადანაწილებული პოლიტიკის შექმნა ყოველთვის იყო დინამიური პროცესი, მას არ აქვს დასასრული და ფორმალური და არაფორმალური ძალაუფლების ცვლილებები, (უნდა მოხდეს ცვლილებები რესურსების გადანაწილებისა და სოციალური და პოლიტიკური მხარდაჭერის თვალსაზრისით) რეფორმის მიზნებმა უფლება უნდა მისცეს პირველად ჯანდაცვას:

- 1) გაზარდოს ზოგადი პრაქტიკოსების ძალაუფლება თავიანთი დონის და სტატუსის ფარგლებში (მაკოორდინებელი რეფორმა, რომელიც წარმოადგენს „გეით ქიფერობას“ და მყიდველობით კანონებს);
- 2) ზოგადი პრაქტიკოსებისა (მომსახურების პაკეტის) და სხვა პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლების პროფილის გაფართოება;
- 3) მოახდინოს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული რესურსების ცვლილებებისა და სისტემის კონტროლის სტიმულირება (რომელიც აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის მთავარი როლის გასაძლიერებლად).

ზოგადი პრაქტიკა კაგრგად ცნობილი სამედიცინო სპეციალობაა ევროპაში უნივერსიტეტის შემდგომი სავალდებულო სწავლებით (ევროგაერთიანების ქვეყნებში), რომელიც გრძელდება 3 წლიდან (ესპანეთში), 6 წლამდე (ფინეთში). მაგრამ ნათელია, რომ პირველადი ჯანდაცვის პოზიცია ზოგ ქვეყანაში უფრო

მძლავრია, ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის ძალა დამოკიდებულია მის წევრებსა და მათ ურთიერთქმედებაზე. ზოგ ქვეყანაში არსებობს ნეგატიური რგოლი, დაბალი სოციალური პატივისცემის, ღარიბი განათლებისა, დაბალი საკუთარი პატივისცემისა, დაბალი ხელფასისა, მწირი კვლევებისა და რთული ურთიერთობების სპეციალისტებსა და საავადმყოფოზე დაფუძნებულ მედიცინას შორის . ქვეყნებს, რომელმაც დაამსხვრიეს ეს რგოლი, ისეთებმა როგორცაა დანია, ნიდერლანდები და დიდი ბრიტანეთი (და შეიძლება ესპანეთიც ჩაითვალოს მათ როცხვში) მძლავრი პროფესიონალური ორგანიზაციები აქვს, რომლებმაც თავიანთი გზა გაიკვლიეს უნივერსიტეტებში და ბოლოს მიაღწიეს უნივერსიტეტის შემდგომ სასწავლო კურსებს, რომელიც თავის მხრივ გახდა ზოგადი პრაქტიკოსების პროფესიის დამკანონებელი (რა დრომდეც ევროგაერთიანება გამოაქვეყნებდა შესაბამის კანონმდებლობას) .შესაძლოა ყველაზე საინტერესო შემთხვევა ნიდერლანდების იყოს, მისი წარმატება უკავშირდება ბელგიას, საფრანგეთსა და გერმანიას, ასევე მდიდარ ქვეყნებს, რომელთა ბისმარკის ჯანდაცვის სისტემის მოდელი აქვთ (სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია პროპორციული პრემიებიდან და განკუთვნილია ჯანდაცვის სისტემისათვის) ზოგადად რომ ვთქვათ, იმ ქვეყნების მთავრობა, სადაც ბისმარკის სისტემაა უფრო მეტად რეაქტიულ როლს ასრულებს ორ სხვა ძირითად მოქმედ პირთნ ერთად (სპეციალისტები და დამზღვევები), რომელიც დომინირებს პოლიტიკის პროცესზე . ფაქტიურად, მთავრობას გამოყოფილი აქვს მისი ფორმალური ძალაუფლება დაავადებათა ფონდებისათვის (სახელმწიფო დაზღვევა). ამ ქვეყნებში ორგანიზაციული ქსელი მიჰყვება ნეო-კორპორაციულ სქემას, რომელიც დაფუძნებულია, სახელმწიფო დაზღვევებისა და სპეციალისტების გადაწყვეტილებების მიღების დაკავშირებაზე (აქედან სპეციალისტებს წაყვანი როლი აქვთ), მაშინ როცა მათ სუსტი (ნიდერლანდების გამოკლებით) ზოგადი პრაქტიკა.

ზოგადი პრაქტიკის სტატუსი უფრო მაღალია იმ ქვეყნებში, სადაც ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურებაა წარმოდგენილია ბევრიჯის სისტემით, როგორებიც არიან დანია, ესპანეთი და დიდი ბრიტანეთი. ევროპული ჯანდაცვის მომსახურების ფონდირება ხდება გადასახადების აკრეფის საშუალებით და ამ დროს სახელმწიფოს მიერ მოწოდებული მომსახურება უფრო ფართოა, მაგრამ ზოგადი პრაქტიკოსები შესაძლოა მუშაობდნენ კერძო პრაქტიკითაც, როგორც ეს დანიაში და დიდ ბრიტანეთში ხდება. ამ ქვეყნებში სახელმწიფო ხელისუფლებას

ფორმალური პოლიტიკის ერთპიროვნული ძალაუფლება გააჩნიათ და ისინი მოქმედების მომხრენი არიან, აკანონებენ ჩარევების გეგმებს, გარეკანონების და რესურსების გათვალისწინებისა და განვითარების საშუალებით. დამზღვევები არანაირ როლს არ ასრულებენ (ფინანსირება სახელმწიფოსია, თუმცა კერძო დაზღვევა მომგებიანი ბიზნესია) და სპეციალისტები ძალაუფლებიანი მოქმედი პირები არიან. ამ კუთხით ესპანეთის მაგალითი საკმაოდ საინტერესოა, არის რა ბევრიჯის სისტემის მქონე ქვეყანა, მხოლოდ 1980 წლიდან, მან მიაღწია მნიშვნელოვან წარმატებას ხმელთაშუა ზღვის სხვა ქვეყნებთან მაგ. საბერძნეთთან და პორტუგალიასთან შედარებით.

ზოგადი პრაქტიკა მყარად არის დაფუძნებული ზემოთ ნახსენები, ოთხი ევროპის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში, მას დახმარება გაუწია დამცავმა საზომებმა:

- 1) სპეციალისტების დაცვაზე ხელმისაწვდომობის ლიმიტირება და ზოგადი პრაქტიკოსებით უზრუნველყოფა, რომელთაც „გეით ქიფერის“ როლი გააჩნიათ (გარე კანონი შემოღებული მთავრობის მიერ);
- 2) საკმაო ფინანსური და მატერიალური რესურსების განთავსება. (ჯანდაცვის ცენტრების კერძო საკუთრებისაც კი დანიაში, ნიდერლანდებსა და დიდ ბრიტანეთში).

ჰოლანდიაში, მეოცე საუკუნის დასაწყისში ზოგადი პრაქტიკოსების პოზიცია საკმაოდ რთული იყო. ისინი იერარქიულად ყველაზე დაბლა იმყოფებოდნენ და საერთო სამედიცინო საქმეს ძალზე მცირედ მხარდაჭერას უწევდნენ, ის გაერთიანებებიც კი რომლებიც გასცემდნენ სამუშაოდან განთავისუფლების ნებართვას. მეორე მსოფლიო ომის სიტუაციას ართულებდა ორი ფაქტორი:

- 1) 1942 წლის მთავრობამ გადაწყვიტა წარედგინა ახალი დაავადებათა ფონდის სისტემა, რომელიც უკვე იყო ცნობილი ომამდე. შედეგად მოსახლეობის 70% (ის ვინც, ხელფასის საშუალებით შეზღუდულ შემოსავალს გამოიმუშავებდა) სავალდებულო სისტემის წევრი გახდა და ყველას სურდა მოხვედრილიყო ზოგადი პრაქტიკოსების პაციენტთა სიებში, რომელთაც „გეით ქიფერის“, როლიც ჰქონდათ. მანამდე, ცოტა ხანში, ყოველგვარი ფინანსური ბარიერების გარეშე, საყოველთაო სამედიცინო მომსახურებამ აიწია უფრო მაღალ დონეზე.
- 2) ფაქტორი რომელმაც იმოქმედა ზოგადი პრაქტიკოსების პოზიციაზე იყო სპეციალისტების მომსახურეობის სწრაფი განვითარება. რაც სამეცნიერო და ტექნიკური პროგრესის ბრალი იყო, მაგრამ ჰოლანდიაში დაავადებათა ფონდების

სისტემა ჰოსპიტალურ მედიცინას წარმართავდა არასწორი მიმართულებით, რამეთუ სპეციალისტების დაცვის ფასები არ იყო ლიმიტირებული. სპეციალისტების ანაზღაურება იყო მომსახურების შესაბამისი, მაშინ როცა ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურება იყო კაპიტაციის მეთოდით გამოთვლილი.

დაძაბულობა, რომელიც შეიქმნა, გამოწვეული იყო, ზოგადი პრაქტიკოსების დამატებითი ფუნქციის გამო, რაც სპეციალისტებთან პაციენტების გადაგზავნაში გამოიხატებოდა, ისინი თავის მხრივ დიდი სიამოვნებით იღებდნენ პაციენტებს, რადგან მომსახურებისათვის მათ ჰონორარი ეხდებოდათ. უნივერსიტეტებში სტუდენტთა მიღება არ იყო ლიმიტირებული. მრავალ ექიმს სურდა გამხდარიყო სპეციალისტი, და სპეციალიზაციაზე თითქმის არ არსებობდა შეზღუდვები. 1956 წელს გაიხსნა პოლანდიის ზოგად პრაქტიკოსთა კოლეჯი, და 1965 წელს ზოგად პრაქტიკოსთა ეროვნული ინსტიტუტი. ზოგადი პრაქტიკოსების პირველი კათედრა დაარსდა 1966 წელს **Utrecht**-ის უნივერსიტეტში. ამავე წელს მათი ანაზღაურება გაიზარდა 50%-ით, ეს მოხდა პროფკავშირებისა (ზოგადი პრაქტიკოსების ეროვნული ასოციაცია) და პროფესიონალთა ასოციაციის, მთავრობასთან ხანგრძლივი კონფლიქტის შემდეგ, მთავრობამ გამოაქვეყნა („**White Paper**“) ოფიციალური განაცხადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების შესახებ, სადაც ზოგად პრაქტიკოსებს მნიშვნელოვანი როლი მიენიჭა.

პოლანდიის ზოგადი პრაქტიკოსების შემდგომი განვითარება, ძალზე ნელა მიმდინარეობდა და სრული ტრანსფორმირებისა და განვითარებისათვის მას ორი ათწლეული დასჭირდა. პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტალური დაცვის საზღვრების გადაკვეთის მომენტები ძალზედ რთული აღმოჩნდა. ამ მომსახურების გაერთიანება ჯანდაცვის პოლიტიკის საქმე იყო პოლანდიაში, 1990 წლიდან უკვე ნახსენები „ტრანსმუნალური დაცვა“ **Biesheuvel**-ის მოხსენების შემდგომ აღმოცენდა. ზოგადი პრაქტიკოსებისათვის ნავარაუდები დამატებითი ჰონორარი, დამატებითი სამუშაოსათვის, არასოდეს განხორციელებულა, 2004 წლის „ტრანსმუნალური დაცვა“ კვლევითი მოქმედებები და ყოველდღიური რეალობაა, რომელიც მოიცავს უფრო მეტ ჰოსპიტალურ და ბინაზე დაცვის მიწოდებას, ვიდრე ზოგადი პრაქტიკა. მთავრობას ჯანდაცვაზე ძირითადი პასუხისმგებლობები აწევს, მართვა განპირობებულია სახელმწიფოებრივად ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემებით, რომელიც განსაზღვრულია და ემყარება მოცვისა და მომსახურების გაფართოების გზებს, სოციალურ სამართლიანობისა და მორალურ ვალდებულებებზე დაყრდნობით.

მთავრობის მიერ წარმოებული, ჯანდაცვის სისტემის მოცვის მიმართულებები შესაძლოა მრავალფეროვანი იყოს. ორი უკიდურესი სტრატეგია, განვითარების თითქმის ერთი და იგივე სტადიაზეა, საყოველთაო ფონდირება და სახელმწიფოებრივი მომარაგება (სსრკ) და მინიმალური სახელმწიფოებრივი ჩარევის პოლიტიკა (ამერიკის შემთხვევა). შუალედური სტრატეგიაა:

ა) ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა ან ბევრიჯის სისტემა, სადაც ფონდირება გადასახადების აკრეფვის გზით ხორციელდება და სახელმწიფო რეალურად არის ჩართული მიმდინარე პროცესებში.

ბ) სახელმწიფო დაგეგმვის ჰარმონიზაცია საზოგადოების გარკვეულ, დაინტერესებულ ჯგუფებს შორის ვითარდება (ყალიბდება პროფესიული გაერთიანებები), როგორც ეს ბისმარკის სისტემის დროს ხდება (საფრანგეთის, გერმანიის, იტალიის, ჰოლანდიის, შვეიცარიასა და სხვათა შემთხვევაში).

ზოგადად, როგორც უკვე იქნა ნახსენები ბისმარკის სისტემა სახელმწიფო მთავრობის მოცვის საპირისპიროდ მოქმედებს, მაშინ როცა ბევრიჯის სისტემა ავადდებულებს მთავრობას, რომ აქტიურად ჩარეთოს. არსებობს სქემის მრავალი ვარიანტი. ზოგიერთ ქვეყანას, ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებით, როგორებიც არიან პორტუგალია და ესპანეთი, ყავს ხელფასიანი პრაქტიკოსები და პაციენტთა სიები. მაშინ როცა სხვა ქვეყანას დანიას, იტალიისა და დიდი ბრიტანეთის მსგავსად ყავს კერძო, თვით-დაქირავებული ზოგადი პრაქტიკოსები, რომლებიც სისტემასთან კონტრაქტების საშუალებებით არიან დაკავშირებულები და მათი ანაზღაურება ხდება კაპიტაციის მეთოდითა და პრემიებით.

დროთა განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემების ორიენტაცია შეიძლება შეიცვალოს, როგორც ეს მოხდა საფრანგეთში, კერძოდ მეოცე საუკუნეში მთავრობის ჩარევა შუალედურს პოზიციებს ფლობდა, სიტუაცია შეიცვალა მძლავრ სამთავრობო ჩარევამდე, რადგან 2004 წელს ჯანდაცვის სისტემა მიუახლოვდა გაკოტრებას. ესპანეთი ასევე განვითარების ერთ-ერთი მაგალითია, აქ პოზიციები შეცვალა 1980 წელს არსებული ცენტრალური სამთავრობო ჩარევები, 2003 წელს შეიცვალა რეგიონალურით, თითქმის ფედერალურ დონემდე. ყველა შემთხვევაში მთავრობას უწევს მრავალი კრიტიკული გადაწყვეტილების მიღება. არსებულ ჯანდაცვის პრობლემებზე პასუხი, შესაძლებელია მხოლოდ, ჯანდაცვის სისტემის მომსახურების მომწოდებლების გაზომვით, ან შესაძლებელია პასუხის ძებნა ჯანდაცვის სისტემის გარეთ. თუ პასუხი ფორმულირებულია, სახელისუფლებო პოლიტიკას შეუძლია მიზნად დაისახოს:

- 1) კანონებისა და შეთანხმების მოდიფიცირება სისტემის შიგნით;
- 2) წევრთა შორის რესურსების განთავსება და ხელახალი გადაწყვეტილება საავადმყოფოებსა და პირველად ჯანდაცვას შორის, აგრეთვე ჯანდაცვის სისტემასა და სოციალურ მომსახურებას შორის (ბინაზე მომსახურება კარგი მაგალითია), საზღვრების გადაკვეთა და მოწესრიგება ძალზე მნიშვნელოვანია (ცოტაა ცნობილი, სხვადასხვა წყობის დროს მოწოდებულ მომსახურების შეღავათიანობაზე და თუ რა კავშირია სპეციალისტების განათლების ტიპებსა და ხარჯეფექტურობას შორის).

მთავრობა შეიძლება ხელს უწყობდეს პირველადი ჯანდაცვის სიძლიერეს სხვადასხვა კუთხით მაგ. მაკოორდინებელი ექსპერიმენტის გაფართოვების გზით (ფონდების მფლობელობა დიდ ბრიტანეთში, ტრანსმუნალური დაცვა პოლანდიაში) ან დაავადებათა პროფილის გაფართოვების გზით (მცირე ქირურგიული ჩარევები ესპანეთში) მაგრამ საბოლოო წარმატება მაინც დამოკიდებულია, პროფესიონალების მხარდაჭერაზე. „გეით ქიფერობა“ რეოგორც მაკოორდინებელი საშუალება, საფრანგეთში და გერმანიაში, მეოცე საუკუნეში, დაბლოკილი იყო ძლიერი, ოპოზიციური, სპეციალისტთა ასოციაციის მიერ (და დამზღვევთა ასოციაციის მიერ, ინდუსტრიის მხარდაჭერით), რომელსაც წინ აღუდგა, მხოლოდ ზოგად პრაქტიკოსთა სუსტი ასოციაცია. მსგავსი რამ ბელგიაში 2004 წელს წარმატებით და ნებაყოფლობით იქნა დაფუძნებული. სქემა საშუალებას აძლევს პაციენტებს ამოირჩიონ „პრივილეგირებული“ ზოგადი პრაქტიკოსები, ვისაც პაციენტთა სიების ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები აქვთ და ვისაც შეუძლია ხელმძღვანელობას დაუკვეთოს სპეციალისტი, ვისაც ღირებულების პაციენტისათვის გადასახდელი წილი ნაკლები აქვს (გააჩნია უკეთესი ანაზღაურება სპეციალისტისათვის).

ქვეყნებს, რომელთაც სუსტი ზოგადი პრაქტიკა აქვთ, გაუჭირდებათ გაითავისონ საერთაშორისო საუკეთესო გამოცდილება რადგან ფორმალური და არაფორმალური პოლიტიკის ძალაუფლების ხელახალი გადაწყვეტილება, სოციალურ-პოლიტიკურ წინააღმდეგობებს შეხვდება. ყოველივე შეამცირებს კარგი მომავლის შანსებს ან ინსტიტუციონალური ცვლილებების არიალს. ამგვარი გამოცდილება გააჩნიათ გერმანიას, საბერძნეთსა და საფრანგეთს, პოლიტიკოსებს შეუძლიათ უბიძგონ, ასევე ხელი შეუშალონ ცვლილებებს, იმიტომ რომ ისინი იღებენ განსხვავებულ გადაწყვეტილებებს:

- 1) განსხვავებულ პოლიტიკურ ხედვაზე დამოკიდებულებით (იმის მიხედვით ძალაუფლება მემარცხენებს ეკუთვნის თუ მემარჯვენებს);
- 2) სხვადასხვა შეხედულებების არსებობის გამო, ცენტრალურ, რეგიონალურ და ადგილობრივ მმართველობებში;
- 3) სხვადასხვა მოქმედებებისა და ჯგუფების, ლობირების სურვილის არსებობის გამო (დამზღვევები, სპეციალისტები, ინდუსტრია, პაციენტთა ასოციაცია, საერთაშორისო სააგენტოები და სხვა).

არ არსებობს ევროპული ჯანდაცვის პოლიტიკა. მხოლოდ ახალი, 2004 წლის, ევროპული კონსტიტუცია არსებობს, რომელიც არაფერს ამბობს მოცემულ თემასთან დაკავშირებით. დასავლეთ ევროპაში პირველადი ჯანდაცვის ხელმძღვანელობის ოთხი დომინანტური სქემა, რომლებშიც ასახულია, ცენტრსა და რეგიონს შორის, ძალაუფლების დაბალანსირების სხვადასხვა შემთხვევები:

- 1) ცენტრალიზებული მთავრობა, ბევრიჯის სისტემის ფარგლებში (დანია, ფინეთი, იტალია, ნორვეგია, ესპანეთი და შვედეთი);
- 2) დეცენტრალიზებული მთავრობა ბევრიჯის სისტემის ფარგლებში (საბერძნეთი, ისლანდია, პორტუგალია, დიდი ბრიტანეთი);
- 3) დეცენტრალიზებული მთავრობა ბისმარკის სისტემის ფარგლებში (ავსტრია, ბელგია, გერმანია, ჰოლანდია და შვეიცარია);
- 4) ცენტრალიზებული მთავრობა ბისმარკის სისტემის ფარგლებში (საფრანგეთი და ლუქსემბურგი).

ინსტიტუციების არსია სოციო-პოლიტიკური ძალა გარდაქმნან ფორმალურ ძალად. ინსტიტუციები მოიცავენ:

- 1) სახელმწიფოებრივი ჩარჩოების მოდიფიცირებას (რეგულაციას, კანონმდებლობას);
- 2) რესურსების განთავსებისა და ხელახალი გადანაწილების (ფინანსების, ადტურვილობის, ცოდნისა და მუშა ძალის).

როდესაც იმ ქვეყნების მთავრობების მიერ, რომელთაც ერთიანი ქსელის აქვთ (დანია, ჰოლანდია, დიდი ბრიტანეთი) ხდება გადაწყვეტილების მიღება, (რომ საბოლოო მიზნად დაისახნ, ზოგად პრაქტიკოსთა ავტონომიური ჯგუფური პრაქტიკა) „პოზიტიური რგოლი“ სრულდება. სახელმწიფოებრივ ძალას შეუძლია მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს, ქსელის განვითარების ხელშეწყობაში, მიაღწიოს სისტემის ეფექტურ კოორდინაციას, დახვეწოს ფინანსური მექანიზმები, გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებული კანონების და ცოდნის წარმოებისა

და გავრცელების საშუალებით. უნდა აღინიშნოს, რომ კონკურენცია გარკვეულ წილად შესაძლოა იყოს ხელის შემშლელი ფაქტორი, რადგან იგი აბრკოლებს თანამშრომლობას.

არჩეული მთავრობისათვის შეიძლება ოფიციალურად იქნას მინიჭებული გადაწყვეტილების მიღების უფლება, ეროვნულ დონეზე (საფრანგეთი, პორტუგალია, დიდი ბრიტანეთი), რეგიონალურ დონეზე (დანია, ნორვეგია, ესპანეთი, შვედეთი) ან ეროვნულ და მუნიციპალურ დონეზე (ფინეთი). პოლიტიკის შემქმნელები ახდენენ ყოველდღიური ქმედების განხორციელებაზე პასუხისმგებლობის დელეგირებას ზემოაღნიშნულ დონეებზე.

1998 წლამდე ეროვნულ მთავრობასა და დამზღვევებს ეჯერათ რომ, მათ ჰქონდათ უფლება გადაეწყვიტათ, გადაიხდიდნენ თუ არა საზღვარგარეთ არა ურგენტული მეურნეობის საფასურს. ამ წელს ევროპის იუსტიციის უმაღლესმა სასამართლომ მიიღო ორი დადგენილება, მსგავსი პრეცედენტების დროს ფართო ჩარევის შესახებ. ფაქტიურად, მოცემულ შემთხვევაში, ევროპის ჯანდაცვის პოლიტიკა განვითარდა ევროპის სასამართლოს ზეგავლენის მიერ.

დამზღვევებსა და ფინანსისტებს შედარებით ვიწრო შეხედულებები აქვთ, რადგან ისინი არ განიხილავენ მოქმედებებს ჯანდაცვის სისტემის მიღმა. დამზღვევები შუალედური რგოლის წარმომადგენლები არიან, გადამხდელებისა და პოტენციურ პაციენტებს შორის. ისინი დიდად არიან დაინტერესებულები კვლევებისა პოლიტიკის განვითარების ხელშეწყობაში (ახალი ტექნოლოგიის დანერგვაში, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინისა და გაიდლაინების დანერგვაში, ორგანიზაციის დაგეგმვაში, სტიმულების ეფექტურობასა და სხვა ამგვარ ქმედებებში) როგორც უკვე იყო აღნიშნული, სახელმწიფო დაზღვევას (დაავადებათა ფონდები) ძალზე მნიშვნელობანი პოლიტიკური როლი აქვს ბისმარკის სისტემის მქონე ქვეყნებში, სადაც მძლავრი ფორმალური და არაფორმალური პოლიტიკური ძალები არსებობენ. კერძო დაზღვევა არ სარგებლობს დიდი ფორმალური და არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლებით, მაგრამ ევროპაში იგი სულ უფრო და უფრო ძლიერდება, რაც დემონსტრირებულია დიდი ბრიტანეთის შემთხვევაში. მხოლოდ შვეიცარიის შემთხვევაში, კერძო დაზღვევის პრემიები და არა ოფიციალური გადასახადები, ჯანდაცვის მთელი ღირებულების 50%-ზე მეტია. კერძო დაზღვევის როლი განსხვავებულია ევროპის სხვა და სხვა ქვეყანაში. ზოგ ქვეყანაში (ირლანდიასა და ჰოლანდიაში) კერძო დაზღვევა უზრუნველყოფს ინდივიდების (ძირითადად მდიდრების) მოცვას,

სავალდებულო სახელმწიფო მოცვის გაერშე.სხვა ქვეყანაში (იტალიაში, პორტუგალიაში, ესპანეთში და დიდ ბრიტანეთში) კერძო დაზღვევა ანხორციელებს დამატებით მოცვას (ორმაგი მოცვა, პაციენტის მეტი კომფორტის სურვილის და სიების ლოდინის სურვილის არქონის შემთხვევაში იმ ინდივიდების, რომელთა სავალდებულო სახელმწიფო მოცვაც გააჩნიათ). ზოგ ქვეყანაში (დანია, საფრანგეთი) კერძო დაზღვევა აწარმოებს თანაგადახდის დანიშნულების გაცემის, სტომატოლოგიური მომსახურების და სხვა შემთხვევებში .ევროპაში სახელმწიფო და კერძო დაზღვევისა და მომსახურების, როგორც მომგებიანის ასევე არამომგებიანის მოწოდების ორგანიზება ტრადიციული პრაქტიკაა. კერძო დაზღვევისა და მომსახურების მიწოდების შერეულმა ფორმამ, როგორცაა ამერიკაში განვითარებული (HMO), ევროპაში ვერ დაიმკვიდრა ადგილი. დამზღვევების ყველა ურთიერთქმედება სპეციალისტებთან უკავშირდება განსაზღვრებას:

- 1) თუ რომელ პაციენტს ან მომსახურებობას უნდა მიენიჭოს პრიორიტეტი;
- 2) თუ რამდენად ფართოა ერთი პაციენტისათვის გადახდილი თანხა მეორე პაციენტის თანხაზე, ჩადებული რესურსების ხარჯებთან მიმართებაში.

დამზღვევებს გააჩნიათ შეთანხმება დაზღვეულებთან (ძირითად მუშაკებთან) და განსაზღვრავენ მათი პრაქტიკის პროფილს, მეტ-ნაკლებად ზუსტი შეთანხმების შეთავაზების გზით. გარკვეული კრიტიკული კითხვები ყოველთვის არსებობს მათსა და მომსახურების მომწოდებლებს შორის. პაციენტების დაჯგუფება, რომელიც არ უკავშირდება დიაგნოზებს (მაგ. ავადობას), მათი მოქმედება ღირებულებებსა და შედეგებზე, და საჭირო კოორდინაცია წარმატების საწინდარია, პირველადი ჯანდაცვის და მეორადი ჯანდაცვას შორის ურთიერთ კავშირების. ამიტომ საზღვრების განსაზღვრა პირველად და მეორად ჯანდაცვას შორის ხანგრძლივი პროცესია, იმ მიზნით რომ გადაინაცვლოს ტრადიციულ მომსახურების არჩევამ მწვავე და ქრონიკული საავადმყოფოებიდან, ნაკლები რესურსებით დატვირთულ პირველადსა და საზოგადოებრივზე დაფუძნებულ ალტერნატივაზე.

არსებობს, წარმატებული პირველადი და მეორადის ჩანაცვლების მაგალითი, გადაუდებელი დაცვის სფეროში. შვედი ადღერის რეფორმამ 1990 წელს მოიცვა საავადმყოფოების მაკოორდინებელი ძალაუფლების დეცენტრალიზაცია, მუნიციპალურ საზოგადოებრივ სექტორზე (ჰოსპიტალური დაცვიდან, ექთნის

ბინაზე მომსახურებაზე), რამაც შეამცირა მწვავეთა რაოდენობა საავადმყოფოებში გაზარდა ექთნის ბინაზე მომსახურება, ქრონიკულ შემთხვევებში.

ნებისმიერ ქვეყანაში ჯანდაცვის ინდუსტრია, ყველაზე მეტად მოქმედებს ორგანიზაციისა და ჯანდაცვის მიწოდებაზე. ჯანდაცვის ინდუსტრია მსოფლიო ეკონომიკის ნაწილია. მას როგორც ქვემოდან ზემოთ აღმავალი ასევე საპირისპირო მოქმედება გააჩნია, მთავრობიდან მოსახლეობისკენ და პაციენტებიდან პროფესიონალებისა და პოლიტიკოსებზე. ერთ-ერთი მაგალითი ზემოდან ქვემოთ მოქმედი ჯანდაცვის სისტემისა მდგომარეობს შემდეგში: ევროპისათვის **HMO**-ს მსგავსი გადაწყვეტილების შეთავაზების პროცესი, რომელიც მთავრობის მიერ არის სტიმულირებული (მაგ. შვეიცარიასა და დიდ ბრიტანეთში).

ნებისმიერი ალტერნატივის წარმოდგენა ახალ პრობლემათა მითითებით. მაგ. არასასურველი ამორჩევა, ღარიბთა და ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მკურნალობა, სახიფათო პასუხისმგებლობის დაკისრება მოხუცებსა და სხვა. უნდა ითქვას რომ **HMO**-ს ჯერ-ჯერობით თავისი წარმოშობის ქვეყანაშიც, ამერიკაში, არ გადაუწყვეტიათ პრობლემები, და დაზღვევისა და მომსახურების მიწოდების დიდი ნაწილი, ამ ქვეყანაში, მოკლებულია სათანადო ბაზას. მედიცინის მუშაკთა გარკვეული ჯგუფების მიერ, მთავრობის წინაშე ხდება საჭირო უახლესი ტექნოლოგიების წარდგენა, ვიდრე შესაბამისი ტექნოლოგიები შეფასდება, აუცილებელ ეფექტურ და პროდუქტიულად. პაციენტების მხრიდან მოთხოვნები ასევე აჩქარებს იმ ტექნოლოგიების წარდგინებას, რომელიც ჯერ არ არის შეფასებული. იმიტომ რომ არ არის განსაზღვრული კვლევის სტრატეგია და კვლევისათვის განკუთვნილი სახელმწიფო ფონდები ლიმიტირებულია, ინდუსტრია (კონსულტაციები, სამედიცინო და ფარმაცევტული აღჭურვილობა) კვლევის მიმართულებებზე, განვითარებაზე და გაერცვლებაზე მოქმედი ძალა გახდა, როგორც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის შემთხვევეშია. ამგვარად ექიმებმა, ფარმაცევტებმა და ექთნებმა მყარი ურთიერთობები უნდა დაამყარონ ჯანდაცვის ინდუსტრიასთან, სამედიცინო საგანმანათლებლო მოქმედების უწყვეტობისა და წინსვლისათვის. ახლახან ინდუსტრიამ აჩვენა, რომ ეძებს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურის შესახებ, პოლიტიკურ გადაწყვეტილებების მიღებაში ჩარევის გზებს, საკუთარი ინტერესების დაცვისთვის.

1963 წელს ედინბურგში (შოტლანდია, დიდი ბრიტანეთი) დაარსდა პრაქტიკის პირველი კათედრა. მეორე კათედრა კი 1966წ. **Utrecht**-ში (ჰოლანდია). პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისათვის, უნივერსიტეტებს, ზოგადად, დიდ მნიშვნელობა

ჰქონდათ, მაგრამ ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნებს შორის დიდი განსხვავებებია ამ კუთხით (კერძოდ პორტუგალიისზოგადი პრაქტიკის კათედრა 1980 წლიდან აქვს, ესპანეთს კი 2002 წლიდან ბარსელონაში- „Novartis“ კათედრა), თუმცა პორტუგალიას ძალზე სუსტი პირველადი ჯანდაცვა აქვს და ესპანეთს პირიქით. პროფესორები ძირითადად ზოგადი პრაქტიკოსები არიან, ვინც ჩამოშორდა კლინიკურ საქმიანობას.

Nuerus claus (სამედიცინო სკოლებში მისაღები კონტიგრენტის რაოდენობის შეზღუდვა) მნიშვნელოვან ფაქტორად ითვლება, რადგან იგი საშუალებას იძლევა მთავრობის მიერ კოორდინირებული იქნას სწავლება კადრების დაგეგმასთან მიმართებით. როგორც ახლახანს იყო მინიშნებული, განვითარებულ ქვეყნებში, მეტი ექიმები და მეტი საავადმყოფოები სრულებით არ ნიშნავს მეტ ჯამრთელობას (არც ისე იშიათად, საწინააღმდეგოა მართალი) მნიშვნელობა არ აქვს რაოდენობას, მნიშვნელობა აქვს ხარისხს (ზოგადი პრაქტიკოსები სპეციალისტებისა და მათი გეოგრაფიული გადაწილების წინააღმდეგ). ჩვენ კვლავ განვიცდით სამეცნიერო ცოდნის ნაკლებობას ზოგად პრაქტიკოსებისა და სპეციალისტების ოპტიმალურ პროპორციების შესახებ, მაგრამ ემპირული მონაცემები გვიჩვენებენ, რომ პოზიტიური დამოკიდებულება არსებობს, ზოგად პრაქტიკოსების ხელმისაწვდომობასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონეს შორის. რამდენი ზოგადი პრაქტიკოსია საჭირო? ჩვენ არ ვიცით სწორი პასუხი. მტკიცებულებები გვიჩვენებს რომ სავარაუდოდ 500-დან (ძალზე იზოლირებულ ადგილებში სოფლად) 3000-მდე.

ზოგოერთ უნივერსიტეტში დანიაში, ფინეთში, ჰოლანდიაში, პორტუგალიაში, დიდ ბრიტანეთსა და სხვა ქვეყნებში, ხელს უწყობენ პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებას თავიანთ სამედიცინო სკოლებში. მსოფლიო მოძრაობა ზოგადად მოქმედებს ლოზუნგის „მსოფლიოდან ოფისებისაკენ, მწვავედან ქრონიკულისაკენ, დაავადებებიდან პრობლემების გადაჭრის ორიენტირებისაკენ“ გავლენით. რაც ნიშნავს: სტუდენტების ადრეულ და პერმანენტულ ჩართვას პირველად ჯანდაცვაში, ქრონიკული პაციენტების, ავადობი მენეჯმენტზე ორიენტაციას, კლინიკურ და არა დაავადებებზე აღწერითი წარმოდგენის საშუალებით სწავლებას. საექთნო სასწავლებლები მეტად არიან ორიენტირებულნი პირველად ჯანდაცვაზე ვიდრე უმაღლესი სასწავლებლები. ზოგიერთი ფარმაცევტული სასწავლებელიცაა პირველადი ჯანდაცვის ორიენტაციის, მაგ. ესპანეთში. 1985 წელს დიდი ბრიტანეთის, ზოგად პრაქტიკოსების კოლეჯის წევრებმა გამოავლინეს, რომ

ნახევარზე მეტი პრობლემები ზოგად პრაქტიკოსებს მოუტანა იმან, რომ მათ არ შეეძლოთ „დიაგნოზები“-ს დადგენა და დაავადებების, დიაგნოზებისა და სიკვდილის მიზეზების შეფასება საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით. **WONGA** საერთაშორისო კლასიფიკაციების კომიტეტი (**WICC**) ასრულებს ამგვარ ინიციატორულ სამუშაოს. 1998 წელს მის მიერ შექმნილი უკანასკნელი პროდუქტი, რომელიც დაეხმარა პირველადი ჯანდაცვისა და კვლევების აღქმას და 2003 წელს გამოცემული **WONCA**-ს ლექსიკონი ზოგადი საოჯახო პრაქტიკისათვის.

სახელმწიფო ჯანდაცვის სკოლების ჩართვას პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაში, შასადლოა გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდეს. ამგვარი პრაქტიკა არსებობს პორტუგალიის (ლისაბონის სახელმწიფო ჯანდაცვის სკოლის) და ესპანეთის (გრანადისა და მადრიდის სახელმწიფო ჯანდაცვის სკოლების) შემთხვევებში. რა თქმა უნდა ხელმძღვანელობას დანამდივლებით დიდი მნიშვნელობა აქვს. სულ რამდენიმე მოხსენებამ განაპირობა ჯანდაცვის მომსახურებისა და ზოგადი პრაქტიკოსების რეალური ხედვა. მაგ. ეს მოხსენებებია : ინგლისში კოლინგის ზოგად პრაქტიკაში და ბლექის ჯანდაცვის მიწოდების უთანასწორობის შესახებ, კანადაში „**Lalonde Report**,, . მთელი მსოფლიოს მაშსტაბით აღმაატის დეკლარაცია, შედეგითში–„**the Crossroad Project**,, ესპანეთში–„**socialogia de los ambulatorios**,, და ამბრილის მოხსენება ჰოლანდიაში–„**biesheuvel deeker and Dunning**,,.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინას მძლავრი ბიოლოგიური საფუძველი აქვს, მისი მოქმედება პირველად ჯანდაცვაზე არ არის ცნობილი, რადგანაც იგი ფოკუსირდება „ერთი დაავადების,, მოდელზე და არაფერს ამბობს ავადობის შესახებ და ფარმაცეპტულ პროდუქტებზე. გაიდლაინებს შეუძლიათ მრავალი სპეციფიური პრობლემის დროს დახმარების გაწევა. ქვეყნები, რომლებსაც არ აქვთ შემოღებული „გეით ქიფერობა“ მაგ. გერმანია და ავსტრია, ცდილობენ შეამცირონ პაციენტების ყიდვის პროცესი, ერთი ექიმიდან მეორეზე, ჯამრთელობის დაზღვევის ვაუჩერული სისტემის საშუალებით (ყოველ დაზღვეულს უფლება აქვს ერთი ვაუჩერით, სამი თვის განმავლობაში ისარგებლოს და ამ პერიოდში უფლება აქვს მხოლოდ ერთ ზოგად პრაქტიკოსთან ჰქონდეს ვიზიტი). მტკიცებულებები, რომ „გეით ქიფერობა“ უკეთესია ეფექტურობისა და კოორდინაციისათვის ვიდრე სხვა საშუალებები, ძალზე ცოტაა. „გეით ქიფერობა“ ხშირად მონოპოლიას ამყარებს პაციენტების მიერ დაცვის მიღების ნებართვის გაცემის დროს და ხშირად

ასოცირდება პაციენტთა სიებთან, მაგ. დანიაში, ირლანდიაში (დაბალი შემოსავლის მქონე პაციენტებისათვის), იტალიაში, ჰოლანდიაში, პორტუგალიაში, ესპანეთსა და დიდბრიტანეთში. სპეციალისტები ხშირად ფილტრის ფუნქციას ასრულებენ და არა მხოლოდ ფასების კონტროლში ხედავენ თავის ფუნქციას. ხანდახან მხარდაჭერასაც იმსახურებენ ამგვარი ფიქრისათვის, მაგ. საფრანგეთში და გერმანიაში.

„გეთ ქიფერობა“ და პაციენტთა სიები გამართლებულია თეორიულად, იმ საზოგადოებაში რომელიც პირველად ჯანდაცვაზეა ორიენტირებული. ზოგადი პრაქტიკოსები შეიძლება ეკონტაქტებოდნენ ბოლო გადამწყვეტ პერიოდში იმ პაციენტებს ვისაც არ აღმოუჩინეს ქირურგიული დახმარება, რათა ჯანრთელობის სისუსტისა და რისკის გამო მათ ნამდვილად ესაჭიროებათ ამგვარი ჩარევა. ეს პრინციპულად გაადვილებს დაცვის კანონის საწინააღმდეგო ქმედების აღმოფხვრას (ხალხი ვისაც ჯამრტელობის მეტი დაცვა ესაჭიროება იღებს ნაკლებ მომსახურებას), პირველად ეს ფორმულირება იყო 1970 წელს დიდ ბრიტანეთში ჯულიან ტიუდორ ჰარტის მიერ და უმეტესად ბაზარზე ორიენტირებულ ჯანდაცვის სისტემებში. არსებობს ლიტერატურა, რომელიც ადასტურებს, რომ ექთნისა და ზოგადი პრაქტიკოსის ერთობლივი ჩანაცვლებითი მოქმედების შემთხვევებს აბსოლიტურად თანასწორი და ხშირ შემთხვევაში უკეთესი შედეგები, პაციენტთა კმაყოფილების მაღალი დონე და მომსახურების მაღალი ხარისხი მოაქვს, გუნდური მუშაობა შეიძლება დაეხმაროს ურთიერთ გაგებასა და ახალი კომპრომისების აღმოცენებას.

პაციენტები სულ უფრო და უფრო აქტიური მომხმარებლები ხდებიან. ისინი მოითხოვენ და მხარს უჭერენ მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, რომელიც საათობით გაგრძელებადი მოცდის ნაცვლად, სწრაფად ხელმისაწვდომი იქნება. თანამედროვე ცხოვრებამ მოიტანა მოთხოვნა ჯანრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღ ნირზე. მოსახლეობას სურს, ავადმყოფობისა და დაავადებების გარეშე ცხოვრება.

კვლევებმა ძალზე საინტერესო რამ დაამტკიცეს, კერძოდ უკეთესი ჯანდაცვის მომსახურება ყოველთვის არ ნიშნავს უკეთეს ჯანრთელობას (ეს შეიძლება პარადოქსად ჩაითვალოს, მაგრამ მდიდარი ქვეყნებისა და მოსახლეობისათვის მეტად ჩვეულია ავადობა, ვიდრე განვითარებადი ქვეყნების ღარიბი მოსახლეობისათვის) სიმართლეა, რომ პაციენტები არ ზრუნავენ ჯანდაცვის მომსახურების ზუსტ ორგანიზებაზე, არამედ მათ სურთ თავიანთი პრობლემების

სასწრაფო და დაუყონებლივ გადაჭრა, აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის პრობლემების გადაჭრა ხშირად შეფასებაში მდგომარეობს და არა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში.

ევროპის ჯანდაცვის სისტემებში, პირველადი ჯანდაცვის წვერები ყველგან ერთნაირი არიან, მაგრამ მათი ურთიერთქმედებები ძალზე განსხვავებულია. პაციენტები, მომწოდებლები, სასწავლო დაწესებულებები, ჯანდაცვის ინდუსტრია, ფინანსისტები, დამზღვევები და მთავრობა ერთობლივად ცდილობს ხელი შეუწყოს ჯამრთელობას და აღმოფხვრას ავადობა და სიკვდილიანობა (სხვა სიტყვებით აღმოფხვრას ტანჯვა და გაახანგრძლივოს ცხოვრების შუალედი) ევროპაში მრავალი მაგალითია ჯანდაცვის წვერების წარმატებული ურთიერთ თანამშრომლობის, მაგ. პაციენტებთან სიები და „გეით ქიფერობა“. ექსპერიმენტის გატარება, გარკვეული გზაა გამოსწორდეს ჯანდაცვის საერთო მდგომარეობა, გაფართოვდეს ზოგად პრაქტიკოსთა პროფილური დატვირთვა და გატარდეს მაკორდინებელი მოქმედებები სპეციალისტთა მომსახურებასთან მიმართებით. მაგრამ, მრავალ ძირითად კითხვაზე ჯერ-ჯერობით არ არსებობს მეცნიერული პასუხი, ამიტომ გადაწყვეტილების მიღება ხდება ცოდნის ვაკუუმის პირობებში.

ევროპული მოსახლეობა ფიქრობს, რომ გარკვეული სახის ეროვნულ დამზღვევებს შეუძლიათ გადაანაწილონ დაავადებების, ინვალიდობისა და ჯამრთელობის სხვა პრობლემების ფინანსური რისკი და ხელი შეუწყონ ნებადართულ ხარჯებზე, რომელიც არ არის დამოკიდებული პიროვნების შემოსავალზე, ხელმისაწვდომობას. ევროპულ ჯანდაცვის მომსახურებას, ისევე როგორც ზოგად პრაქტიკაში, პირველადი ჯანდაცვის ასპექტში დიდი ისტორია აქვს. **WONCA** და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია ხაზს უსვამს პირველად ჯანდაცვას, რადგან თვლიან რომ იგი ყველაზე უკეთ ერგება მოსახლეობის, დამზღვევების, მომწოდებელთა ჯგუფებისა და პოლიტიკის შემქმნელთა ინტერესებს. ა) როცა საქმე ეხება ჯანდაცვის დაგეგმის პროცესებს პირველადი ჯანდაცვის სამეცნიერო ბაზას ხარჯეფექტურობის შესახებ ძალზე მწირია; ბ) მრავალი რჩევა ზოგადი პრაქტიკოსების დღიურ საქმიანობაში მოკლებულია სამეცნიერო საფუძველს; გ) პირველადი ჯანდაცვის არსი უფრო ფართოა, ვიდრე ჯანდაცვის საჭიროებაზე პასუხი; დ) ზოგადი პრაქტიკოსები კვლავ განაგრძობენ განათლებას, მიჰყვებიან ორსულების პარადიგმას, მათი ძირითადი დავალებაა უპასუხონ ინდივიდუალური პაციენტების ჩივილებს.

ცნობილია, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტთა შრომის ანაზღაურების მეთოდები უნდა განირჩეოდეს მეთოდებისაგან რომლითაც ხდება, ჯანდაცვის მომსახურების დანახარჯების განსაზღვრა. ორივე ფინანსირების ნაწილია, მაგრამ გადახდის მეთოდები მიეკუთვნება ეგრეთ წოდებულ „რესურსების განთავსებას“ მაშინ როცა ბოლო მიეკუთვნება „ შემოსავლების გაზრდის,, ფუნქციებს, ორივე ელემენტი ეფუძვნება ერთსა და იმავეს, ავტონომიის, ხარისხის, სოლიდარობის პოზიციების და ეფექტურობის ფასეულობების გათვალისწინებით გადახდას, ისევე როგორც პროფესიონალური მომსახურების სხვა ატრიბუტების გათვალისწინებას. ექიმების გადახდის მეთოდებს უზარმაზარი მნიშვნელობა აქვს პირველად ჯანდაცვაში, იგი ემსახურება ინსტიტუციების ერთმანეთთან დაკავშირებას.

ჯანდაცვის ორგანიზაციებში წლების განმავლობაში, სულ რამოდენიმე კითხვამ გამოიწვია ისეთი მხურვალე კამათი, როგორც გამოიწვია მომსახურებისათვის პროფესიონალებზე გადახდის მეთოდების განსაზღვრამ. ზოგადი პრაქტიკოსები ანაზღაურების ძირითადი მეთოდებია, კაპიტაციის მეთოდი, ხელფასები და გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურება.

ბევრიჯის სისტემის მქონე ევროპის ქვეყნებში, გადახდა ძირითადად ხელფასებისა და კაპიტაციის საშუალებით ხდება, მაშინ როცა ბისმარკის სისტემის მქონე ქვეყნებში, ჭარბობს გაწეული მომსახურების ანაზღაურების მეთოდი (ირლანდიისა და ჰოლანდიის გამოკლებით, სადაც ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურება კაპიტაციის მეთოდით ხდება). ქვეყნების უმრავლესობას გადახდის შერეული მეთოდი აქვთ, მაგრამ ის ქვეყნები, სადაც დომინანტური გადახდის საშუალებაა გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურება, თითქმის არასოდეს იყენებენ გადახდის მეთოდებს. ძალზე მცირე ემპირული მტკიცებულებები არსებობს იმის შესახებ, თუ სხვა და სხვა სახის ცვლილებები, რომლებიც უკანასკნელი დეკადის განმავლობაში ხდებოდა ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურების სფეროში, როგორ მოქმედებენ ზოგადი პრაქტიკოსების ქცევებზე, ჯანდაცვის ფასებზე და პაციენტის კეთილდღეობაზე. უნდა ითქვას, რომ მტკიცებულებების გარეშე ცვლილებების მორგება ევროპული ჯანდაცვის სისტემის მიზნებთან, ეფექტურობისა და თანასწორობის შესახებ არც თუ სახარბიელოდ ხდება. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ. ესპანეთა და დიდ ბრიტანეთში) ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურება უკეთესია ვიდრე სხვა ექიმების. ნორვეგიაში ადრე გაწეული სისტემური მცდელობების შედეგად, ზოგად პრაქტიკოსთა და სხვა ექიმთა ხელფასებს შორის მცირედი განსხვავებაა. ევროპულ ქვეყნებში, უფრო

ექიმების, საშუალო საერთო შემოსავალი ძალზე მერყევია და 2001 წელს, 120000 ევროდან (დიდ ბრიტანეთში), 36000 ევრომდე მერყეობდა (ესპანეთში).

შუასაუკუნეების დროიდან საზოგადოებები და გილდიები და მშრომელთა ჯამრთელობის კლუბები ექიმებს უხდიდნენ კაპიტაციის მეთოდით (ყოველ წლიურად, ყველა წევრისათვის, ვინც ექიმებს უნდა მოენახულებინათ თუ გახდებოდნენ ავად).

კაპიტაციის სისტემა განაპირობებდა, რომ პიროვნებას ანაზღაურება ჰქონოდა ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული სამედიცინო მოქმედებისათვის. 1910 წელს ინგლისში, ბრიტანეთის ეროვნულ ჯანმრთელობის დამზღვევებს, ადგილობრივ გაერთიანებებს დაევალოთ გადაეწევიტათ გადახდის რომელი მეთოდი ჯობდა. უმრავლესობა მომხრე იყო გაწეული მომსახურების შეასაბამისი ანაზღაურება შეცვლილიყო კაპიტაციის მეთოდით, რადგან ბოლო დროს აღმოჩნდა, რომ იგი ნაკლები უსიამოვნების მომტანი იყო. კაპიტაციის მეთოდის თეორიული შესაძლებლობებია:

- 1) ექიმებმა შეიძლება გააკეთონ ჭარბი რეფერალები;
- 2) მეთოდი მოიცავს ზოგად პრაქტიკოსებში პრევენციულურ შეხედულების ჩამოყალიბებას, რომ იგი გამოიმუშავეს მეტს თუ მის პრაქტიკაში მეტი ავადობის აღრიცხვასა და მკურნალობას ექნება ადგილი;
- 3) ადმინისტრაციული პროცესები უფრო მარტივია;
- 4) განხორციელებული მომსახურების ფასეულობა უმნიშვნელოა და ზოგად პრაქტიკოსების შემოსავალი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენმა ადამიანმა მოისურვა მის პაციენტთა სიებში ჩაწერა (მოსახლეობა ექიმებზე მეტად დიდ როლს თამაშობს სპეციალისტების შემოსავლის განსაზღვრაში);
- 5) კაპიტაციას ბუფერული მოქმედება აქვს ექიმებს შორის მძლავრი კონკურენციის წინააღმდეგ;
- 6) პაციენტთა სიები გაურკვეველ ურთიერთობებს აფუძნებენ, არა მარტო მომხმარებელთან, არამედ სხვებთანაც (რაც საშუალებას იძლევა, საჭიროების შემთხვევაში დაცვის კანონის შემობრუნების შესაძლებლობას, ანუ სპეციალისტების იმ კონტაქტების შესაძლებლობას, რომელიც არ არის პაციენტთა სიებში);
- 7) იმის გამო რომ პაციენტთა სიები დაკავშირებულია მეტი პაციენტის მოცვასთან, იგი ასოცირდება ზოგადი პრაქტიკოსების გეოგრაფიულ გადალაგებასთან;

კაპიტაცია ასოცირდება მძლავრ პირველად ჯანდაცვასთან და მოსახლეობის ჯამრთელობის მდგომარეობის გამოსწორებასთან. ზემოთ ხსენებული 18 OECD-ს ქვეყნიდან, დიდ ბრიტანეთს, დანიას, ესპანეთსა და ჰოლანდიას ამ კუთხით ყველაზე კარგი მაჩვენებელი აქვთ.

ხელფასის გადახდის სისტემა ითვალისწინებს ექიმთა ანაზღაურებას დროის მიხედვით და არანაირი მნიშვნელობა არ აქვს თუ რა ქმედებებს შეიცავდა ჩატარებული მომსახურება და პაციენტთა რა რაოდენობას გაეწია დახმარება.

ხელფასის საშუალებით ანაზღაურების მეთოდი ასოცირდება, სამედიცინო პრაქტიკის სტრუქტურის ორგანიზების ფორმასთან, მაგ. პირველად ჯანდაცვაში, ჯანდაცვის ცენტრების არსებობასთან, გარკვეული სახის ჯგუფები დისციპლინების განვითარებასა და ავტონომიის კონტროლთან. ხელფასიანი ზოგადი პრაქტიკოსების უმეტესობას, დამატებითი საზოგადოებრივი ვალდებულებებიც გააჩნიათ, ან შემოსაზღვრული გეოგრაფიული არეალი აქვთ. თეორიულად ხელფასებით ანაზღაურების დროს, ოპტიმალური მოქმედებების სტიმულირება, ექიმთა გარემომცველ ორგანიზებულ სამუშაო ძალაში მდგომარეობს ვიდრე ფინანსურ მექანიზმებში **per se**. შედგენილია წყვილები მათი უმრავლესობა პაციენტები არიან რომლებიც ანხორციელებენ დათვლას. ამავე დროს, ექიმებს შეუძლიათ პერსონალური ღირებულების მინიმუმამდე დაყვანა:

- 1) დაბალი რისკის პაციენტების შერჩევის;
- 2) რეცეპტების გამოწერის;
- 3) გადაგზავნების წარმოების;
- 4) კონსულტაციის დროს შემცირების საშუალებით.

თეორიულიად ხელფასის შემთხვევაში ოპტიმალური სამედიცინო მომსახურეობის მიწოდება დამოკიდებულია სამედიცინო პერსონალზე და არ რეგულირდება ანაზღაურების მექანიზმებით. იმ შემთხვევაში შეფასება ხდება კოლექტიური მსჯელობით და არა პაციენტის კმაყოფილებით. შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს პაციენტთა ზედაპირულ დამოკიდებულებასა და არა ადეკვატური მომსახურების შემთხვევებს, რადგან ფინანსური სტიმული, მაქსიმალური მომსახურების მიწოდების არ არსებობს. სახელფასო სისტემა, როცა ხელფასები დაბალია არაფორმალური ანაზღაურების დამკვიდრებას უბიძგებს („შავი ფული“ „მაგიდის ქვემოდან გადახდა“) დამატებითი გადახდა აჩქარებს უზრუნველყოფის პროცესებს და ზრდის სასურველ მომსახურეობაზე ხელმისაწვდომობას. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ხელფასიანი პირველადი ჯანდაცვა საშუალებას აძლევს

სპეციალისტებს პერიოდულად აიყვანონ ინსტიტუტის შემდგომი განათლებისათვის სტუდენტები. ამავე დროს უფრო ახალგაზრდა სპეციალისტების მეთვალყურეობას უწევენ და ხელს უწყობენ მათი კვალიფიკაციის ზრდას, უფრო მეტად გამოცდილი კოლეგები. ეს ფაქტორი განაპირობებს დაცვის ხარისხის ზრდას.

სახელფასო სისტემა ადმინისტრაციული ჩართულობის თვალსაზრისით, უფრო მარტივია, ვიდრე სხვა სისტემები. სპეციალისტების გეოგრაფიული გადანაწილება ყოველთვის მეტკვებებს დაგეგმარების ხარისხზე.

ზოგად პრაქტიკოსებს ხელფასის საშუალებით უხდიან, ევროპის იმ ქვეყნებში, სადაც სახელმწიფო დომინანტურ და ყოველსმომცველ როლს თამაშობს ჯანდაცვის სისტემაში, როგორც ფინეთი, საბერძნეთი (სოფლის ჯანდაცვის ზოგადი პრაქტიკოსები) ისლანდია, ნორვეგია (ქალაქებში დაქირავებული) პორტუგალია, ესპანეთი და შვედეთი. ხელფასით ანაზღაურების სისტემა თანხვედრია პაციენტთა სიბერისა და „გეით ქიფერობის“ ისლანდიაში, პორტუგალიასა ესპანეთში.

ხელფასების ანაზღაურების სისტემა, დანარჩენებთან შედარებით ყველაზე გაერცელებული საკამათო თემაა. მრავალი პროფესიონალი მას სოციალისტურ მედიცინის და სემაშკოს სისტემის ნაწილად აღიქვამს, რომელსაც ჰქონდა კომუნისტური ორიენტაციის ქვეყნებში, დეკადების განმავლობაში და დაბალი დაცვის ხარისხითა და ცუდი სამუშაო პირობებით ხასიათდებოდა. თუმცა ექიმებს უხდიან ხელფასს, დასავლეთ ევროპასა და თითქმის ყველა ქვეყანაში, სამედიცინო სკოლებში, საავადმყოფოებში, სასწავლო სამედიცინო ცენტრებში და მათ აქვთ სამედიცინო დაცვის შესანიშნავი მაჩვენებელი. ეს გვიჩვენებს რომ სახელფასო სისტემა არ არის „per se,, მაგრამ ექიმების რეგულაციისა და სტიმულირებაში იგი წამყვან როლს ვერ თამაშობს.

მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურების დროს, თეორიულად არსებობს შესაძლებლობა, პაციენტებს მიეწოდოს საჭიროზე მეტი მომსახურება, რათა გაიზარდოს ანაზღაურება. ამას მიყვარს მომწოდებლის მიერ პროვოცირებულ მოთხოვნებამდე (ზედმეტ და არასაჭირო დიაგნოსტიკასა და მკურნალობისაკენ).

რომლის დროსაც პაციენტი იღებს იმაზე მეტ მომსახურებას, ვიდრე ის მოითხოვდა, რომ ჰქონდა შესაბამისი განათლება. ექიმები შესაძლებელია ახდენდნენ მოთხოვნების პროვოცირებას, როცა:

- 1) არსებობს მეცნიერული ეჭვები;
- 2) ექიმებს აქვთ მცირე დატვირთვა;

3) იზრდება კონკურენცია;

4) გადასახადების პირადი ღირებულება მცირდება.

მოთხოვნების პროეცირებას შეუძლია მიგვიყვანოს მოჭარბებულ რეფერალებამდე და „ტრეფიკინგამდე პაციენტებში“, როცა ნაწილი ჰონორარისა ექიმისათვის იკარგება, მაგრამ პრობლემა იმაში მდგომარეობს, რომ რეფერალების რიცხვი ძალზე მცირეა რადგან ექიმებს არ სურთ პაციენტის დაკარგვა.

მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურების სისტემა ასოცირდება ზოგადი პრაქტიკოსების სუსტ პოლიტიკურ ძალაუფლებასთან, დაბალ პირველადი ჯანდაცვის მაჩვენებლებთან. ამ მიმართებაში, 18 მდიდარი OCED-ს ქვეყნებიდან ყველაზე ცუდი მაჩვენებელი გერმანიაში, შვეიცარიაში და საფრანგეთში აღინიშნება. ასევე პრობლემაა მომსახურების განხორციელებისათვის დაკავშირებულ გადახდასთან (**performance-related**) მიმართებაში, რომელმაც ფართოდ დაიკავა ადგილი ბრიტანულ ჯანდაცვაში (ანუ სახელმწიფო სექტორში) ბოლო 15-20 წლის განმავლობაში, ხოლო ირლანდიის, ესპანეთისა და სხვა ჯანდაცვაში სექტორებში უკანასკნელი დეკადის განმავლობაში. მომსახურების განხორციელებასთან დაკავშირებული გადახდა შემოღებული იყო მთელი რიგი მიზეზების გამო, როგორცაა:

1) ზოგადი პრაქტიკოსების სტიმულირება (პროტოკოლებისა და გაიდლაინების გამოყენება, დამტკიცებული ჩარევის ხელშეწყობა, ზოგადი დანიშნულებები, ფასების კონტროლი ფარმაცევტულ საშუალებებზე, ვიზიტების გაზრდა და სხვა).

2) ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;

3) კადრების მოტივირება;

4) კადრების აყვანისა და შენარჩუნების პროცესების გამტკიცება;

5) ორგანიზაციულ კულტურაში ცვლილებების მნიშვნელობა;

6) კადრების ანაზღაურების კონტროლი;

7) პროფკავშირების ძალაუფლების შემცირება;

8) კადრების განვითარების პოლიტიკის გაძლიერება.

მაგრამ მტკიცებულებების უმრავლესობა, რომელიც მომსახურების შეეაბამისად გადახდის შესახებ არსებობს, მიუთითებს მხოლოდ სასარგებლო მოქმედებებზე.

წარმატების მისაღწევად საჭიროა ძალისხმევა, რათა მიღწეული იქნას ყოველწლიური მიზნების შესახებ შეთანხმებები მთელ ჯგუფთან ასევე მიზნების ხელახალი შეხსენებები და გარემოებები, რათა მიღებული იქნას შედეგები. განვლილი გზა მომავალში, გარკვეულწილად განსაზღვრავს „გამოსავლებს“

როგორცაა, კლინიკური მოქმედებების ხელშეწყობა, რომელიც თავს არიდებს „ჯამრთელობის ისეთ გამოვლინებას, რომელსაც შესაძლებელია გვერდი აუაროთ“, მაგალითად:

- 1) ამბულატორიული დაცვის სათუთი მდგომარეობები (ჰოსპიტალიზაციის შესაძლებელი გვერდის ავლა);
- 2) სიკვდილი, რომელიც არ იყო გარდაუვალი (მაგ. სიკვდილი ტეტანოსით ან პნემონიით).

ზოგიერთ სტიმულს შესაძლოა შერეული ეფექტი ჰქონდეს, 1993 წელს, ირლანდიაში წარმოდგენილი, ზოგადი პრაქტიკოსების სტიმულირების სქემა ითვალისწინებდა, რომ სახელმწიფო დახდევულებისათვის გაცემული დანიშნულება ყოფილიყო ფასიანი (დაბალი კლასისათვის, ანაზღაურება კაპიტაციის მეთოდით). ზოგად პრაქტიკოსებს საშუალება მიეცათ შეენახათ თანხის ნახევარი, რომელსაც პროექტის ფარგლებში იყენებენ თავიანთი პაციენტებისათვის და დარჩენილი თანხა ეგზავნებოდა ჯანდაცვის ხელმძღვანელობას პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისათვის. სქემა არ ითვალისწინებდა ჯარიმებს, ბიუჯეტიდან განსაზღვრულზე მეტი თანხის დახარჯვისათვის. 1990 წლის გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ზოგადი პრაქტიკოსები მხარს უჭერდნენ სქემას, ფარმაცევტები ეწინააღმდეგებოდნენ მას, პაციენტებმა კი არაფერი იცოდნენ სქემის შესახებ, მოსახლეობის საჭიროებები და გაჭირვებები კი კვლავ უცვლელი რჩებოდა. ეს ასპექტი არასოდეს არ ყოფლა, სრულად განხილული კვლევაში. მტკიცებულებები ცხადყოფენ, რომ ფინანსებზე ფოკუსირებულმა სტიმულებმა შეიძლება ცუდი გავლენა იქონიოს პაციენტთა მომსახურებაზე. სტიმულების წარმატებულ გამოყენებაზე, არსებობს სათუო მტკიცებულებები. 1964 წელს დიდი ბრიტანეთში, დაწესდა სპეციალური ანაზღაურება, ჯგუფური მუშაობისათვის, საკუთრების გაუმჯობესებისთვის და დამხმარე კადრისთვის, რამაც დრამატულ ცვლილებებამდე მიიყვანა ზოგადი პრაქტიკა, მან წარმოშვა პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურა, რომელიც დღეისთვის წარსულს ბარდება. ნორვეგიაში ზოგადი პრაქტიკოსები ვისაც ბინაზე ვიზიტისათვის უხდიან 30 ევროს, მეტად რუტინულად მისდევენ ბინაზე ვიზიტების პრაქტიკას, ვიდრე ის ექიმები, რომელთაც იგივე საქმიანობაში 6 ევროს უხდიან. თუმცა ამ მაგალითიდან არ ჩანს პაციენტებმა თუ მოიგეს, ბინაზე ვიზიტების რიცხვის გაზრდით.

დაკვირვებამ გამოააშკარავა ანაზღაურებისა და სტიმულების განსხვავებული შემთხვევების დროს, მაგალითად ხელფასით ანაზღაურებად ექიმებს ურჩევნიათ

მოკლე სამუშაო და ნაკლებად დატვირთული დღე ჰქონდეთ. ექიმთა ანაზღაურების მეთოდები გარკვეულწილად მოქმედებენ თავისუფალი და სამუშაო დროის მონაცვლეობაზე. ოჯახის ექიმები და ახალგაზრდა ზოგადი პრაქტიკოსები სხვებზე მეტად აფასებენ თავისუფალ დროსა და ოჯახურ ცხოვრებას. ამგვარი დამოკიდებულება აღინიშნებოდა ნორვეგიაში, რის გამოც 1990 წლისათვის ზოგადი პრაქტიკოსების ორი ძირითადი ტიპი ჩამოყალიბდა: ადგილობრივი მთავრობის მიერ, ხელფასის საშუალებით ანაზღაურებული დაქირავებულები და დამოუკიდებელი კონტრაქტების მქონეები, რომელთაც ძირითადად მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურება ჰქონდათ. ამ შემთხვევაში მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურების მქონე ექიმების მომსახურების პროდუქტი 20-40%-ით მეტი იყო, მაგრამ ის, რომ ხელფასიან ექიმებს მეტი თავისუფალი დრო ჰქონდათ, ზოგიერთი ზოგადი პრაქტიკოსისათვის სტიმულს წარმოადგენდა (რომ ემუშავა ხელფასით ანაზღაურებად ექიმად) ჯგუფური სტიმულირება შესაძლებელია მხილოდ მაშინ როცა, საქმე ჯანდაცვის ცენტრებს ან ჯგუფურ მუშაობას ეხება. ესპანეთში, ჯანდაცვის ცენტრებში, მთელი ჯგუფის სტიმულირება ხდება, კერძოდ ფასების კონტროლისა (დანიშნულების ფასების ჩათვლით) და ექთნებსა და ექიმებს შორის ზოგადი მონიტორინგის წარმოების საშუალებით. მსგავსი სისტემის დროს მონიტორინგი ეფექტურია რადგან, მედპერსონალს ერთმანეთის პრაქტიკის შესახებ მეტი ინფორმაცია აქვთ ვიდრე მენეჯერს. ხორვატიაში პირველადი ჯანდაცვის პრივატიზაცია (ზოგადი პრაქტიკოსების ხელფასებით ანაზღაურების მეთოდის კაპიტაციის მეთოდით შეცვლა და კერძო კონტრაქტების შემოღება) ასოცირებული იყო გაუმჯობესებასთან (ვიზიტის ზუსტი დროის დანიშვნები, ვიზიტების ტელეფონით დანიშვნები, ტელეფონის საშუალებით კონსულტაციების გაცემა არასამუშაო დროს). ჩვენ არაფერი არ ვიცით ამგვარი ცვლილებები, როგორ მოქმედებენ მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. სტიმულებმა ასევე შესაძლოა განსაზღვრონ პროფესიონალთა კარიერა. პორტუგალიაში, სადაც უამრავი „წინააღმდეგობებია“ და ცოტა ჯილდოა ქვემოდან ზემოთ მიმავალი კიბის (კარიერის) დასაძლევად, არსებობს სქემა, რომელიც სხვა და სხვა სახის სტიმულებს თავაზობს ექიმებს, მაგ. მენეჯერები თავაზობენ ექიმებს, მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების და ჯანდაცვის მომსახურების დაგეგმვის დროს მიიღონ მონაწილეობა.

გარკვეული გამოცდილება დაგროვდა სტიმულების უარყოფითი მოქმედებაზე (ნეგატიური სტიმულები). მაგალითად გერმანიაში სქემა სჯიდა ექიმებს,

ეროვნული წამლების ბიუჯეტის დასაშვებზე მეტი ხარჯისათვის, რამაც გამოიწვია წამლების ფასების 25%-ით გაზრდა, შესაძლოა ამ პროცესმა გაზარდა საავადმყოფოებში მიმართვისა და გადაგზავნის პროცესები. საფრანგეთში აღინიშნებოდა, რეკომენდირებული გაიდლაინების გარდა სხვა დანიშნულებების გაცემის ფაქტები. მრავალი კვლევაა ჩატარებული გაიდლაინების შესატყვისობასა და კლინიკური ეფექტის ქონებასთან დაკავშირებით, მაგრამ შეფასებები და მოხსენებები ამის შესახებ ჯერ არ გაკეთებულა. სტიმულები ასევე გამოყენებული უნდა იყოს თვით-მოვლის ხელშეწყობისათვის, რადგან იგი (პერსონალური და იჯახის) დაცვის უმნიშვნელოვანესი, ბაზისური საფეხურია. გერმანიაში ხდება ქრონიკული პაციენტების, ბინაზე მოვლის ფინანსური მხარდაჭერა.

ძალზე ცოტაა ცნობილი, თუ როგორ მოქმედებენ ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურების სხვა და სხვა სისტემები ფასებსა და ჯანდაცვის შესაძლებლობაზე.

1.3. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის განხორციელებასთან დაკავშირებული პრობლემები განვითარებად ქვეყნებში

1993 წლის სექტემბერში ჩატარდა საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე „ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა განვითარებად ქვეყნებში: 1990-იანი წლების საკითხები“ კონფერენციის ჩატარების პერიოდში, დიდი დაინტერესება იყო ამ საკითხისადმი. ამერიკის შეერთებულ შტატებში იხილავდნენ კლინტონის გეგმას, უკანასკნელი რამდენიმე ათწლეულის ყველაზე მნიშვნელოვან წინადადებას ჯანდაცვის რეფორმის ირგვლივ. დიდი ბრიტანეთი, ნიდერლანდები, შვედეთი და ევროპის სხვა ქვეყნები ნერგავდნენ ფინანსურ და მიწოდების ახლებურ მექანიზმებს. საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნები, მაგალითად ტაივანი, ნერგავდა ჯანდაცვის დაზღვევის ახალ სისტემას. მსოფლიო ბანკს ახალი გამოქვეყნებული ჰქონდა 1993 წლის განვითარების ანგარიში „ინვესტიცია ჯანდაცვაში“, სადაც შემოთავაზებული იყო ჯანდაცვის სტრატეგიების განსხვავებული ხედვა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის მნიშვნელოვან მიღწევად ითვლებოდა ბავშვთა უნივერსალური იმუნიზაცია, ორალური რეჰიდრატაციის თერაპია და ამერიკის კონტინენტზე პოლიომელიტის პრაქტიკულად სრულიად აღმოფხვრა. ამავე პერიოდში ახლებური მიდგომა ჩამოყალიბდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, დაავადებული ბავშვების, იმუნოდეფიციტის/შიდსის მიმართ. შედეგი გამოიღო ვერტიკალურმა და კატეგორირებულმა პროგრამებმა. თუმცა, უფრო და უფრო აშკარა ხდებოდა, რომ წარმატების შესანარჩუნებლად ჯანდაცვის სისტემებს ბევრად მეტი მხარდაჭერა ესაჭიროებოდათ, როგორც ეს სექტორის სხვადასხვა ანგარიშებიდან და ჯანდაცვის სექტორის შეფასებებიდან გამოიკვეთა, მთელ რიგ განვითარებად ქვეყნებში, ჯანდაცვის სისტემები რეალურად ფუნქციონირებდა არაეფექტური და არათანაბარი რესურსების განაწილების, უხარისხო მომსახურების და დემორალიზებული პერსონალის პირობებში. პაციენტები სახელმწიფო სამედიცინო სისტემიდან კერძო სისტემაში გადადიან, რითაც გამოხატავენ თავიანთ დამოკიდებულებას. ჯანდაცვის ასეთ დანგრეულ სისტემებში ისმოდა შეკითხვა იმის შესახებ, შენარჩუნდება კი ასეთ ვითარებაში მიღწეული შედეგები ღონორების მხარდაჭერის დასრულების შემდეგ, მეტი ფონდების მოძიება უფრო გონივრული იქნება თუ არა, შეიძლება თუ არა უკიდურესად ღარიბ ქვეყნებში მიღწევებზე საუბარი და სხვა. კონფერენციაზე „ჯანდაცვის სექტორის

რეფორმა“ გამოიკვეთა აზრი, რომ ჯანდაცვის სისტემების ახლებური ხედვა და ინოვაციები აღმოფხვრის ამ უთანასწორობას. ისეთი კონცეფციები, როგორებიცაა „ახალი საზოგადოებრივი მართვა“ ან „კერძო საზოგადოებრივი პარტნიორობა“ გეპირდებოდა საზოგადოებრივი მიზნებისა და ანტრეპრენიორული კრეატიულობის პოტენციურ სინთეზს, რამაც შეიძლება მოიტანოს ჯანდაცვის მიღწევების ახალი ერა. ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში, ინოვაციები ჯანდაცვის დაფინანსების და მიწოდების საკითხებში, თითქოს უფრო ამტკიცებდა ამ სისტემების ბიუროკრატიულობას. შეეძლო კი ამ სიახლეებს ახალი ენერჯია შთაებერა განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებისათვის? დიდი ცვლილებები განიცადა სამედიცინო საზოგადოებამ ამ პერიოდის მერე. ათწლეულის ბოლოს, სხვა საერთაშორისო კონფერენციაზე, ჯანდაცვის სისტემის წამყვანი მკვლევარებისგან მოვისმინეთ, რომ „ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა“ განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემების ყველაზე დიდი დამანგრეველია. აუდიტორიის დიდი ნაწილი ამ აზრს დაეთენხმა. მთელი რიგი პრობლემების გამომწვევ მიზეზად დასახელდა „ჯანდაცვის რეფორმის ჩავარდნა“; მათ შორის გაზრდილი სამედიცინო გადასახადები, ვერტიკალური იმუნიზაციის მიერ მიყენებული ზიანი და დეცენტრალიზაციის შემდეგი ოჯახური დაგეგმვის პროგრამები. ასევე ღარიბთა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შემცირება, რაც გამოწვეულია არათანასწორი სადაზღვევო სისტემებით.

რა მოხდა ამ წლებში? რა დოზით მოხდა საწყისი ოპტიმიზმის რეალიზება (ან პესიმიზმის)? DDM პროექტის დასრულებამ მოგვცა საშუალება გამოვიკვლიოთ ეს საკითხები. მოდით გავარკვიოთ თუ რა ცოდნა დაგროვდა განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სექტორის რეფორმაზე ათწლეულის განმავლობაში (რა პერიოდშიც მიმდინარეობდა ეს პროექტი) და დავესვათ საკუთარ თავს შეკითხვა, რა შეგვიძლია ვისწავლოთ აქედან?

რეფორმა გულისხმობს დადებით ცვლილებებს. მაგრამ ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა მოიცავს უფრო მეტს, ვიდრე მხოლოდ ჯანმრთელობის ან ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებას. 1995 წელს, DDM ჩამოაყალიბა ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის განსაზღვრება, როგორც: „ხანგრძლივი, მიზანმიმართული და ფუნდამენტალური ცვლილება“; სადაც „ხანგრძლივი“ ნიშნავს არაერთჯერად და დროებითს, არამედ ხანგრძლივმოქმედ გავლენას; „მიზანმიმართული“ ნიშნავს რაციონალურს, გეგმიურს და ფაქტებზე დაფუძნებულს; და „ფუნდამენტალური“

ნიშნავს ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან სტრატეგიულ სიღრმეებს (ბერმანი 1995 წელი). გამოკვლეულია ჯანდაცვის სისტემის ცვლილების სპეციფიური განზომილებები, რომლებიც რეფორმის სტრატეგიების ნაწილი იყო (კასელსი 1995). ცალსახაა, რომ ჯანდაცვის სექტორის რეფორმამ შეიძლება მოიცვას ჯანდაცვის სისტემების ფართო სპექტრი.

ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა არ არის კონცეფცია, რომელსაც უნდა ჰქონდეს მხოლოდ ერთი განსაზღვრება. არ უნდა დავიდეთ მცირე დეტალებამდე და გავარკვიოთ რა შედის და რა არ შედის რეფორმის ფარგლებში (კასელსი და ჯანოვსკი 1996 წელი). თუმცა ამ მოსაზრების კრიტიკოსები გვთავაზობენ უფრო ნათლად ჩამოვყალიბოთ ის, თუ რა იგულისხმებოდა (ივარაუდებოდა) და რაზე გამოვხატავთ კრიტიკულ აზრს. იმისათვის, რომ შევაფასოთ რეფორმის ეფექტურობა, უნდა უფრო ნათლად ვიცოდეთ რა იგულისხმება რეფორმის ქვეშ.

პირველადი განსაზღვრების მიხედვით უმჯობესია დავაკონკრეტოთ, თუ რას ვგულისხმობთ „ფუნდამენტალური ცვლილებების“ ქვეშ. უილიამ ჰსიასოს (2000 წელი) სტატიაში მოჰყავს „მაკონტროლებელი ნიშნულები“ ჩამონათვალი („Control knobs“) რომლითაც ისაზღვრება ჯანდაცვის სისტემების ძირითადი პროცესები და შედეგები. ჰსიასოს აზრით, ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი აქცენტი უნდა გაკეთდეს: დაფინანსების, გადასახადების, ორგანიზების, რეგულირების და მომხმარებელთა ქცევის ჩამოყალიბებისა და მორგებისათვის.

ჯანდაცვის სისტემის ასეთი მექანიზმების ნათლად ჩამოყალიბება დაგვეხმარება ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის უფრო ფრთხილ დახასიათებაში. შეიძლება უფრო გამოსადეგი იყოს სისტემური ცვლილებების სტრატეგიული და ფუნდამენტალური პროგრამების გამოყოფა შეზღუდული, ნაწილობრივი ან მზარდი პროგრამებისგან. პირველ ნაწილს შეიძლება ვუწოდოთ რეფორმები დიდი ასოთი (R), მეორეს კი რეფორმები პატარა ასოთი (r). გთავაზობთ, დიდი R-ით მოვისხენოთ ის რეფორმები, რომლებიც თავის თავში მოიცავს ჰსიასოს მიერ ჩამოთვლილ მინიმუმ ორ ელემენტს, ხოლო პატარა r-ით კი ის პროგრამები, სადაც შედარებით შეზღუდული მასშტაბით მხოლოდ ერთი ასეთი ელემენტი, შედის. მაგალითისათვის, ახალი ან ფართომასშტაბიანი ეროვნული ჯანდაცვის სადაზღვევო სისტემის ჩამოყალიბება ითვალისწინებს, დაფინანსების, რეგულირების და მიწოდების საქმეში მნიშვნელოვანი ცვლილებების განხორციელებას. იმის მიხედვით, თუ როგორ არის იგი სტრუქტურირებული ის ასევე გავლენას მოახდენს ჯანდაცვის მიწოდების საკითხებზეც. აქედან

გამომდინარე, იგი ჩაითვლება რეფორმად „დიდი ასოთი“ და პირიქით რეფორმები „პატარა ასოთი“ იქნება მაგალითად მომსახურების საფასურის შემოდება საზოგადოებრივ კლინიკებში ან, ეროვნული სასწავლო საავადმყოფოებისათვის ავტონომიის მინიჭება. ასეთ ქმედებებს, ეჭვგარეშეა რომ დიდი სარგებლის მოტანა შეუძლიათ, თუმცა ისინი ცალკე აღებული არ არის იგივე მასშტაბის და სირთულის, რაც ე.წ. „რეფორმები დიდი ასოთი“. „R“ ტიპის რეფორმები თავის თავში შეიძლება ბევრი „r“ ტიპის რეფორმის განხორციელებას მოიცავდეს:

- 1) სისტემური პაკეტი ცვლილებებისა;
- 2) რეფორმა უნდა იყოს “მიზანმიმართული“ ეს ნიშნავს, რომ რეფორმის ელემენტები და კომპონენტები უნდა ჩამოყალიბდეს რაციონალურად: ნათლად გამოიკვეთოს ჯანდაცვის სისტემების პრობლემები, ფაქტებზე დაფუძნებულად, მოიძებნოს სისტემის ცვლილებებისა და ამ პრობლემის გადაჭრის დამაკავშირებელი მექანიზმი. აუცილებელია შემუშავდეს ჯანდაცვის რეფორმის ნათლად ფორმულირებული პოლიტიკა, იმგვარად, რომ მასში მონაწილე პასუხისმგებელმა პირებმა, რომლებიც ახორციელებენ ცვლილებებს, შეძლონ კონკრეტულად განსაზღვრონ მიზნები და ამოცანები, კავშირი, მათ საქმიანობასა და რეფორმის მიზანს შორის ასევე სისტემის სხვადასხვა კომპონენტებთან;
- 3) რეფორმა უნდა იყოს „ხანგრძლივმოქმედი“ ყველაზე ფუნდამენტალური ცვლილებები იქნება ხანგრძლივმოქმედი ხასიათის, რადგან ისინი ითვალისწინებს სისტემების მნიშვნელოვან ტრანსფორმაციას და ახალი მოქმედი პირების შექმნას, რომლებიც დაიცავენ თავიანთ ახალ ინტერესებს პოლიტიკურ პროცესებში. თუმცა, ასეთად არ ჩაითვლება ის რეფორმები, რომლებიც შემოთავაზებულია კანონმდებლობით და რომელთა განხორციელებაც არ მოხდა; არც ისინი, რომლების განხორციელებაც დაიწყო და შეწყდა, მაგ, ნიდერლანდებში არ განხორციელდა ამბიციური რეფორმა სახელწოდებით „მართული კონკურენცია“, ბოლომდე არ გატარდა შესაბამისი დონისძიებები და მოგვიანებით დამატებები შევიდა რეფორმის კანონმდებლობაში, რითაც მთლიანად გაბათილდა გატარებული სისტემური ცვლილებები. ბუნებრივია, ჩვენ შეიძლება გარკვეული ცოდნა მივიღოთ შეუძღვარი ან განუხორციელებელი რეფორმებიდან, მაგრამ ისინი ვერ წარმოადგენს სრულ სურათს.

დაყოფის მიზანი სულაც არ არის უტყუარი მაჩვენებლის გამოკვეთა, რომელსაც გამოვიყენებთ იმის განსაზღვრავად, განხორციელდა მსხვილ თუ მცირე

მასშტაბიანი რეფორმა; არამედ ჩვენ გვინდა განვიხილოთ ბოლო ათწლეულში დაგროვილი გამოცდილება ჯანდაცვის რეფორმის ირგვლივ.

მნიშვნელოვანია მიზნობრივი ჯანდაცვის რეფორმა განვასხვავოთ სისტემაში განხორციელებული გარედან ნაკარნახევი ცვლილებებისაგან. ასეთი განსხვავებები საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ რეფორმები მათი ძირეული მნიშვნელობით. ტერმინის „ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა“ გამოყენება მისი სხვადასხვა მნიშვნელობით და განსხვავებული მოტივაციის მქონე მხარის მიერ გამოყენება შეიძლება აიხსნას ჯანდაცვის სისტემის ცვლილების მრავლად არსებული ნეგატიური გამოცდილებით. ცვლილებები, რომლებიც, თავს მოხვეულისა სამთავრობო ინიციატივით, ხშირად საერთაშორისო დონორების მხარდაჭერით, არ ისახავს მიზნად ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებას. ასეთი პროექტები უფრო ხშირად მაკროეკონომიკური სტაბილურობის მიღწევას ან უფრო დემოკრატიული პოლიტიკური სისტემების ჩამოყალიბებას ემსახურებიან და ისახავენ სამედიცინო მიზნების მიღწევას. მსგავსმა ცვლილებებმა, შეიძლება გამოიწვიოს ჯანდაცვის სისტემების ან ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, მაგრამ შეიძლება არც გამოიწვიოს. ხშირად მათ შემუშავებისას, ასეთი მიზანი არც არის. ფრთხილად უნდა ვიყოთ ცვლილებების „ჯანდაცვის სექტორის რეფორმად“ მოხსენიებისას, რადგან მათ ცოტა მცირე ინფორმაცია შეიძლება მოგვაწოდონ ჯანდაცვის სისტემის მიზანმიმართული ცვლილებების შესახებ, თუმცა, მათ შეიძლება დიდი გავლენაც მოახდინონ სისტემაზე.

გარედან თავსმოხვეული ცვლილებები, შეიძლება რამდენიმე წყაროდან მოდიოდეს, მაგალითად:

1. ჯანდაცვის სისტემის ზოგიერთი ცვლილება შეიძლება გამომდინარეობდეს პოლიტიკური, სოციალური ან ეკონომიკური რეფორმიდან, დაუშვათ ქვეყნის კომუნისტური წყობიდან გამოსვლის პერიოდში;
2. სხვა ტიპის ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებები გამოწვეული იყო მთლიანად სახელმწიფოს რეფორმიდან (მაგ. ლათინური ამერიკა);
3. ჯანდაცვის სისტემის განსხვავებული ცვლილებები გამოიწვია მწვავე ფინანსური კრიზისის დასაძლევად შემუშავებულმა ეროვნულმა პროგრამებმა (როგორც წესი „სტრუქტურულის შესაბამისობის მიღწევის“ ფორმით); თავიდან განხორციელდა ლათინურ ამერიკაში 1980-იან წლებში და უფრო მოგვიანებით ჩრდილოეთ აფრიკის ქვეყნებში.

„რეფორმა შეიძლება ხასიათდებოდეს რეფორმად დიდი (სტრატეგიული და მიზანმიმართული) და პატარა (ინკრემენტალური და მიზნობრივი) ასოებით“ და განსხვავებული შეიძლება იყოს ამ ორი ფორმის შეფასების მეთოდებიც. თუმცა იმის საწინააღმდეგოდ, რაც ითქვა, ჩვენ დავაკვირდით, რომ ყველაზე უფრო მიზანმიმართული ჯანდაცვის რეფორმა არის ე.წ. „ჩ“ რეფორმის. მხოლოდ მცირე რაოდენობის განვითარებადმა ქვეყანამ ჩაატარა ჯანდაცვის სისტემის მომცველობითი ანალიზი, გეგმიური სტრატეგიული ცვლილებების განხორციელების შემდგომ. ძალიან მცირეა იმ ქვეყნების რაოდენობა, სადაც ჩატარდა „R“ ტიპის რეფორმები და შეიძლება აქედან დასკვნების გამოტანა. უფრო ხშირია „ჩ“ ტიპის რეფორმების განხორციელების პრაქტიკა. ასეთი მცირე მასშტაბიანი ცვლილებები ფუნდამენტალურად ვერ შეცვლიან ჯანდაცვის სისტემას, მაგრამ მათ აქვთ როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი გავლენა.

მიმოვიხილოთ, ხსენებული რეფორმების რამდენიმე ტიპი. პირველად შევეხოთ ჯანდაცვის ცვლილებებს, რომლებიც თავს მოხვევლია სექტორის გარედან. მაგალითებია ქვეყნები, რომლებიც გამოდიან კომუნისტური წესწყობილებიდან – ყოფილი საბჭოთა კავშირის, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები და ქვეყნები სადაც კვლავ მმართველობაშია კომუნისტური პარტია, თუმცა რომლებმაც გახსნეს ეკონომიკა (მაგ. ჩინეთის სახელმწიფო რესპუბლიკა და ვიეტნამი). აღმოჩნდა, რომ საბაზრო პრინციპებით გამოწვეულმა სტრუქტურულმა და ეკონომიკურმა ცვლილებებმა, უმეტეს შემთხვევაში უარყოფითი გავლენა იქონია ჯანდაცვის სექტორზე. ჩინეთში, 1978 წელს დაწყებულმა ეკონომიკურმა ცვლილებებმა (გუ და ტანგ, 1995 წ.) დაშალა ჯანდაცვის დაფინანსების სოციალური მექანიზმი. მის შედეგად, მოხდა სახელმწიფო სისტემაში საბაზრო ძალების უეცარი შეჭრა. პირველადი დონის მომსახურებამ დაკარგა თავისი კოლექტიური დაფინანსების საფუძველი ჩინეთის უმრავლეს სოფლებში. სახელმწიფო ბიუჯეტი არა ადეკვატურად აფინანსებდა საავადმყოფოებს ქალაქში. მან მოიტანა ისეთი მნიშვნელოვანი ცვლილებები, როგორცაა სოფლის ექიმის პრაქტიკის პრივატიზაცია, საავადმყოფოების ფინანსური ავტონომიების შემოღება და ფასების ესკალაცია (მოხდა ფასების ლიბერალიზაცია და პროვაიდერები თავისუფალნი იყვნენ, შემოსავლის გაზრდაში). ჯანდაცვის სექტორის ცვლილებები ჩინეთში, ეკონომიკის ამ რეფორმის საპასუხო იყო (უეი და რენი, 1999ლ; ლიუ და ალ, 1995). ითვლება, რომ სახელმწიფოს პრიორიტეტი არ იყო ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა, მაგრამ არსებობს ნიშნები იმისა, რომ ზოგიერთ პროვინციაში და ქალაქში

განვითარდა, ცვლილებებისა და ექსპერიმენტების ამ პერიოდის უფრო მომცველობითი ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების ინტერესი.

ჯანდაცვის სისტემის გარედან თავსმოხვეული რეფორმის ძირითადი ტიპი არის მთლიანად სახელმწიფოს რეფორმის და დეცენტრალიზაციის შედეგი, როგორც ეს მოხდა ლათინური ამერიკის ქვეყნებში. გვიან 1980-იან და 90-იან წლებში, ლათინურ ამერიკაში გაჩნდა რეფორმებით დაინტერესების ტალღა, რომელიც გამოწვეული იყო 80-იანი წლების ფინანსური “ვალების” კრიზისით და სამხედრო წყობილების ათწლეულის შემდგომ, დემოკრატიის აღდგენის სურვილით (გრინდელი, 1996 წელი). მაგალითად ბოლივია, 1993 წელს სანჩეს ლოზადას ხელისუფლებაში მოსვლის შემდეგ. სახელმწიფოებრივი რეფორმა განხორციელდა ქვეყნის ბიუჯეტის შემცირებით და სახელისუფლებო ფუნქციების მუნიციპალიტეტებზე დეცენტრალიზაციის გზით. სამთავრობო ფუნქციები ჯანდაცვასთან მიმართებაში ზევით ხსენებული პროცესის შესაბამისად გადაეცა მუნიციპალიტეტებს. თუმცა, ამას არ ჰქონია ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის სახე. ამ ცვლილებამ პირველ ეტაპზე მოიტანა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის დაფინანსების შემცირება და ეს გაგრძელდა მანამ, სანამ ჯანდაცვის „I“ ტიპის რეფორმის მიხედვით, არ დაევალა მუნიციპალიტეტებს მათი დაფინანსების ასიგნირებული თანხის ჯანდაცვაზე მიმართვა (რუიზი და გიუსანი, 1998; დიმერტიჩენკო, 1990).

დეცენტრალიზაციის რეფორმის მაგალითები სხვა კონტინენტზეც არსებობს და მათ შორის სენეგალი ერთ-ერთი გამორჩეულია. სენეგალში, ჯანდაცვის სექტორის ადგილობრივ წარმომადგენლობებზე დეცენტრალიზაციის დიდი ხნის მცდელობის შემდეგ, მთავრობამ განახორციელა რადიკალური ნაბიჯი და მოახდინა სექტორის სრული დეცენტრალიზაცია ადგილობრივ მუნიციპალიტეტებზე და ამასთან, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების და ფუნქციონირების არანაირი სამოქმედო წესები არ მიუწოდებია მათთვის. ასეთმა ნაბიჯმა ქვეყანა მიიყვანა სისტემის სრულ დაშლამდე, არ არსებობდა პრაქტიკულად არანაირი კომუნიკაცია დარგის ხელმძღვანელებსა და მერებს შორის (გრიდმანი, 2000 წ.). ბოლივიასა და სენეგალში, ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერები და საერთაშორისო ორგანიზაციები დეცენტრალიზებული ჯანდაცვის სისტემებში ინვესტიციის ჩადების გზით, ცდილობდნენ რაიმე სარგებელი ენახათ შექმნილი მდგომარეობიდან, მაგრამ ყოველივე ეს ძალიან შორსაა და არაფერი აქვს საერთო მიზანმიმართული, ჯანდაცვის სისტემისათვის სპეციალურად შემუშავებული და მისი გაუმჯობესებისაკენ მიმართული დეცენტრალიზაციისაგან.

რეფორმის გარედან თავზე მოხვევა კიდევ მოხდა აფრიკის ქვეყნებზე, რაც გამოიწვია 1980-იანი და 90-იანი წლების ფინანსურმა კრიზისმა. საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების (მსოფლიო ბანკი და საერთაშორისო სავალუტო ფონდი) მიერ ინიცირებული სტრუქტურული გარდაქმნის პროგრამები, გულისხმობდა ადგილობრივი ვალუტის დევალვაციას, სამთავრობო დანახარჯების (ხშირ შემთხვევაში, სოციალური დანახარჯების ჩათვლით) და ვალების შემცირებას და სახელმწიფო მომსახურებების შეზღუდვას. ხშირად ეს პროცესები დიდ გავლენას ახდენდა ჯანდაცვის სისტემაზე, ხდებოდა რა დანახარჯების შემცირება და ფასების მომატება იმპორტირებულ საქონელზე. არსებული გამოცდილების გაანალიზების შემდეგ, სანმა და ბერნიემ (1995) აღნიშნეს, რომ „სტრუქტურული გარდაქმნები, ფისკალური გამკაცრების და ბიუჯეტის შემცირებით, არ უქმნის საფრთხეს ჯანდაცვის სექტორის ფუნქციონირებას“. მაგრამ მათ ასევე აღნიშნეს, რომ, „სტრუქტურული გარდაქმნები არ განაპირობებს შეზღუდული რესურსების მნიშვნელოვან ინტრა-სექტორალურ ხელახალ გადანაწილებას“ და „იშვიათია მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რეფორმები თავისი ბუნებით არ არის მზარდი“. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, ამ მაკრო-ეკონომიკურ რეფორმებზე, ჯანდაცვის სექტორი ყველაზე ხშირად პასუხობდა „რ“ ტიპის ჯანდაცვის დაფინანსებას აქტივობებით, მაგალითად კენიასა და განაში მომსახურების საფასურის შემოღება, ბამაკოს ინიციატივა თემის ხელშეწყობა წამლების დაფინანსებით.

იშვიათია ქვეყნები, სადაც ჯანდაცვის რეფორმა განხორციელდა მიზანმიმართულად, ფუნდამენტალურად და ხანგრძლივმოქმედად (როგორც ეს DDM-ის მიერ ჩამოყალიბდა 1993 წელს). 1980 წლის შემდეგ, მსგავსი რეფორმა განხორციელდა: ჩილეში, კოლუმბიაში, ზამბიაში, ჩეხეთის რესპუბლიკაში, უნგრეთში, პოლონეთში (1990-ის შემდეგ), ჩინეთში (ქვეყნის პილოტურ რეგიონებში) და სამხრეთ აფრიკაში, ჩამოთვლილთაგან მხოლოდ ზამბია და ჩინეთია დაბალ შემოსავლიანი ქვეყანა. პირიქით, ძალიან დიდი იქნება სია, თუ ჩამოვთვლით ქვეყნებს, სადაც განხორციელდა „რ“ ტიპის რეფორმები ჯანდაცვით სფეროში. მათ შორის დაეუშვათ დაფინანსების ახალი მექანიზმის – მომხმარებლის საფასურის შემოღება და ადგილობრივი წინასწარი გადახდის სქემები მართვისა და ორგანიზების ახალი ფორმები – დეცენტრალიზაცია და საავადმყოფოების ავტონომია. ჩილეში ჯანდაცვის რეფორმა 80-იანი წლების დასაწყისში დაიწყო და რეფორმების ტალღის ერთ-ერთი პირველი იყო. (ტალღის პირველადი ეტაპი იყო 1950, 60-იან წლებში ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება). ჩილეს

რეფორმა ითვალისწინებდა კერძო სადაზღვევო გეგმების, სახელად ISAPRE შემოღებას და პირველადი სისტემის დეცენტრალიზაციას (კასტანედა, 1992). იგი მოიცავდა ჰსიაოს თითქმის ყველა საკონტროლო ნიშნულს:

- ძირეული ცვლილებები დაფინანსებაში – კერძო სადაზღვევო სისტემის შემოღებას, რომელიც მნიშვნელოვნად ფინანსდებოდა სოციალური დაზღვევის შენატანებით;
- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების დეცენტრალიზაციის მუნიციპალიტეტებზე;
- გადახდის მექანიზმის ცვლილებას და მასში მომსახურების საფასურის და შემდეგ ერთ მოსახლეზე (პერ კაპიტა) გაანგარიშების შემოღებას;
- ახალი მარეგულირებელი რეჟიმის, მათ შორის სადაზღვევო კონტროლის ჩამოყალიბება;
- ჯანდაცვითი ქცევის შეცვლის ახალი პროგრამები (პრევენციისაკენ მიმართული).

1993 წელს დაწყებული რეფორმა კოლუმბიაში ასევე მოიცავდა ყველა „საკონტროლო ნიშნულს“; ინოვაციური სოციალური დაზღვევის ფარგლებში, მისი საშუალებით შესაძლებელი გახდა „კონკურენციის მართვა“ საზოგადოებრივი და კერძო სამედიცინო დაზღვევის გეგმებისა და საზოგადოებრივი – კერძო პროვაიდერებთან კონტრაქტის დადების გზით (კოლუმბიის ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის პროექტი, 1996).

ზამბიური მოდელი (დაწყებული 1991-1992 წლებში) ითვალისწინებდა სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის ინოვაციურად რესტრუქტურირებას ინსტიტუციონალურ დონეზე. რეფორმის ფარგლებში შეიქმნა ჯანდაცვის ცენტრალური საბჭო, რომელიც ზედამხედველობას უწევდა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების საქმეებს და არ შედიოდა ჯანდაცვის სამინისტროს შემადგენლობაში. ეს მოდელი ასევე გულისხმობდა დეცენტრალიზაციას მნიშვნელოვანი მასშტაბით (რეგიონის ჯანდაცვის მენეჯმენტის გუნდზე და საბჭოებზე), მომსახურების საფასურის შემოღებას და სარგებლის პაკეტების შექმნას (მსოფლიო სავაჭრო ორგანიზაცია, 1997).

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში საბჭოთა სისტემის შესაცვლელად ასევე განხორციელდა მთელი რიგი ფუნდამენტალური რეფორმები.

1990-იან წლების დასაწყისში დაწყებული რეფორმა ჩეხეთის რესპუბლიკაში გულისხმობდა სახელწიფო მომსახურების სწრაფი ტემპით პრივატიზაციას, სახელმწიფოსთან დაკავშირებულ და კერძო სადაზღვევო ფონდების შექმნას, ანაზღაურების ახალი სისტემის შემოღებას.

უნგრეთში ჩატარდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ ამბიციური პრივატიზაცია, შემოიღეს ცენტრალიზებული სოციალური დაზღვევის სისტემა და მოხდა მუნიციპალურ დონეზე საკუთრების დეცენტრალიზაცია. პოლონეთშიც განხორციელდა დეცენტრალიზაცია, ავტონომია მიენიჭა საავადმყოფოებს და კლინიკებს და მოხდა რამდენიმე პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში პოლიტიკური პრივატიზაცია შერჩეულ რეგიონებში; თუმცა ეს ყველაფერი მოხდა მხოლოდ 1997 წელს ჯანდაცვის დაზღვევის შესახებ საკანონმდებლო აქტის მიღების შემდეგ, რითაც ფუნდამენტალური ცვლილება განხორციელდა (ბერმანი, 1998).

სრულმასშტაბიანი „R“ ტიპის რეფორმების გამოცდილების მქონე ქვეყნებს საერთო მახასიათებლები აქვს; პირველ რიგში ხანდახან (მაგრამ არა ყოველთვის) ასეთად შეიძლება ჩაითვალოს მწვავე კრიზისი (პოლიტიკური და/ან ეკონომიკური), კოლუმბიაში ჯანდაცვის რეფორმის კანონმდებლობა შეიცვალა ეროვნული საპენსიო სისტემის რეფორმის პარალელურად, ამ უკანასკნელის კრიზისის გამო. კოლუმბიაში პირველად დიდი ხნის განმავლობაში, დემოკრატიული წესით აირჩიეს ხელისუფლება. ქვეყანაში აღმოჩნდა ნავთობის მარაგი, რამაც საშუალება მისცა მთავრობას განეხორციელებინა ძვირადღირებული და პოპულარული პოლიტიკური ცვლილებები. თუმცა ეს ყოველთვის ასე ვერ ხდება, მაგრამ სავარაუდოა, რომ ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა ფართო სახელწიფოებრივი გარემოსდაცვითი სტრატეგიის შეცვლის გამო. ასეთი განაცხადის არსებობა, საჭიროების აღიარება და ცვლილებების განხორციელების შესაძლებლობა, ყოველთვის არ არის საკმარისი პირობა „R“ ტიპის რეფორმის განსახორციელებლად. მაგალითად ჩილეში მსგავსი რეფორმები ჩატარდა ეკონომიკური კრიზისისა და გარდამტეხი პოლიტიკური ცვლილებების გარეშე. მართალი „R“ რეფორმის დაწყებას წინ უნდა უძღოდეს ანალიტიკური სამუშაო და დადგენა, მაგრამ ჩამოთვლილი ქვეყნების უმრავლესობაში ეს არ მომხდარა. უფრო ხშირად, ანალიზი ჩატარდა, მაგრამ იშვიათი იყო მისი, რეფორმების დაწყებამდე ჩატარება. სხვა ქვეყნებმა, ანალიზის ჩატარების საჭიროება აღმოაჩინეს მხოლოდ რეფორმის დაწყების შემდეგ.

ჩილეს რეფორმა შემუშავდა ტექნოკრატთა მცირე ჯგუფის მიერ, რომლებმაც შეიძინეს სამხედრო რეჟიმის უარყოფითი მიმართება, იმის გამო, რომ მათ ჰქონდათ საუკეთესო მონაცემები და ანალიზი.

ზიმბაბვესა და კოლუმბიაში რეფორმები დაიწყო მნიშვნელოვანი ანალიზის ჩატარების შემდეგ. მათ შორის შეფასდა მომსახურების უტილიზაცია, დაავადებების ტვირთი, ჩატარდა ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი. კოლუმბიაში შეფასდა არსებული და შეთავაზებული სადაზღვევო სისტემები, თუმცა, მთელი ეს სამუშაო საკმარისი არ იყო და დიდი დამატებითი სამუშაო განხორციელდა რეფორმის მიმდინარეობის პროცესშიც.

საპირისპირო მაგალითია პოლონეთი, სადაც ახალი სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა დაიწყო ძალიან შეზღუდული ინფორმაციისა და გამოცდილების პირობებში (ბერმანი 1998), რეფორმის მიმდინარეობის მეორე წელს, ხელისუფლება აგროვებდა ფაქტებს ახალი სისტემის მართვისთვის.

ეფექტურად განხორციელებისა და სიცოცხლისუნარიანობისათვის, R ტიპის რეფორმას ესაჭიროება საკმაოდ დიდი რაოდენობის კვალიფიციური ადამიანური რესურსები, ინსტიტუციონარული მხარდაჭერა და სტაბილურობა. პრაქტიკულად ყველა სხენებულ ქვეყანაში, მოხდა ამ საჭიროების არასათანადო დონეზე შეფასება. პოლონეთში ხელისუფლება შეიძლება შეფასებული შეთავაზებული სამედიცინო დაზღვევის სისტემის სტრუქტურაზე. მიუხედავად ამისა, 1999 წლის იანვარში, ამ სისტემის რეალურად განხორციელების შემდეგ, შეიქმნა მომზადებული კადრების სიმცირე, რომლებსაც ხელმძღვანელობა უნდა გაეწიათ 17 რეგიონალური დაავადებების ფონდსთვის, ასევე შეზღუდული იყო ადამიანური რესურსები ცენტრალური მონიტორინგისა და მარეგულირებელ ორგანოში სამუშაოდ.

კოლუმბიაში „მართული კონკურენციის“ პროექტი მოითხოვდა ახალი უნარჩვევების მქონე კადრების ყოლას საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში და ჯანდაცვის ხელმძღვანელობაში, რომელსაც შეცვლილი, მარეგულირებელი ფუნქციები დაეკისრა (ბოსერტი 1998).

განსაკუთრებით პრობლემატურია ინსტიტუციონალური სტაბილურობის საკითხი განვითარებულ ქვეყნებში, რომლებიც ხასიათდება პოლიტიკური გარემოს ცვლილებებით. რეფორმის დაწყებიდან პირველი 6 წლის განმავლობაში, კოლუმბიაში გამოიცვალა ჯანდაცვის 5 მინისტრი. თითოეულმა მათგანმა თან მოიყვანა თავისი გუნდი (ბოსერტი 1998).

ზამბიაში ჯანდაცვის სამინისტროს ხელმძღვანელობა უფრო სტაბილური, ხოლო ჯანდაცვის რეფორმისადმი პოლიტიკური მხარდაჭერა კი ცვალებადი იყო (ბოსერტი 2000).

„რეფორმის მცირე ასოთი“ გამოცდილება რა თქმა უნდა ძალიან განსხვავებული და მრავალნაირია. იგი შეიძლება შემუშავდეს, როგორც ჰსიას მიერ ჩამოთვლილი ერთ-ერთი რომელიმე საკონტროლო ნიშნულის შესაცვლელად, ან ჯანდაცვის სისტემის ერთი სამიზნე ნაწილის (მაგ. საავადმყოფოების ან ჯანდაცვის ცენტრების), მოსახლეობის ერთი ჯგუფის (მაგ: სოფლის ან ქალაქის, ან სახელმწიფო სექტორის თანამშრომლების) ან მომსახურების ერთი რომელიმე მომსახურების ტიპის (იმუნიზაცია ან მშობიარობა) რეფორმირებისათვის.

აფრიკაში, შემოიღეს მომსახურების საფასური, ქვეყანაში ასეთი ცვლილებები განხორციელდა სხვა თანმდევი სისტემური ცვლილებების გარეშე და ნაკლები ყურადღება მიენიჭა სისტემის სხვა ნაწილებზე მის გავლენას (ქრიზი 1990). ამ ტიპის რეფორმის კიდევ ერთი მაგალითი, ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაცია, რაც ცენტრალური ამერიკის უმრავლეს ქვეყანაში განხორციელდა და ითვალისწინებს ჯანდაცვის სამინისტროს ადგილობრივი ოფისებისათვის ფუნქციების ნაწილის გადაცემას (ბოსერტი 1998 წელი).

ინდოეთში, კენიაში და ზიმბაბვეში, შეიქმნა ავტონომიური (დამოუკიდებელი) საავადმყოფოები (სისტემის დაფინანსების და ანაზღაურებაში მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე) – (გოვიუნდარაჯი და ჩავალა, 1995). ამასთან დიდი ძალისხმევა მოხმარდა კერძო სექტორის პრომოციას, განსაკუთრებით არასამთავრობო ორგანიზაციების მეშვეობით და დონორების დაფინანსებით (მაკპეიკი 1997). „რ“ ტიპის რეფორმის კერძო შემთხვევაა პილოტური პროგრამები, რომლებიც ემსახურება „R“ ტიპის სტრატეგიების შემუშავებას აღებულ რეგიონში, ახალი მიდგომის გამოცდისათვის. გამომდინარე „R“ მოდელის პოლიტიკური და ტექნიკური სირთულიდან, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ სხენებული მოდელი მიღებულია; თუმცა დაკვირვებამ ცხადყო, რომ ეს უფრო გამონაკლისი, ვიდრე წესია.

ყირგიზეთში ისი-კულში დიდი წარმატებით განხორციელდა ჯანდაცვის დარღვევების პილოტური პროგრამა; ანალოგიური ჩამოყალიბების პროცესშია ეგვიპტეში, ალექსანდრიაში. აღრეა მტკიცება, რომ ეს პილოტური პროგრამები „R“ მოდელებად გადაიქცევა ამ ქვეყნებში. იდეალურ შემთხვევაში (აკადემიური მუშაკების ყველაზე საყვარელი საკითხი), პილოტირება, „R“ მოდელის შემუშავების

ყველაზე მისაღები გზაა. თუმცა, პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ განვითარებად ქვეყნებში პოლიტიკოსები უპირატესობას ცვლილებების სწრაფად განხორციელებას ანიჭებენ; მიუხედავად გარკვეული რისკისა, რაც თან სდევს პილოტირების მეთოდის გამოყენებას, ხშირად ეს არის გზა, თავიდან აიცილო „R“ რეფორმის განხორციელება.

რა თქმა უნდა მნიშვნელოვანია, რომ ბევრი „R“ ტიპის ქმედებები იწვევს „R“ მოდელში. პაციენტის მიერ გადახდელი მომსახურების საფასური ჩილეს, კოლუმბიის, ზამბიის და ევროპის ქვეყნების რეფორმის ახალი მასტიმულირებელი მექანიზმია.

დეცენტრალიზაცია, რომელიც ზამბიის ჯანდაცვის სამინისტროს ფარგლებში განხორციელდა, ჩილეს, კოლუმბიის, ჩინეთის და ცენტრალური ევროპის ქვეყნების ფართომასშტაბიანი რეფორმების მნიშვნელოვანი ნაწილია. ჯანდაცვის სექტორის „R“ ტიპის შემადგენელი ნაწილია ასევე საავადმყოფოების ავტონომია. მრავალი ასეთი ინოვაცია შედის იმ კონკრეტული მიზნების ჩამონათვალში, რომელიც ფართო რეფორმის პროგრამას აყალიბებს. თუმცა, თითოეული კონკრეტული „R“ კომპონენტის ეფექტურობაზე მოქმედებს სისტემის სხვა ასპექტების ცვლილება. „R“ რეფორმა უფრო მეტია, ვიდრე მცირე რეფორმების ნაწილების ერთობლიობა. მთავარი კითხვა, რომელიც ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად გაანალიზებული არის ის, თუ რა გარემოებების შემთხვევაში და რამდენად არის სავარაუდო, რომ სისტემური ცვლილება გააუმჯობესებს კონკრეტული „R“ რეფორმის ეფექტურობას. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, ივარაუდება თუ არა, რომ „R“ რეფორმა უფრო მეტ ეფექტს მოუტანოს ქვეყანას, ვიდრე „R“ რეფორმის ერთობლიობა და როგორია რისკები?

ვითარდება და იცვლება რეფორმის ინიციატივებიც, როგორც კი თავს იჩენს პრობლემები გეგმაში და განხორციელებაში, პოლიტიკოსები ცდილობენ შეცვალონ ისინი.

ბოლივიაში, როცა ადგილობრივმა მთავრობამ ვეღარ დააფინანსა სამედიცინო ხარჯები, ცენტრალურმა მთავრობამ შეცვალა დეცენტრალიზაციის პოლიტიკა ამ პრობლემის გადასაჭრელად. ქვეყნები სწავლობენ, რომ არჩევანი მდგომარეობს არა მარტო იმაში, განახორციელო რეფორმა თუ არა; არსებობს ასევე რეფორმის მეტად და ნაკლებად ეფექტური ტიპები. ჰსიაოს საკონტროლო ნიშნულები არის პოლიტიკის არჩევანის მამოძრავებელი და ზოგიერთი არჩევანი უკეთესია, ვიდრე სხვები.

ყველაზე სეროზული კრიტიკა, რაც ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის წინააღმდეგ იხმის, არის ის, რომ მან ზიანი მიაყენა საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, ბაზისური მომსახურების მიწოდებას. ეს მოსაზრება ძალიან ყურადსაღებია. შეიძლება დავიწყოთ რეფორმის მისი ზოგადი ამოცანების მიხედვით შეფასება.

ჯანდაცვის რეფორმა შემუშავდება იმისათვის, რომ მიღწეულ იქნას ხარჯის თანაბარი განაწილება, მოიცვას ჯანდაცვის სექტორის რესურსების გამოყენების ეფექტურობის ამაღლება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და ფინანსური სტაბილურობა. ჯანდაცვის სექტორის იმ ცვლილებებთან მიმართებაში, რომლებიც თავს იქნა მოხვეული გარეშე ძალების მიერ, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ისინი დიდად ეფექტური არ იყო ხსენებული ამოცანების მიღწევის მიმართებით და პირიქით, შექმნეს პრობლემები.

ჩინეთის ეკონომიკურმა რეფორმამ სოფლის სამედიცინო სისტემის კოლაფსი გამოიწვია და მნიშვნელოვნად გაზარდა დანახარჯის არათანაბრად განაწილება (ლიუ 1995). სენეგალის შემთხვევაში, დეცენტრალიზაციამ ასევე ძალიან დიდი ზიანი მოუტანა ადგილობრივ სამედიცინო მომსახურებებს. პოლონეთში და სხვა გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, გაიზარდა „არალეგალური ანაზღაურების“ წილი, რაც თავის თავად ამცირებს ხარჯის არათანაბრად განაწილებას (ჩავლა 1998).

ჩამოყალიბებული აზრი ჯერ არ არის, უმრავლეს შემთხვევაში, ძალიან ცოტა დროა გასული და არ ჩატარებულა მომცველობითი მონიტორინგი, არ არსებობს შეფასებითი მონაცემები მათი რეალური გავლენის დასადგენად. მცირე რაოდენობის ქვეყნები შეეცადნენ „R“ რეფორმის განხორციელებას, ჩანს, რომ ასეთ რეფორმებს თან სდევს სირთულეები დასახული ამოცანების შესრულებაში.

უმრავლეს „R“ მოდელის მიმდევარ ქვეყანაში ძალიან დიდია ხარჯის არათანაბარი განაწილების პრობლემა. კოლუმბიამ ეს მონაცემი გაზარდა სოციალური დაზღვევის სისტემის მეშვეობით, თუმცა ჯერ ძალიან შორსაა სრულყოფილებამდე (კოლუმბიის ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის პროექტი 1996).

ჩილეს სამედიცინო დაზღვევის სისტემა ითვალისწინებს ორსაფეხურიან სისტემას, კერძო დანახარჯების გეგმის ჩათვლით, სადაც ხარჯი დაახლოებით აღემატება საზოგადოებრივი მომსახურების ხარჯს (ბირტანი და აღმარზა 1997).

ზამბიის რაიონები იღებენ ნაკლებ დაფინანსებას, ვიდრე რეფორმამდე და მომხმარებლის მიერ გადასახდელი საფასური შეიძლება ზღუდავდეს ხელმისაწვდომობას (ჩიგა 2000). უმრავლეს ქვეყანაში, სადაზღვევო რეფორმა

დაკავშირებულია რესურსების „სოლიდურიდან“ კერძო სადაზღვევო და კერძო პროვაიდერების (სადაც მიდიან უფრო მდიდარი პაციენტები) ყულაბაში გასასვლელთან არ არის ცალსახად დადგენილი ის, რომ მსგავსმა არათანაბარმა განაწილებამ გამოიწვია ღარიბთათვის მიწოდებული მომსახურების ოდენობის შემცირება (ვიდრე მიეწოდებოდათ რეფორმამდე), ან რა მოხდებოდა რეფორმის გარეშე.

ზამბიის გამოკვებით, სადაც დაფინანსება სტაბილურია, არ შემცირდა ქვეყნებში სადაც „R“ მოდელის რეფორმა მიდის, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის დანახარჯები. აქედან გამომდინარეობს, რომ განვითარებად ქვეყნებში რეფორმებით არ მცირდება ხარჯები. გაურკვეველია, როგორ უნდა შეფასდეს ეფექტი. თუ დანახარჯის ზრდას მოსდევს პროპორციული ან მეტი ზრდა ეფექტურობისა ან ჯანმრთელობის ხარისხის, ან ხელმისაწვდომობის, მაშინ ეს დადებითი შედეგია.

პრაქტიკულად არ გვაქვს ეფექტურობის და ხარისხის საზომი, ჯანდაცვის რეფორმის ძირითად ამოცანებთან მიმართებაში გავლენის საჩვენებლად. დაუშვათ ვიცით, რომ კოლუმბიაში და აღმოსავლეთ ეროპაში საავადმყოფოები არაეფექტურია, არის ზედმეტი საწოლები, თანამშრომლები. თუმცა ჯერ არ ვიცით, მოახდინა თუ არა გავლენა რეფორმებმა ამ საზომებზე ძნელი გასაზომია ხარისხი განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, იქ სადაც არსებობს ხარისხის კვლევის და ხარისხის ერთიანი შეფასების სისტემები (ლოურენს და როზანსკი 1998). ასეთ შემთხვევებშიც კი ძნელია დადებითი ტენდენციების შეფასება.

„r“ ტიპის მოდელისათვის ერთმანეთის გამომრიცხავი მონაცემები არსებობს. რეფორმის ელემენტი, განსაკუთრებით მომსახურების საფასურის შემოღება (აფრიკის ქვეყნებში მაგალითად) ფართოდ იქნა გაკრიტიკებული. ასეთი ქმედებების შემდეგ ფაქტები ცხადყოფს, რომ დანახარჯის არათანაბრად განაწილება ნამდვილად შემცირდა და მისი გაუქმება რეალურად ამ პრობლემას პრინციპში ვერ შევლის (კრიზი 190; რედიდ ვანდემურტელი 1996) მაგრამ ძნელია საპირისპირო საკითხზე პასუხის გაცემაც – რამდენად შეეძლებოდა ფისკალური პრობლემების პირობებში სამედიცინო მომსახურებას საერთოდ არსებობა ამ ანაზღაურების გარეშე, მაშინ როცა საბიუჯეტო დაფინანსება შემცირდა ან გაიყინა? მომხმარებლის ანაზღაურების შემოღებამ კენიაში, პირველ პერიოდში ასევე პრობლემები შექმნა (სხვა ქვეყნების ანალოგიური) მაგრამ, USAID-ის და სხვა ორგანიზაციების დახმარების წყალობით, მათ შეძლეს გაეუმჯობესებინათ

ვითარება და ჩამოყალიბებინათ დანახარჯის თანაბრად განაწილების სისტემა ძლიან რთულ გარემოში (კოლინსი 1996) დეცენტრალიზაცია ხშირად ხდება კრიტიკის საგანი, თანხის არათანაბრად განაწილების პრობლების კიდევ უფრო გაღრმავების გამო. კვლევებმა არაერთგვაროვანი შედეგები აჩვენა. ხშირ შემთხვევაში, დაფიქსირდა ხელმისაწვდომობის იგივე დონე რაც რეფორმამდე იყო (ბოსერტი 2000).

ჩილეს მაგალითის მიხედვით, მუნიციპალიტეტზე დეცენტრალიზაციის შემდგომ, ჯანდაცვის დანახარჯი ერთ სულზე არათანაბარი განაწილების დონე შემცირდა, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ დეცენტრალიზაციის პირობებშიც არსებობს გზა ამ პრობლემის დასაძლევად. დეცენტრალიზაციის ოპონენტები ასევე ყურადღებას ამახვილებენ ვერტიკალური იმუნიზაციის და ოჯახის დაგეგმვის განადგურებულ პროგრამებზე და მაინც კვლევებით დადგინდა, რომ უკანდაში ხსენებული პროგრამების შემცირება შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა ფაქტორებით, მაგალითად ბიუჯეტის შემცირება (ჰატჩინსონი 1999).

ბოლივიაში ცენტრალურმა ხელისუფლებამ შეძლო აღედგინა პრიორიტეტული საქმიანობების დაფინანსების პრაქტიკა სამოქმედო წესების შეცვლის გზით და დეცენტრალიზაციის თავიდან აცილებით (რუიზ მიერ 2000).

ამ მიმოხილვიდან ჩვენი მთავარი დასკვნა იმაში მდგომარეობს, რომ განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის რეფორმის ირგვლივ საბოლოოდ ჩამოყალიბებული აზრი არ არსებობს. უკანასკნელი ათწლეულის გამოცდილება არ არის საკმარისი მომცველობითი შეფასებისათვის, ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის განსაზღვრების მიხედვით.

უფრო მეტი დროა საჭირო იმისათვის, რომ ვისწავლოთ თუ როგორ გავაკეთოთ უკეთ და როგორ ეფექტურად შევაფასოთ მიღებული შედეგები. ჯანდაცვის სექტორს ჯერ არ შეუქმნია ნათელი ჩანაწერები მნიშვნელოვანი მიღწევებისა. სისტემები, რომელთა რეფორმირებაც მოხდა რთულ მდგომარეობაში იყო და უფრო ღრმავდებოდა კრიზისი, აშკარა იყო, რომ ძველი მოდელი აღარ მუშაობდა.

განვითარებად ქვეყნებზე მოდის მსოფლიო დაავადებათა ტვირთის ძალიან დიდი წილი და აქედან მიყენებული ზიანი უზარმაზარია. მიუხედავად იმისა, რომ გარკვეული გაუმჯობესება მიღწეულია ვერტიკალური პროგრამების წყალობით. ჯანმრთელობის სტატუსი და ეპიდემიოლოგიური ტრანზიციის კვლავ ვითარდება და ახალ მოთხოვნებს წაუყენებს ჯანდაცვის სისტემას, მიუხედავად ქვეყნის განვითარების დონისა ეს მოთხოვნები შეიძლება უფრო მწვავე იყოს საშუალო

განვითარების ქვეყნებში, მაგრამ ღარიბ ქვეყნებში ისინი ასევე დიდ გავლენას მოახდენენ რეფორმაზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მოსახლეობა მომავალში კიდევ უფრო დიდი პრობლემების წინაშე აღმოჩნდებიან. ასეთი შეიძლება იყოს ქალებისა და მამაკაცების, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკური და სოციალური, დაავადებული ბავშვების საჭიროებების და იმუნოდეფიციტი (შიდსის) პრევენციისა და მოვლის მზარდი მოთხოვნების დაკმაყოფილება. ჯანდაცვის სისტემა უმრავლეს განვითარებად ქვეყანაში დგამს დაფინანსების, ეფექტიანობის, დანახარჯების თანაბრად განაწილების და ხარისხის პრობლემის წინაშე. დაბალია ამ გამოწვევების შესაბამისი მომზადების დონე.

უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე განხორციელებული რეფორმის გამოცდილებამ რამდენიმე გაკვეთილი გვაჩვენა. მათ შორის:

1) „R“ ტიპის რეფორმები ძნელი განსახორციელებელია და ცოტაა განვითარებად ქვეყანაში მისი წარმატებული მაგალითები. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმისათვის აუცილებელია რამდენიმე პირობის დაცვა, რომელთა ერთიანობაში თავმოყრა ძნელია დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყანაში. ასეთი პირობებია, მაგალითად ცვლილებების შესაძლებლობა, ლიდერობის მაღალი დონე, სამთავრობო სტაბილურობა გარკვეული პერიოდის მანძილზე, რაც იძლევა რეფორმის შესაბამისი სტრატეგიის მიხედვით განხორციელების საშუალებას; ასევე მნიშვნელოვანია მაღალი კვალიფიკაციის მქონე ადამიანური რესურსები, ინფორმაცია და ორგანიზაციის არსებობა. ლათინური ამერიკის და პოლონეთის მაგალითზე გავიგეთ, რომ ძნელია რეფორმების განხორციელებისათვის მხარდაჭერის მოპოვება. კონკრეტული სტრატეგიები, მაგალითად, პოლიტიკური მომხრეების ჯგუფის ყოლა (ჯანდაცვის და სხვა საკვანძო სამინისტროში), აუცილებელია. ასევე რთულია ასეთი პოლიტიკური მხარდაჭერის შენარჩუნება. კოლუმბიაში რეფორმის განხორციელების სუსტი მხარე იყო მთავრობის შეცვლა რეფორმის კანონის მიღების შემდეგ. ახალი მთავრობა აღარ იყო ძველივით ენთუზიანით აღვსილი რეფორმის ჩატარებაზე. ამ მომენტისათვის, შესაძლოა, რომ „R“ ტიპის რეფორმა ყველა ქვეყნისათვის არ არის, სათანადო პოლიტიკური მხარდაჭერის გარეშე, ფართომასშტაბიანი რეფორმის განხორციელება ალბათ არ მოიტანს შედეგად ჯანდაცვის სისტემის მიზნების შესრულებას მოკლე ვადაში.

2) „R“ მოდელის რეფორმების პირობებში, აუცილებელია ძველი ინსტიტუტების რეფორმირების და ახლების შექმნის დიდი ყურადღება უნდა მიენიჭოს. ხშირად რეფორმატორები ფიქრობენ, რომ დაფინანსების და გადახდის მექანიზმის შეცვლა

საკმარისია ხარისხიანი და ეფექტური ჯანდაცვის რეფორმისათვის, თუმცა, ხშირად ვხედავთ, რომ ორგანიზაციული მოუქნელობა და ბიუროკრატიულობა ხშირად ხელს უშლიან ორგანიზაციების ეფექტურად საქმიანობას. რეფორმებისათვის საჭიროა თანამშრომლების შერჩევის ახალი გზები, ახალი უნარ-ჩვევების მქონე შტატები და უფრო ადაპტირება. ორგანიზაციული კულტურა მრავალ სხვადასხვა ორგანიზაციაში, მაგალითად საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში, სადაზღვევო გეგმებში, ადგილობრივ მთავრობებში, ჯანდაცვის სამინისტროში და სხვა საკანძო სახელისუფლებო ორგანოებში. ბევრად მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს ორგანიზაციულ განვითარებას და მომზადებას რეფორმის ჩატარებისას.

3) „რ“ ტიპის რეფორმები, მიუხედავად იმისა, რომ ნაკლებად ითხოვს სისტემური ხასიათის ცვლილებების განხორციელებას, მაინც განსხვავებულია მისი შედეგები. ზოგჯერ ეს იმიტომ ხდება, რომ, ის პირობები, რომლებიც აუცილებელია „R“ მოდელის რეფორმის წარმატებისათვის, - მაგალითად ახალი და გადამზადებული ადამიანური რესურსების, უკეთესი ინფორმაცია პრობლემის გამოსაკვეთად და პოლიტიკის ცვლილებების დასაგეგმად, ორგანიზაციული გაძლიერება და სტაბილურობა - ასევე არასაკმარისად არის განვითარებული მცირე მასშტაბიანი რეფორმების პირობებშიც. თუმცა, ხშირად არ ხდება „რ“ ტიპის რეფორმების სწორად შერჩევა კონკრეტული მართებულად შერჩეული პრობლემის გადასაჭრელად. ასეთი მეთოდის არჩევა არ ნიშნავს, რომ არ არის საჭირო სისტემური ანალიზი და რომ ყურადღება არ უნდა მიენიჭოს იმას, თუ სისტემაში განხორციელებული ცვლილებები როგორ გავლენას მოახდენენ რეფორმის ეფექტურობაზე.

4) აქილევსის ქუსლი დეტალებშია. მაშინ, როცა არ არსებობს ნათელი და მარტივი მოდელი ჯანდაცვის რეფორმისა, იქნება ეს ფართო თუ მცირემასშტაბიანი, შეგვიძლია გამოვკვეთოთ რამდენიმე მნიშვნელოვანი გზა, რომლის საშუალებითაც დაუშვათ ფინანსური მექანიზმები, დეცენტრალიზაცია, პოსპიტალური ავტონომია და სხვა საქმიანობა უფრო ეფექტური იქნება. არსებობს დაფინანსების მექანიზმი, რაც გულისხმობს შეზღუდულ სამთავრობათშორისო ტრანსფერებს და აქციათა ფონდს, რაც განაპირობებს დეცენტრალიზებული ჯანდაცვის სისტემის პირობებში განხორციელებული დანახარჯების მეტ თანასწორობას. არსებობს გამოცდილება, რომელიც დაგვეხმარება მომსახურების საფასურის მექანიზმის გამოყენებისას, რაც გვიჩვენებს, რომ მომსახურების ზოგიერთ დონეზე უმჯობესია ერთ სულზე ანაზღაურების მექანიზმის გამოყენება.

გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ შეიძლება თემის მონაწილეობამ აამაღლოს ეფექტურობა ღარიბებისათვის მომსახურების ანაზღაურების პროგრამების განხორციელებისას. მეტად მნიშვნელოვანია ასეთი სახის გამოცდილების გაფართოება, ანუ იმის სწავლა, თუ როგორ გავხადოთ რეფორმები უფრო ეფექტური (და არა ის, განგახორციელოთ ცვლილებები თუ არა).

5) ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა, იქნება ეს მცირე თუ ფართომასშტაბიანი, არ შეიძლება ჩამოყალიბდეს ერთი გლობალური ან თუნდაც რეგიონალური ფორმულით. გამომდინარე იქიდან, რომ არ გვაქვს ერთიანი მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რას უნდა ნიშნავდეს ეფექტური ჯანდაცვის რეფორმა, უნდა გავითვალისწინოთ ქვეყნის ისტორია, ღირებულებები და კულტურა იმისათვის, რომ შევიმუშაოთ მისაღები მიდგომა. დამატებით, მნიშვნელოვანია საკმარისი ინფორმაცია და ძლიერი ანალიტიკური ინსტრუმენტის ქონა, იმისათვის, რომ გამოიკვეთოს ყველაზე საჭირობო პრობლემა და მონიტორინგი ჩაუტარდეს გადაწყვეტილების განხორციელებას. საკითხი გულისხმობს დიდი ყურადღების დათმობას როგორც ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის ჩამოყალიბების ანალიტიკური საწყისისათვის, ასევე რეფორმის განხორციელების ძირითად ქვაკუთხედებში ინვესტირებისადმი.

რეფორმატორები არასათანადო ყურადღებას უთმობენ რეფორმის შედეგებს – ჯანდაცვის, თანაბარი გადანაწილების. ფინანსური დაცვის და პაციენტის დაკმაყოფილების საკითხებს, იმათ, რომლების გადასატრედაც შემუშავდა რეფორმა. ყურადღება ექცევა გეგმის ტექნიკურ მხარეებს და ფინანსირებას, მიწოდებას და მენეჯმენტს. იმისათვის რომ შევძლოთ და შევაფასოთ გრძელვადიანი შედეგები „R“ ტიპის რეფორმის რთული კომპლექსური ცვლილებების, გეჭირდება ინფორმაციის შექმნა, რომელიც ამ შეფასების საშუალებას მოგვცემს. „r“ ტიპის რეფორმის შემთხვევაში, ასევე გეჭირდება ფრთხილი ანალიზი იმისა, თუ რა გამოასწორებს მდგომარეობას და რა სისტემური პირობები არის საჭირო იმისათვის, რომ რეფორმების ირგვლივ შემუშავებული რეკომენდაციები, რეალური გახდეს. არსებობს გარკვეული შედეგები, მაგალითად კვლევები მომსახურების საფასურისა და დეცენტრალიზაციის ირგვლივ, რომელიც გვიჩვენებს რეფორმის ძირითად შედეგს. მომსახურების საფასურის გარშემო გამოვლინდა უკუეფექტურობები; ხოლო დეცენტრალიზაციასთან მიმართებაში, მნიშვნელოვანი გავლენა ცვლილებებისა ვერ გამოიკვეთა (არც დადებითი და არც უარყოფითი). ასეთია პირველადი შედეგები.

DDM პროექტის საქმიანობის მთელი ათწლეულის განმავლობაში (1991-2000), შეიცვალა გაიზარდა ჯანდაცვის სისტემის გაგების და ისეთი სტრატეგიის შემუშავების სურვილი, რომლის საშუალებითაც სისტემების ხარისხი ამაღლდება.

მსოფლიო ჯანდაცვის ანგარიშში, რაც წარმოადგენს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის და მსოფლიო ბანკის ერთობლივი საქმიანობის შედეგს, ძირითადი აქცენტი კეთდება ჯანდაცვის სისტემებზე. მასში მოცემულია უფრო სრული და უკეთესი ხარისხის ფაქტები, ჯანდაცვის სისტემის მიერ შესრულებული საქმიანობის ირგვლივ. ანგარიშში ნაჩვენებია იქნება ჯანდაცვის სისტემის ამოცანები და შედეგები, მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან, დაფინანსებასთან და მოსახლეობის მოთხოვნებისა და საჭიროების დაკმაყოფილების კუთხით.

USAID-ის გარეშე, ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემების მტკიცებულებების უმრავლესობა არ იარსებებდა. USAID-ის სტრატეგია გულისხმობს მოსახლეობის, ჯანდაცვის და კვების საკითხებზე, ხუთ სტრატეგიულ ამოცანაზე ფოკუსირებას. ესენია:

- 1) დაუგეგმავი და არადროული ორსულობის შემთხვევების შემცირება;
- 2) ფეხმძიმობისა და მშობიარობის შედეგად ქალების სიკვდილიანობის და ჯანმრთელობის გაუარესების ფაქტების რაოდენობის შემცირება;
- 3) ბავშვებისა და მცირეწლოვანების ჯანმრთელობისა და კვების გაუმჯობესება და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება;
- 4) შიდსის გადაცემის ფაქტების და იმუნოდეფიციტის უარყოფითი გავლენის შემცირება;
- 5) ინფექციური დაავადებების რისკის შემცირება.

ჯანდაცვის სისტემების მტკიცებულებები და ჯანდაცვის რეფორმა ზევით ჩამოთვლილი პრიორიტეტების განხორციელებას ეხმარება. მაგრამ, ასევე შეგვიძლია გამოვკვეთოთ ისეთი კრიტიკული საკითხები, რომლებიც ყველა სტრატეგიულ ამოცანას ეხმარება; აქედან გამომდინარე, რესურსების ფლანგვა იქნება, ერთი და იმავე საკითხზე სხვადასხვა კატეგორიაში ცალ-ცალკე გადაწყვეტილების ძიება.

სამი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი, რომელიც საერთოა ყველა მიმართულებისათვის:

- 1) დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებისათვის (განსაკუთრებით აფრიკის) გრძელვადიანი ფინანსური სტრატეგიის შემუშავება. გამომდინარე იქიდან, რომ განვითარების დახმარება თანდათან გადადის სექტორის ფართომასშტაბიან

მიდგომაზე და ხდება დაგალიანების ჩამოწერის დაკავშირება ჯანდაცვაზე და განათლებაზე ფინანსების უზრუნველყოფასთან, არსებობს უფრო პრიორიტული პროგრამებისათვის ხანგრძლივი და კოლაბორატიული პროგრამების ჩამოყალიბების, გამოცდის და შეფასების შესაძლებლობა. USAID-ის შემთხვევაში. ეს საქმიანობა ხორციელდება მრავალი სხვადასხვა პროგრამისა და პროექტის ფარგლებში, მაგრამ ძნელია ამ ქმედებების ეფექტიანად გაერთიანება.

2) სახელმწიფო მიდგომების გაძლიერება არა სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურებების პროვაიდერებისადმი. DHS და ბევრი სხვა წყარო ხაზს უსვავს არასახელმწიფო პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების მნიშვნელობას სამედიცინო მომსახურებების მიწოდების საქმეში (ბერმანი 2000-წელი). USAID არის მსოფლიო ლიდერი კერძო სახელმწიფო ურთიერთობების გაძლიერებაში, ისეთ საკითხებთან მიმართებაში, როგორც არის იმუნიზაცია, დიარეით მიმდინარე დავადებების კონტროლი, ოჯახის დაგეგმვა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. მაგრამ ბევრი ასეთი საქმიანობა შემოიფარგლა სპეციფიკური კატეგორიზირებული პროგრამებით. ასევე საჭიროა დახმარება სისტემურ დონეზე. კერძო სახელმწიფო ურთიერთობის მომცველობით სტრატეგიის შემუშავებისა და მართვისათვის (მომზადების, დაფინანსების და რეგულირების საშუალებით). აუცილებელია, რომ უფრო მეტი სისტემური ხასიათის ყურადღება დაეთმოს არა-სახელისუფლებო პროვაიდერების მთლიანად ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის საქმეებში ჩაბმას.

3) ჯანდაცვის სამინისტროებში, ადგილობრივ ჯანდაცვის დეპარტამენტებში და სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებში მმართველობის დონის ამაღლება. ცუდი საზოგადოებრივი მმართველობიდან თავის დაღწევის გზა ხშირად არის ხოლმე არსებული სტრუქტურებიდან გამოსვლა, ან ახალი ვერტიკალური პროგრამების შექმნა, ან არასამთავრობო სექტორთან მუშაობა. ეს შეიძლება მისაღები იყოს, თუმცა იგი არ ჭრის არსებულ პრობლემას. შეგვიძლია კი უფრო მეტი გავაკეთოთ და ვცადოთ შევიმუშაოთ ახალი სტრატეგიები, განვახორციელოთ მომზადების პროცესი და ამით გავაუმჯობესოთ მმართველობა.

1.4. ჯანდაცვის საბაზრო სტრუქტურის რეფორმა

საბაზრო ურთიერთობა გამოხატავს განსაზღვრულ ეკონომიკურ განცალკევებას მწარმოებლებსა და პროდუქტებისა და მომსახურების მომხმარებელთა შორის. თავისი შინაარსით მასში ჩართულია მრავალი ელემენტის ნაკრები, საბაზრო მექანიზმი არის პროცესი, რის შედეგადაც მყიდველი და გამყიდველი ურთიერთთანამშრომლობენ იმისათვის, რომ განსაზღვრონ წარმოებული საქონლის ან მომსახურების ფასი და რაოდენობა, ამგვარად მოთხოვნილება, შეთავაზება და ფასი წარმოადგენენ მის მთავარ ელემენტებს.

ძირითადი ცნება, რომელიც გამოხატავს საბაზრო ურთიერთობის არსს, წარმოადგენს კონკურენცია, რომელიც შეიძლება განისაზღვროს, როგორც მწარმოებლებს შორის ურთიერთობის ტიპი საქონლის და მომსახურების ფასის დადგენისა და შეთავაზების მოცულობის მიზეზით, ასევე მომხმარებელთა შორის ფასების ფორმირებისა და მოთხოვნის მოცულობის მიზეზით. ბაზრის სტრუქტურული ორგანიზაციის პოზიციით არსებითი მნიშვნელობა აქვს მწარმოებლის რაოდენობას (გამყიდველების) და მომხმარებლის რაოდენობას (მყიდველის).

ასე რომ ბაზარი სრულყოფილი კონკურენციით ბადებს დიდი რაოდენობით ერთი სახის საქონლის დამოუკიდებელ მწარმოებელს ერთი მხრივ, და ამ საქონლის მომხმარებელების მასას მეორეს მხრივ. კავშირის სტრუქტურა ასეთია: რომ პრინციპში ყველა მომხმარებელს შეუძლია შეიძინოს საქონელი ნებისმიერ მწარმოებლისგან, თავისი სასურველი შეფასებით და მომგებიანობით. ასევე ყველა მწარმოებელს შეუძლია ნებისმიერ მომხმარებელს მიჰყოდოს თავისი საქონელი, ვერც ერთი მომხმარებელი ვერ შეიძენს არსებით ნაწილს საერთო შემთავაზების მოცულობისგან და ვერც ერთი მწარმოებელი ვერ დააკმაყოფილებს მოთხოვნილების არსებით წილს. ბაზარი სრულყოფილი კონკურენციით-უფრო ეფექტური სტრუქტურაა, რომელიც გვაძლევს რესურსების საუკეთესო გზით განაწილების საშუალებას.

თუ წარმოიქმნება რაიმე ობიექტური შეზღუდვები გამყიდველებისათვის და ასევე მყიდველებისათვის, მაშინ საქმე გვაქვს არასრულყოფილი კონკურენციის სტრუქტურებთან, რომლებიც საჭიროებენ დამატებით კორექტირებას სახელმწიფოსაგან.

ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში ჯანმრთელობის სფეროს ამ პოზიციიდან გაანალიზებისას საჭიროა აღინიშნოს ასეთი შეზღუდვების არსებობა, ისინი ვლინდებიან სხვადასხვა ფორმით. ასე მაგალითად, აშშ-ში სამედიცინო მომსახურების შემოთავაზების ხელოვნური დამაბრკოლებლის როლს თამაშობს ამერიკული სამედიცინო ასოციაცია, რომელიც აერთიანებს ყველა კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმთა რაოდენობის დაახლოებით ნახევარს. ასოციაციის მიერ იზღუდება სამედიცინო ფაკულტეტებზე მიღება, სწავლის საფასური იზრდება, კონტროლირდება ექიმ-ემიგრანტთა ნაკადი და მათი სამედიცინო პრაქტიკით დაკავება. ასოციაციისთვის შეტყობინების გარეშე არ შეიძლება მოწონებული იქნეს რაიმე მნიშვნელოვანი ინიციატივები. აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ არსებობს დამატებითი ხელოვნური ბარიერები სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლებისათვის მათი ბაზარზე გასვლისას. ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ სუფთა ეკონომიკური თვალსაზრისით უკვე ფორმირებული სპეციალისტისთვის ადვილია სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე შესვლა ან გამოსვლა, რადგანაც სამედიცინო დახმარების ბევრი სახეობა არ არის დაკავშირებული მნიშვნელოვან სასტარტო კაპიტალთან. მეორეს მხრივ, დინამიური მოთხოვნილება, ახალი მოხმარებების გაჩენა და სამედიცინო მომსახურებისა და თანმხლები საქონლის ბაზარზე იწვევს ამ სფეროში ახალი სპეციალისტებისა და ფსევდოსპეციალისტების მიზიდვას, ამიტომ სრულიად გასაგებია მწარმოებლების უკვე შემდგარი კონტიგენტის სწრაფვა იმისაკენ, რომ ყველა შესაძლებელი და, არა მარტო ეკონომიკური საშუალებებით, შეამცირონ ბაზარზე პოტენციური კონკურენტების შემოსვლა, შეზღუდონ შემოთავაზებები, მაქსიმიზირება გაუკეთონ ფასებსა და შემოსავლებს.

კონკურენციის და ინფორმაციის ზემოთ აღნიშნული შეზღუდვები ნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების ბაზარი მნიშვნელოვნად იქნება განსხვავებული სრულყოფილი კონკურენციის ბაზრისაგან. სრულყოფილი კონკურენციის პირობებში, როცა ფირმას გაუჩნდება რაიმე საქონლის წარმოების უკეთესი ხერხი, ის უბრალოდ დააგდებს ფასებს და ამ გზით წაართმევს მყიდველებს სხვა მწარმოებლებს. წარმოება ყოველთვის ეფექტურია, ხოლო ფასები ასახავენ ყველაზე უფრო მოხერხებული მწარმოებლების საწარმოო დანახარჯებს. თუ ეს პირობები არ სრულდება, მაშინ შეიძლება გადარჩნენ ის მწარმოებლებიც, რომელთა ფასები მნიშვნელოვნად აჭარბებენ მწარმოებლების დანახარჯებს.

როცა საქონელი არაერთგვაროვანია და მყიდველი ცუდადაა ინფორმირებული, მაშინ მისთვის რთულია განსაზღვროს რას ნიშნავს უფრო დაბალი ფასი, სიგნალი შესაძლო უფრო მომგებიან შექენაზე თუ საქონელის დაბალ ხარისხზე, ხოლო, როცა მყიდველი ინფორმირებულია ფასების შესახებ, მაშინ ფირმას შეუძლია წონასწორობის ფასების დონეზე უფრო მაღლა ასწიოს ის მხოლოდ გამყიდველების რაოდენობის შეზღუდვით.

შეიძლება სქემატურად იქნას ნაჩვენები (ცხრილ 11) სრულყოფილი ბაზრის განსხვავება იმ საბაზრო სტრუქტურისაგან, რომელიც დამახასიათებელია სამედიცინო მომსახურების ბაზრისათვის.

ცხრილი 11. ბაზრის სტრუქტურა.

სრულყოფილი კონკურენციის ბაზარი	სამედიცინო მომსახურების ბაზარი
გამყიდველების დიდი რაოდენობა	გამყიდველების რაოდენობა შეზღუდულია, არსებობს ბაზარში შესვლის შეზღუდვა, შესაძლოა სიტუაციები, რომლებიც ახლოსაა ბუნებრივ მონოპოლიზაციასთან.
საქონლის ერთგვაროვნება	სამედიცინო მომსახურების არა-ერთგვაროვნობა, მისი ინდივიდუალურობა და უნიკალურობა.
კარგად ინფორმირებული მყიდველი	არასრულყოფილი ინფორმაცია
შესაძლებელია საქონლის, ფასისა და ხარისხის ურთიერთდაპირისპირება	შეუძლებელი ან გართულებული ფასისა და ხარისხის ურთიერთ-დაპირისპირება.
მწარმოებლები იღწვიან მოგების მაქსიმიზაციაზე	სახელმწიფოს ან კერძო “უშემოსავლო” ორგანიზაციების დიდი რაოდენობის არსებობა
პროდუქციის რეალიზაცია სრულდება როგორც წესი და რიგია, პირდაპირი გზით .	ხშირად საჭიროებს მესამე პირის ანუ კომპეტენტური შუამავლის ჩარევას, რომელიც აფინანსებს სამედიცინო მომსახურების ძირითად ნაწილს.

ზემოთ აღნიშნულ შედარებას თუ დავაკვირდებით, შეიძლება დავრწმუნდეთ, რომ სამედიცინო მომსახურების ბაზარი, ორგანიზაციული სტრუქტურების თვალსაზრისით გვევლინება, როგორც არასრულყოფილი კონკურენციის ბაზარი. ამასთან ერთად თავისი ძირითადი მახასიათებლებით იგი უახლოვდება სტრუქტურებს, რომლებიც ეკონომიკურ თეორიაში კლასიფიცირდება როგორც მონოპოლიური კონკურენციისა და მონოპოლიის ბაზარი.

აუცილებელია მივაქციოთ ყურადღება იმ ფაქტორებს, რომლებიც განსაზღვრავენ სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნილებებსა და წინადადებებს. მთავარ როლს აქ თამაშობს ფასი, რომელსაც ერთი მხრივ განსაზღვრავს მოთხოვნილებები და წინადადებები, მეორეს მხრივ კი მისი თავისუფალი ცვლილებების პირობებში ახდენს მის ბალანსირებას. იმისათვის, რომ გაკეთდეს პროგნოზები მოთხოვნებისა ან წინადადების შედარებითი ცვლილების შესახებ ფასის ცვლილებისას, საჭიროა ამ ცვლილებების რაოდენობრივი პარამეტრების ცოდნა. მოთხოვნილების რაოდენობრივი დახასიათების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა მოთხოვნილების ელასტიურობა, არსებობს მისი 3 ფორმა: ეს არის ფასის ელასტიურობა, შემოსავლის ელასტიურობა, სხვადასხვა საქონლის ჯვარედინი ელასტიურობა.

ფასის ელასტიურობა იზომება როგორც საქონელზე მოთხოვნილების მოცულობის პროცენტული გაზრდის ფარდობა მოცემული საქონლის ფასის პროცენტულ შემცირებასთან თანაბარ პირობებში. ის გვიჩვენებს, თუ რამდენი პროცენტით გაიზრდება მოთხოვნილების მოცულობა საქონლის ფასის 1 პროცენტით შემცირებისას. სამედიცინო მოთხოვნების უმრავლესობა ფლობს დაბალ ელასტიურობას, ეს ნიშნავს იმას, რომ ელასტიურობის კოეფიციენტი ერთზე დაბალია. ამერიკის სპეციალისტების შეფასებით ფასის მოთხოვნილების ელასტიურობა სტაციონალურ სამედიცინო მომსახურებაზე უდრის საშუალოდ 0.7 (კოსმეტიკური ქირურგიის გარდა), ბევრ შემთხვევაში კი ის ვარირებს 0.2 დან 0.7-მდე. ეს ნიშნავს იმას, რომ ფასის მომატებასთან ერთად სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა იკლებს ყველაზე უფრო ნაკლებად ფასის ზრდასთან შედარებით (ფასის მომატებისას 10%-ით მოთხოვნა შემცირდება 2-7% პროცენტით)

მოთხოვნის ელასტიურობის რაოდენობრივი გამოხატვა ასახავს სწორედ მოცემული ქვეყნის სამომხმარებლო ქცევის თავისებურებებს, რადგანაც ის ისაზღვრება სამომხმარებლო უპირატესობების ერთობლიობით, მოსახლეობის შემოსავლების დონით, ნაციონალური ხასიათის თვისებებით, ეკონომიკის საერთო

განვითარებით. ამიტომ ერთი ქვეყნის მონაცემებით მიღებული ელასტიურობის დახასიათების გადატანა მეორე ქვეყნის პირობებზე არასწორია, მაგრამ საერთო წესი მდგომარეობს იმაში, რომ რაც უფრო კატეგორიულია ის მოთხოვნა, რომელსაც აკმაყოფილებს მოცემული მომსახურება და რაც უფრო ნაკლებად ჰყავს მას შემცველები, იმდენად ნაკლები იქნება ფასის ელასტიურობა. რუსეთში ჯერჯერობით არ არსებობს ამ კოეფიციენტის გათვლა, რაც დაკავშირებულია მოსახლეობის ცხოვრების ცვლად პირობებთან, მაგრამ შეიძლება ვივარაუდოთ შემდეგი: პირველ რიგში, მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის ცხოვრების დაბალი საშუალო დონე არ აძლევს მას საშუალებას გამოეყოს მნიშვნელოვანი სახსრები სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებისათვის, მეორე, ცხოვრების ჯანმრთელი წესის იმიჯის არარსებობა არ იწვევს მოსახლეობის შემოსავლებში თავისი ჯანმრთელობის დაცვისა და შენარჩუნებაზე დანახარჯების ხვედრითი წილის გაზრდას.

ამგვარად ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიის განსაზღვრისას ძნელია გამოიყენო სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების ცვალებადობა, როგორც მოთხოვნილებისა და შეთავაზების ბალანსირების მეთოდი. წინადადებებზე და მოთხოვნილებებზე გავლენას ახდენს ასევე არასაფასო ფაქტორები. მოთხოვნილება განისაზღვრება მიდევნების (მოსახლეობის) რაოდენობით, ერთი ადამიანის, ოჯახის საშუალო შემოსავლით, ჩანაცვლებადი სამედიცინო მომსახურების ფასით. თვითონ პაციენტების რაოდენობას განსაზღვრავს მოსახლეობის დაავადების დონე და მათი ჯანმრთელობის ხარისხი.

ამერიკაში მოთხოვნილების ელასტიურობა ექიმების მომსახურებაზე გაწეული შემოსავლით წარმოადგენს 0.75%-ს, რუსეთში კი ეს კოეფიციენტი მოსახლეობის უმრავლესობისთვის იქნება უფრო დაბალი. უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოთ აღნიშნული ელასტიურობის კოეფიციენტების გამოთვლა რთულია, ყველა ისინი გამოხატავენ განვითარების ამა თუ იმ ეტაპისათვის დამახასიათებელ ძირითად კანონზომიერებებს. ბევრი სოლიდური ფირმის ბიზნეს-გეგმის შემადგენლობაში, სამუშაო გარემოს მიუხედავად, არსებობს აუცილებელი განყოფილება, რომელიც შეიცავს მთელი ნაციონალური პროდუქტის ზრდის ტენდენციის ანალიზს, დემოგრაფიულ პროგნოზს და მონაცემებს ელასტიურ მოთხოვნაზე. ეს ინფორმაცია გამოიყენება წარმოების მოცულობის ზრდის დაგეგმვისათვის და ასევე შესაბამისი სახსრების მოზიდვისათვის.

სამედიცინო მომსახურების წინადადება დამოკიდებული იქნება არა მარტო ფასებზე, არამედ ზოგიერთ სხვა ფაქტორზე: გამოსაყენებელი რესურსების ფასი, დოტაცია და გადასახადები, მოცემული მომსახურების მწარმოებლების რაოდენობა, ბოლო გარემოებას აქვს არსებითი მნიშვნელობა. არ არის შემთხვევითი ის, რომ ამერიკელი ეკონომისტები ჯანდაცვისათვის ჩვეული ინფორმაციის ასიმეტრიის გათვალისწინებით, მიუთითებენ თავისებურ კანონზე. ამ კანონის დედააზრი არის შემდეგი: რაც მეტია ქირურგი, მით უფრო მეტი ოპერაცია წარმოებს, ანუ მედიცინის მუშაკები უკვე თავისი არსებობით ბადებენ დამატებით მოთხოვნილებებს.

მოთხოვნილების და წინადადების ფორმირება სამედიცინო მომსახურებაზე, ასევე ფასების წარმოქმნა არიან განსაზღვრულ დამოკიდებულებაში ბევრ ფაქტორთან. ამასთან ერთად მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა დამოკიდებულია არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ფუნქციონირების ეფექტურობაზე, არამედ მთელ რიგ სხვა ბაზრებზე, რომლებიც მჭიდრო კავშირში არიან ერთმანეთთან, თუ განვიხილავთ მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციებს, მაშინ ისინი უპირველეს ყოვლისა გამოდიან ორ ძირითად ბაზარზე: რესურსებისა და სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე.

რესურსების ბაზარში შედის შრომითი რესურსებისა და და მატერიალური რესურსების ბაზარი. ეს ბაზარი უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებებს სამედიცინო აპარატურით, წამლებით და ხელსაწყოებით. ამ ბაზარზე მოქმედებისას, სამედიცინო განყოფილებები ყიდულობენ საჭირო რესურსებს და აწარმოებენ გადახდას, რომლებიც გამოდიან, როგორც რესურსების მფლობელთა ხელფასები და შემოსავლები. რესურსების ბაზარზე სამედიცინო განყოფილებები გამოდიან მყიდველების როლში, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კი-გამყიდველების.

სამედიცინო დაზღვევის ფართოდ გამოყენების პირობებში მომსახურების ბაზარი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგი სახეობებით: დაზღვევის ბაზრით, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის დაზღვევის სისტემით და სამედიცინო მომსახურების თავისუფალი ბაზრით. რაც შეეხება რესურსების ბაზარს, ის შეიძლება იყოს განსაზღვრული სახით იყოს კლასიფიცირებული. ეს არის სამედიცინო მოწყობილობების ბაზარი, წამლებისა და შრომის ბაზარი.

სამედიცინო მომსახურებისა და რესურსების ბაზარი მჭიდრო კავშირში არიან ერთმანეთთან, ერთის მხრივ მოთხოვნილება რესურსების ბაზარზე

წარმოადგენს წარმოების მოთხოვნილებას სამედიცინო მომსახურებაზე, მეორეს მხრივ კი ფასების დონე და მთლიანად კონიუქტურას რესურსების ბაზარზე განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულებების განვითარების პოტენციური შესაძლებლობები და საზღვრები. ამიტომ არ არის შემთხვევითი, რომ სამედიცინო მომსახურე პერსონალის მომზადების დონე, წამლების პრეპარატების არსებობა, ჯანდაცვის მატერიალური-ტექნიკური ბაზის დაბალი დონე გახდა ჩვენს ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის კრიზისის მწვავე პრობლემა. მრავალი წლის მანძილზე ამ სფეროს განკარგავდა სახელმწიფო მონოპოლიზმი, სახსრების უმნიშვნელო თანხა, რომელსაც გამოყოფდა სახელმწიფოს ბიუჯეტი, განვითარების ექსტენსიური მეთოდების სიჭარბე არის წარმოქმნილი სირთულეების ძირითადი მიზეზი.

ამ პირობებში წარმოქმნილი პირველ სამედიცინო კოოპერატივებს, პატარა საწარმოებს ბევრ რამეში ჰქონდათ წარმატება, რადგანაც მათთვის ხელმისაწვდომო იყო თანამედროვე აღჭურვილობა, დეფიციტური წამლები, ყველაზე უფრო კვალიფიციური სპეციალისტები. ამან მიიყვანა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უფრო მეტ დიფერენცირებამდე, გააძლიერა სოციალური დაძაბულობა, ამიტომ სახელმწიფო იყო იძულებული დაეწესებინა გაძლიერებული კონტროლი წამლებისა და სამედიცინო ტექნიკის წარმოებაზე, კერძოდ, ეს გამოიხატა რუსეთის ჯანდაცვის სამინისტროს რეორგანიზაციაში, რომელიც გარდაიქმნა რუსეთის ფედერაციის ჯანდაცვის და სამედიცინო მრეწველობის სამინისტროდ, ასევე 1994 წლის ზაფხულის რუსეთის ფედერაციის მთავრობის დადგენილების გამოცემა “სახელმწიფო მხარდაჭერა სამედიცინო მრეწველობის განვითარებისთვის და მოსახლეობისა და ჯანდაცვის განყოფილებების წამლებითა და სამედიცინო დანიშნულების ნაკეთობებით უზრუნველყოფა”

ნებისმიერ შემთხვევაში ამ პრობლემების უმრავლესობის წარმატებით გადაწყვეტა შეიძლება მხოლოდ ქვეყნის მთელი ჯანმრთელობის სისტემის ფინანსური ბაზების გაფართოებით. დღეს-დღეობით საბაზრო განვითარების ურთიერთობა რეალურს ხდის ამ შესაძლებლობას. ფინანსური საშუალებების ისეთი ტრადიციულ წყაროებთან ერთად, როგორც არის სახელმწიფო ბიუჯეტი, წარმოიშობა ახალი საშუალებებიც. როგორც აღწერილია კანონში “რუსეთის ფედერაციის მოქალაქეების სამედიცინო დაზღვევა” ეს სახსრები შეიძლება იყოს სახელმწიფოსი და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების, საწარმოების, ფასეული ქაღალდების შემოსავლის და ბანკისა და სხვა კრედიტორების კრედიტები.

იმისათვის, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი წყაროები რეალურად ფუნქციონირებდნენ, აუცილებელია პირობები, რომელიც ქმნის ფინანსურ ინვესტიციას მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში საკმარისად მომხიბვლელ მიმართულებად. ჩვენი შეხედულებით, ამ მიზნით აუცილებელია ფინანსური ბაზრის ინსტრუმენტების დიფერენცირება და მათთვის სახელმწიფოს შესაბამისი მხარდაჭერის უზრუნველყოფა. მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ ამ პროცესში მთავარ როლს ითამაშებს სახელმწიფო და დაზღვევის კერძო ორგანიზაციები, სამედიცინო განყოფილებებს და ჯანდაცვის შესაბამის ორგანოებს შეუძლიათ მოიხიდონ დამატებითი თავისუფალი ფულადი სახსრები. ეს შეიძლება მიღწეული იქნას სხვადასხვა გზებით.

როგორც ცნობილია, ფასიანი ქაღალდების მიმზიდველობა განისაზღვრება მისი სამი პარამეტრით: ლიკვიდობით, შემოსავლიანობით და რისკით. აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ფორმირება, ასევე სახელმწიფო ბიუჯეტის მნიშვნელოვანი მონაწილეობა ჯანდაცვის სფეროში იძლევა იმის ვარაუდის საშუალებას, რომ 2-3 წელიწადში სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური ბაზები გამყარდება და ჩვენი თვალსაზრისით, ეს ფასიან ქაღალდებს მიანიჭებს უფრო მეტ მიმზიდველობას, უპირველეს ყოვლისა უსაფრთხოებისა და ლიკვიდობის ასპექტში, ნაკლებად-შემოსავლიანობის. გარდა ამისა, სათანადო პროპაგანდით შეიძლება საზოგადოებაში კეთილგანწყობილი დამოკიდებულების ფორმირება ისეთი მნიშვნელოვანი სოციალური სფეროსადმი, როგორცაა ჯანდაცვა და ამით ამ ფასიანი ქაღალდებისთვის დამატებითი მიმზიდველობის მინიჭება.

კომერციულ ბანკებთან ურთიერთობებში კრედიტების დაბრუნების უზრუნველყოფის დამატებით გარანტიას შეიძლება წარმოადგენდეს უძრავი ქონების დაგირავება, განსაკუთრებით მიწის იმ ნაკვეთების, რომელიც გააჩნიათ რაიონულ ცენტრებსა და პატარა ქალაქებში განლაგებულ სამედიცინო დაწესებულებებს. ფინანსირების ასეთი ტრადიციული საშუალებების გარდა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ჯანდაცვითი საქმიანობის ფინანსირების სხვა საშუალებები, რომლებიც შეიძლება გამოდგნენ მნიშვნელოვნად უფრო ხელსაყრელი, ვიდრე ბანკის კრედიტი. ასეთი ფინანსირების ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს ლიზინგი – ეს არის უძრავი და მოძრავი ქონების განთავსების ოპერაცია, როდესაც ამ ქონებას სპეციალურად ყიდულობს. ლიზინგური ფირმა იგი რჩება მის საკუთრებაში, მაგრამ იჯარით გაიცემა მეწარმეებზე. ჩვეულებრივ, ლიზინგს განმარტავენ, როგორც მანქანებისა და აღჭურვილობის ხანგრძლივ

იჯარას. ამჟამად ლიზინგით შესაძლებელია წარმოების ყველაზე უფრო განსხვავებული ფაქტორებისა და სხვადასხვა ქონების მიღება – ყველაზე რთულიდან დაწყებული საოფისე აღჭურვილობით დამთავრებული. ლიზინგური ფირმა გამოდის თავისებურ შუამავლად შესაბამისი აღჭურვილობის მწარმოებლებსა და მათ მომხმარებლებს შორის.

ცნობილია, რომ ლიზინგი ყველაზე უფრო მიმზიდველია აღჭურვილობის დროებითი საჭიროებისას. საწარმოები მიმართავენ მას, როდესაც მათ არა აქვთ კრედიტის გამოყენების საშუალება აუცილებელი აღჭურვილობის შესაძენად. ხოლო იმის გათვალისწინებით, რომ ლიზინგური გარიგება არ ითვალისწინებს საგარანტიო და საავანსო გირაოს, საწარმოებს ერთი და იგივე კაპიტალის გამოყენებით მოძრაობაში მოჰყავთ რესურსების დიდი რაოდენობა. ლიზინგით მიღებული აღჭურვილობა არ ფიქსირდება საწარმოს ბალანსში და აქედან გამომდინარე არ ზრდის მის დავალიანებას, არ აუარესებს მის ფინანსურ მდგომარეობას.

ამჟამად, როდესაც ჯანდაცვაში მიდის მრავალმოწყობის ფორმირების პროცესი და არსებობს ფინანსური საშუალებების მწვავე უკმარისობა, ლიზინგური ფირმების შექმნა, ჩვენი შეხედულებით, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზას. პირველ ეტაპზე ეს შეიძლება იყოს სახელმწიფო ლიზინგური ფირმები, რომლებიც შეძლებდნენ თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობის მწირი მოცულობების გამნაწილებლის თავისებური როლის შესრულებას და იმის მიღწევას, რომ ისინი მოხვდნენ კარგ ხელში. ამასთან, როგორც მსოფლიო გამოცდილება აჩვენებს, ლიზინგის გამოყენება უკეთესია იქ, სადაც აქვთ განსაკუთრებით რთული და იშვიათი აღჭურვილობა, რომელსაც მომსახურებას უკეთ უწევენ ლიზინგის გამცემლები, ვიდრე ამას შეძლებს მისი გამომყენებელი სამედიცინო დაწესებულება. ეკონომიკურ ლიტერატურაში გვხვდება მომსახურების სფეროში ისეთი სპეციფიკური ფორმის გამოყენების შეთავაზება, როგორცაა ფექტორინგი. ეს არის ჩვეულებრივ სახელშეკრულებო საფუძველზე განხორციელებული სასაქონლო მიწოდებების მოთხოვნების შესყიდვა ფექტორინგ-ფირმის მიერ. ამგვარი ოპერაციის შედეგად მეწარმე, რომელიც ყიდის მოთხოვნებს, 2-3 დღეში ღებულობს მოთხოვნილი თანხის 70-90%-ს ავანსის სახით. დარჩენილი 10-30% ფექტორინგ-ფირმისთვის გარკვეულ წილად წარმოადგენს საგარანტიო თანხას. ფექტორინგ-ფირმა ახდევინებს მეწარმეს გარკვეულ პროცენტებს სავალ მოთხოვნების

ექვივალენტის დაუყოვნებლივი გაცემის, რისკის პრემიისა და ადმინისტრაციული მმართველობითი ხარჯების ანაზღაურებისთვის. ფექტორინგი, უპირველეს ყოვლისა, ეფექტურია საწარმოო დაწესებულებებსა და საბითუმო ფირმებში, რომლებიც შესაბამისად აწარმოებენ და ყიდიან სამომხმარებლო საქონელს, მაგრამ ჩვენ მიგვაჩნია შესაძლებლად, რომ აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევის პირობებში, როდესაც ბევრი საწარმო დროულად არ აწარმოებს გადახდებს აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევის ტერიტორიულ ფონდებში, ხოლო ბევრი მათგანი იმყოფება გაკოტრების ზღვარზე, საწარმოების ფონდისადმი და სადაზღვევო ორგანიზაციებისადმი სავალ მოვალეობები შეიძლება მიეყიდოს ფექტორინგ-ფირმებს. ეს უზრუნველყოფდა სამედიცინო დაწესებულებების თანაბარ დაფინანსებას.

ამგვარად, ბაზრის კონკრეტული სტრუქტურა ფორმირდება მრავალი ფაქტორის გავლენით, რომლებიც ასახავენ ქვეყნის ეკონომიკის მდგომარეობას მთლიანობაში, რეგიონალურ თავისებურებებს, შესაბამისი ინფრასტრუქტურის განვითარების დონეს და რაც უფრო ზუსტად ეცოდინებათ ეს ფაქტორები საკანონმდებლო და აღმასრულებელ ხელისუფლებას, მით უფრო ეფექტურად და ცივილურად იქნება გამოყენებული საბაზრო მექანიზმები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში.

თავი II. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი მახასიათებლები

2.1. კვლევის მასალა და მეთოდика

დასმული მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე, კვლევის პროცესში გამოყენებული იყო შემდეგი მეთოდები: სოციოლოგიური, ისტორიული, ექსპერტული შეფასების, შემთხვევა-კონტროლის, სამედიცინო-სტატისტიკური (მათ შორის კორელაციური და რაოდენობრივი ანალიზი).

გამოკვლევაში გამოყენებულია მსოფლიო ბანკის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული “საქართველოს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ” 2006 წლის მონაცემები, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საორგანიზაციო-ნორმატიული მასალები.

საინფორმაციო ძიების პროცესში გამოყენებულ იქნა როგორც ინტერნეტით მოძიებული მასალები, ასევე სხვადასხვა ქვეყანაში გამოცემული ლიტერატურა, რომლის საფუძველზეც გაკეთდა ინფორმაციული მიმოხილვა. დამუშავდა სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემები, რომლებიც შეეხებოდა როგორც მოსახლეობის, ავადობისა და სიკვდილიანობის თავისებურებათა ანალიზს. კვლევის პროცესში განხორციელდა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლების შედარებითი ანალიზი, სხვა და სხვა დაავადებების გავრცელების ძირითადი დემოგრაფიული ტენდენციების შესწავლა დინამიკაში (1990-2007 წწ.).

აგრეთვე ცალკე შეგროვდა და დამუშავდა სტატისტიკური მასალა, რომელიც შეეხება საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში არსებულ საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობას. განხილულ იქნა როგორც ზოგადად საქართველოს, ასევე სხვა ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებელი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობასთან კავშირში.

კვლევა ჩატარდა ქვეყნის გეოგრაფიული თავისებურებების, პაციენტთა ყოფითი ტრადიციების, მავნე ჩვევების, პროფესიული ფაქტორებისა და ცხოვრების ჰიგიენური პირობების დაცვის გათვალისწინებით. გაანალიზებულია აღნიშნული

ფაქტორების შესაძლო გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე.

ამის გარდა, სპეციალური პროგრამით გამოკვლეულია 200 რესპოდენტი. ჩატარებულ გამოკვლევაში გამოყენებულ იქნა “შემთხვევა-კონტროლის” მეთოდი, რომელიც ხანგრძლივი კვლევის მეთოდებს მიეკუთვნება. ამ ტიპის გამოკვლევა დაფუძნებულია ავადმყოფებსა და ჯანმრთელ პირებზე გამოსაკვლევი ფაქტორის ზემოქმედების შესახებ მიღებული ინფორმაციის შეჯერებაზე. გამოკვლევის დამაჯერებლობას მთლიანად განსაზღვრავს შესადარებელი ჯგუფების შერჩევა. ჯგუფები გამოსაკვლევი ნიშნის გარდა ყველა სხვა დამახასიათებელი ნიშნით საკმარისად მსგავსი იყო. “შემთხვევა-კონტროლის” მეთოდის გამოყენებისას კავშირების მაგნიტუდის გამოთვლებს წარმოადგენს შეფარდებითი რისკი (relative risk RR), რომელიც ასევე ცნობილია როგორც რისკის კოეფიციენტი (risk ratio). შეფარდებითი რისკი გამოითვლებოდა ფაქტორის ზემოქმედების მქონე ჯგუფში დაავადების ინსიდენსის მაჩვენებლის შეფარდებით ამ ფაქტორის გავლენის ქვეშ ნაკლებად მყოფ ჯგუფში დაავადების ინსიდენსის მაჩვენებელთან. შემთხვევა-კონტროლის კვლევის შეფარდებითი რისკის განმსაზღვრელია odds ratio (OR). იგი გამოიანგარიშება შემთხვევით ჯგუფში ზემოქმედების პრევალენსის შეფარდებით საკონტროლო ჯგუფში ზემოქმედების პრევალენსთან დამაჯერებლობის ინტერვალი წარმოადგენს (CI) რიცხვთა წყვილს, რომელიც განსაზღვრავს ზღვარს, რომლის შიგნით არსებობს 95%-იანი ალბათობა იმისა, რომ მოსალოდნელია ჭეშმარიტი რისკის დაცემა; იგი დამყარებულია α -ს 0.05 მნიშვნელობაზე. როცა შეფარდებითი რისკი 1.0-ის ტოლია, მაშინ არ არსებობს არანაირი კავშირი, ამიტომ თუ CI შეიცავს 1.0-ს რისკი არ არის.

სამუშაო ჩატარდა სპეციალურად შემუშავებული პროგრამის მიხედვით, რომელიც ემყარება მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მოთხოვნილებებს, კვლევის ამ დარგში სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილებას.

პროგრამა შეიცავს კითხვებს, რომლებიც დაკავშირებულია როგორც პიროვნების დემოგრაფიულ მდგომარეობასთან, ცხოვრების წესთან, ასევე დაავადების სიმპტომებთან, რისკ-ფაქტორებთან, მავნე ჩვევებთან და ა. შ. დაცული იყო ინფორმაციის სრული კონფიდენციალობა, რამაც საშუალება მოგვცა მიგველო გულახდილი პასუხები. გაანალიზდა საქართველოს ჯანდაცვის და სადაზღვევო სისტემის მოქმედების ადეკვატურობა მოსახლეობის სამედიცინო მოთხოვნილებების უზრუნველყოფის კუთხით.

პირველადი სოციოლოგიური ინფორმაციის მისარებად გამოიყენებოდა როგორც ანკეტირება, ასევე პირდაპირი ინტერვიუ, რომელიც რესპონდენტებს დამატებითი კონსულტაციის საშუალებას აძლევდა. კითხვარი შედგება ძირითადი ნაწილისა და მიზნობრივი კითხვებისაგან. მთლიანად ჩატარებულ კვლევაში ჩართული იყო 200 რესპოდენტი, რომელთა ასაკობრივი ჯგუფი 20 დან 70 წლამდე მერყეობდა. კითხვარები დარიგდა თბილისში. 20 დან 65 წლის მოსახლეობას შორის. რესპოდენტთა რაოდენობამ მთლიანობაში შეადგინა 200 ადამიანი. გამოკითხვა ჩატარდა როგორც სამედიცინო დაწესებულებებში, ასევე მის გარეთაც, პაციენტთა და ჯანმრთელ მოსახლეობის შორის. რესპოდენტები შეირჩნენ შემთხვევითი (random sampling) შერჩევის მეთოდით, ყოველგვარი რაიმე მიზნობრივი დამახასიათებელი ნიშნის გარეშე. (simple sampling) კითხვარის საბოლოო ვერსია შეიცავს 30 სხვა და სხვა ტიპის შეკითხვას. გამოკითხვაში მონაწილეობა სავალდებულო არ ყოფილა და ამასთანავე ყველა მათგანი ანონიმური იყო. რესპოდენტებმა მიიღეს განმარტება კვლევის მიზნების შესახებ.

მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტად გამოვიყენეთ კითხვარები და შესაბამისად მივიღეთ რაოდენობრივი მონაცემები (quantitative data). იმისათვის, რომ ზოგადი წარმოდგენა გვექონოდა გამოკითხულ კონტინგენტზე, რესპოდენტები კითხვარის შაბლონში (sample) განაწილებული იყვნენ შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით: სქესი, ასაკი პროფესია საცხოვრებელი ადგილი, სამუშაო სტატუსი, ოჯახური მდგომარეობი და სხვა კატეგორიების მიხედვით.

კითხვარის მეორე ნაწილი მოიცავდა შემდეგ საკითხებს: რესპოდენტთა სოციალურ-ეკონომიურ მდგომარეობა, საშუალო თვიური შემოსავალი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მასთან დაკავშირებულ პრობლემები, სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შესახებ გათვითცნობიერების დონე და სამედიცინო დაზღვევის პოლისის გამოყენების შესაძლებლობა. ასევე შევისწავლეთ რესპოდენტთა დაკმაყოფილების დონე მიღებული სამედიცინო მომსახურებით.

კვლევისათვის კითხვარის მასალა შეგროვდა განხილული ლიტერატურული მასალის შედეგად, საიდანაც შეირჩა კვლევისათვის საყურადღებო საკითხები, რომლებიც აღნიშნულ პრობლემას ეხებოდა. გამოკითხვის მთავარ სირთულეს რეგიონების მაცხოვრებელთა გამოკითხვა წარმოადგენდა, ამისათვის მივმართეთ ”საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ” ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შედეგებს. ანალიზისათვის გამოყენებული იქნა

სხვა და სხვა მეთოდები (frequencies, cross-tabs, Chi-square,) , რომლებიც სტატისტიკური პროგრამის SPSS 11. საშუალებით გააკეთდა.

ძირითადი საკითხები, რომელსაც კითხვარი მოიცავს არის სოციოეკონომიკური სტატუსის განმსაზღვრელი, ამ ჯგუფების ცხოვრების წესი და მათი დამოკიდებულება ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით და სხვა, რომელიც ცალ ცალკე და ერთმანეთთან კავშირში იქნა განხილული. (ცხრილი 12).

ცხრილი 12. კითხვარის თემატიკა.

ძირითადი დეტერმინანტები	სტატუსი	ქმედებები
სოციო დემოგრ. მახასიათებლები; განათლება; მიგრაცია; რისკ ფაქტორები; სამომავლო რწმენა და იმედები	ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი პირობები, ფიზიკური მდგომარეობა, სოციალური დგომარეობა,	ცხოვრების წესი კვება, გართობა, სპორტული აქტივობა, მედიკამენტების გამოყენება.

სქესი, ასაკობრივი ჯგუფი, ოჯახური მდგომარეობა, ფინანსური მდგომარეობა, განათლება და სხვა დეტერმინანტები გამოყენებული იქნა მათი სამედიცნო სერვისის ხელმისაწვდომობაში ზეგავლენის ხარისხის შეფასების მიზნით.

ჯანმრთელობის სერვისისადმი თანაბარ ხელმისაწვდომობის ტენდენციების გამოსავლენად გარკვეულ სოციალურ ჯგუფებს შორის გამოყენებული იქნა სტანდარტული, კატეგორიებს შორის დისტრიბუციის მეთოდი. ასევე გაანალიზდა ურთიერთკავშირი ცალკეულ ცნებებსა და ცვლადებს (concept/variables) შორის, ასოციაცია კორელაცია (association/ correlation) გარკვეულ სოციალურ ფაქტორებსა და ჯანმრთელობას შორის. რესპოდენტთა დისტრიბუცია, არსებულ განსხვავებებში შეფასდა Chi square ტესტის ანალიზით. განსხვავება მნიშვნელოვნად ჩაითვადა, როდესაც $P < 0.05$ -ზე იყო.

ასაკის, განათლების, საცხოვრებელი ადგილისა და სოციალური სტატუსის გავლენა ჯანდაცვის სერვისისადმი ხელმისაწვდომობაში შეფასდა ჯვარედინი ანალიზის (crosstabs)ხერხით, როგორც მამაკაცთა ჯგუფში ასევე ქალთა კატეგორიაში ცალ ცალკე. რესპოდენტები შემდეგი კატეგორიების მიხედვით

დაჯგუფდნენ: სქესის, ოჯახური მდგომარეობის, ასაკობრივი ჯგუფის; განათლების, საცხოვრებელი ადგილისა და ფინანსური მდგომარეობის მიხედვით, რაც მნიშვნელოვანი კატეგორიებია სოციო-ეკონომიკური სტატუსის განსაზღვრისათვის. კითხვარი შეიცავდა ისეთი ხასიათის შეკითხვებს, როგორცაა მაგალითად საშუალოდ ოჯახის შემოსავალი, ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობა, მოწვევის, ალკოჰოლის მოხმარების, კვების, ფიზიკური აქტივობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ.

კვლევის მეთოდოლოგიას შემდეგი ძლიერი მხარეები აქვს: მასში შედის ისეთი სოციოეკონომიკური ინდიკატორები, რომლებიც მნიშვნელოვანია ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მსჯელობისას. კითხვარის საშუალებით წარმოდგენილი იყო მოსახლეობის არა რომელიმე კონკრეტული მიზნობრივი ჯგუფი, არამედ მცირე რაოდენობის, საქართველოში არსებული საზოგადოების ნიმუში, სქესის, ასაკის, განათლების, ეკონომიური მდგომარეობისა თუ სხვა კატეგორიების გათვალისწინებით. შეფასება სტანდარტულად ჩატარდა და შეიცავდა მრავალ კატეგორიებს.

კვლევას ჰქონდა ასევე რამოდენიმე შეზღუდვაც. მაგალითად მოსახლეობის მოცულობა. ვინაიდან სირთულეს წარმოადგენდა მთელი საქართველოს მოცვა აღნიშნული კვლევით დამხმარე საშუალებებად ავირჩიეთ სტანდარტული საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ გამოკვლეული საქართველოს მოსახლეობა.

სირთულეს ვაწყდებით ასევე სოციოეკონომიკური დეტერმინანტების უფრო ღრმა შესწავლისას. ხშირ შემთხვევაში ასეთი ტიპის კითხვებზე პასუხები თავიდან იქნა აცილებული და გარდა ამისა ამომწურავად პასუხის გაცემაც შეუძლებელი აღმოჩნდა, თუმცა მოცემული კითხვები სოციოეკონომიკური სტატუსის განსაზღვრისთვის ვფიქრობთ საკმარისი უნდა იყოს.

ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების გაუმჯობესება, ხარისხის გაზრდა და საბოლოო ჯამში მომხმარებელთა მოთხოვნილებების მაქსიმალური დაკმაყოფილება, კონკრეტულ სპეციფიკასა და პირობებზეა დამოკიდებული.

კვლევის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული სოციალური უთანასწორობა და არათანაბარი ხელმისაწვდომობა უფრო ღრმად უნდა იქნას შესწავლილი და უნდა მოხდეს მისი სწორი მიმართულებით წარმართვა, რაც უპირველეს ყოვლისა დააბალანსებს იმ არათანაბარ ხელმისაწვდომობის პრობლემას, რომელიც დღესდღეობით

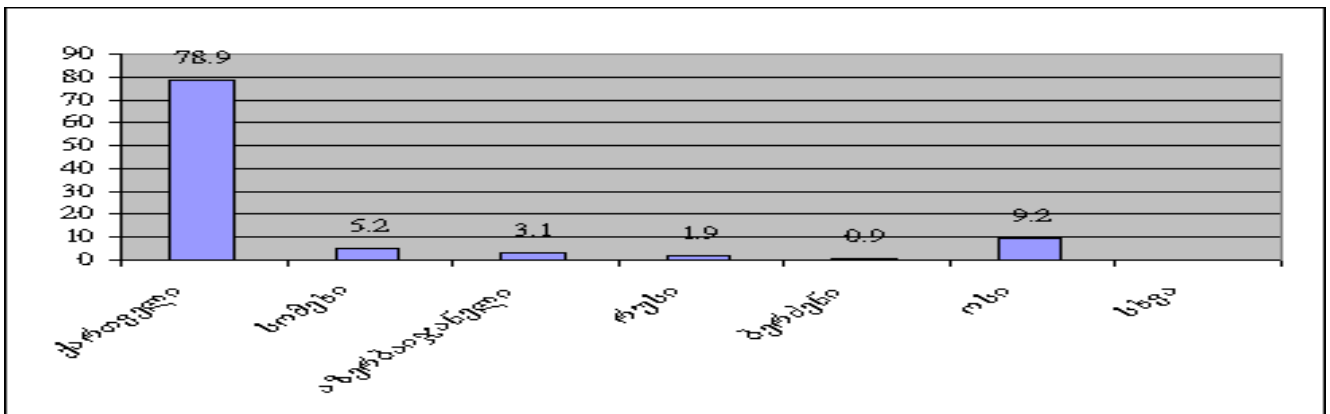
საქართველოს საზოგადოებაში მაღალ და დაბალ შემოსავლის მქონე სოციალურ ჯგუფებს შორის არსებობს. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებისას უმჯობესი იქნება თუ პრიორიტეტად ღარიბი ფენის ხელშეწყობა დადგება დღის წესრიგში, რათა გარდამავალ პერიოდში მკაფიოდ გამოიკვეთა ამ ორი რადიკალურად განსხვავებული მდიდრებისა და ღარიბების ფენა რაც სახელმწიფოს მხრიდან სათანადო ხელშეწყობას უდაოდ საჭიროებს. სახელმწიფო პოლიტიკაში ნამდვილად შეინიშნება ამ სტრატეგიის განვითარების ტენდენციები, რაც ასევე წარმატებული ნაბიჯი იქნება სიღარიბის დაძლევისა და ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისაკენ.

2.2 საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე მოქმედი ძირითადი სოციალურ-ეკონომიკური დეტერმინანტები

ყოფილი დსთ-ს ქვეყნების სივრცეში საინტერესოა საქართველოში არსებული ვითარების განხილვაც. 2008 წლის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობა დღეს-დღეობით 4.38 მლნ მოსახლეს შეადგენს, რომელთაგან ძირითად მოსახლეობას ქართველები წარმოადგენენ, თუმცა აქ ცხოვრობენ ასევე უმცირესობის წარმომადგენლები, რომლებსაც თავიანთი სასაუბრო ენები გააჩნიათ. მათგან ყველაზე მნიშვნელოვან რაოდენობას რუსები, სომხები, აზერბაიჯანელები, სომხები, ბერძნები და ოსები წარმოადგენენ. (გრაფიკი 1)

გრაფიკი 1.

საქართველოს მოსახლეობის განაწილება ნაციონალობს მიხედვით (2008 წ.)



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

საქართველოს მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მდგომარეობა არც თუ ისე სახარბიელოა. შობადობა 1990-იან წლებთან შედარებით თანდათანობით კლების ტენდენციას გვიჩვენებს. თუ 1990 წელს ყოველ 1000 მოსახლეზე მაჩვენებელი 17 იყო 2007 წლისათვის ეს მაჩვენებელი 9,4-მდე ჩამოვიდა. მიუხედავად იმისა რომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელში დიდი ცვლილება არ აღინიშნება, საერთო დემოგრაფიულ მდგომარეობას ამით ვერ განვსაზღვრავთ, ხოლო რაც შეეხება ბუნებრივ მატებას ამ შემთხვევაში მკვეთრი ცვლილებაა. ბუნებრივი მატება ყოველი ათასი ბავშვიდან 7,7-დან 1,8 მდე შემცირდა, რაც საერთო დემოგრაფიული მდგომარეობისთვის დასაფიქრებელ საკითხს წარმოადგენს. (ცხრილი 13)

ცხრილი 13.

საქართველოს მოსახლეობის ძირითად დემოგრაფიული მაჩვენებლები (1990-2007 წწ).

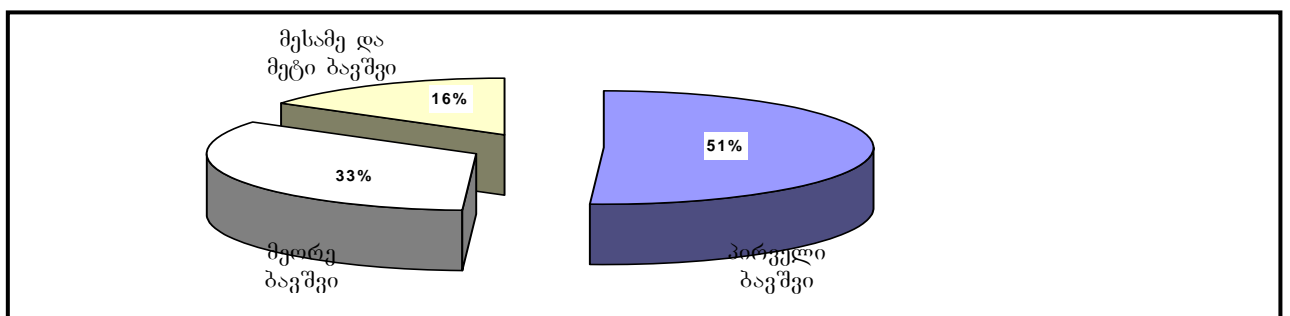
	1990	1991	1995	1996	2000	2001	2005	2006	2007
შობადობა (ყოველ 1000 მოსახლეზე)	17,0	16,6	11,9	11,9	11	10,9	10,7	10,9	11,2
სიკვდილიანობა (ყოველ 1000 მოსახლეზე)	9,3	9,6	10,4	10,4	10,7	10,5	9,3	9,6	9,4
ბუნებრივი მატება (ყოველ 1000 მოსახლეზე)	7,7	7	1,5	1,5	0,3	0,4	1,4	1,3	1,8

წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

თუ 1979 წელს საქართველოს მოსახლეობის აღწერის მონაცემებით ყოველი 1000 ქალიდან 231 იყო ერთშვილიანი, 240 - ორშვილიანი, 329-ს კი ჰყავდა სამი და მეტი შვილი. 2008 წლის აღწერამ დააფიქსირა სამი და მეტი ბავშვის მყოფი ქალების შემცირების ტენდენცია (300 ყოველ 1000 გათხოვილ ქალზე), დღესდღეობით კი სამშვილიანი ოჯახების რიცხვი (16%) თითქმის ერთი-ორჯერ შემცირდა, რაც აშკარა საფრთხეს წარმოადგენს. დღესდღეობით უმეტესობა ოჯახებისა (51%) ერთშვილიანია. (გრაფიკი 2)

გრაფიკი 2.

ცოცხალშობილთა განაწილება დაბადების რიგითობის მიხედვით (2008 წ.)



წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს საქართველოს მდგომარეობა შობადობისა და ბავშვთა მოკვდაობის მიხედვით ცალკეულ რეგიონებში 2008 წლის საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემების მიხედვით. მოკვდაობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისში აღინიშნება, თუმცა აქ უნდა გავითვალისწინოთ ასევე მოსახლეობის პროპორციული გადანაწილებაც სხვა რეგიონებთან შედარებით. (ცხრილი 14).

ცხრილი 14.

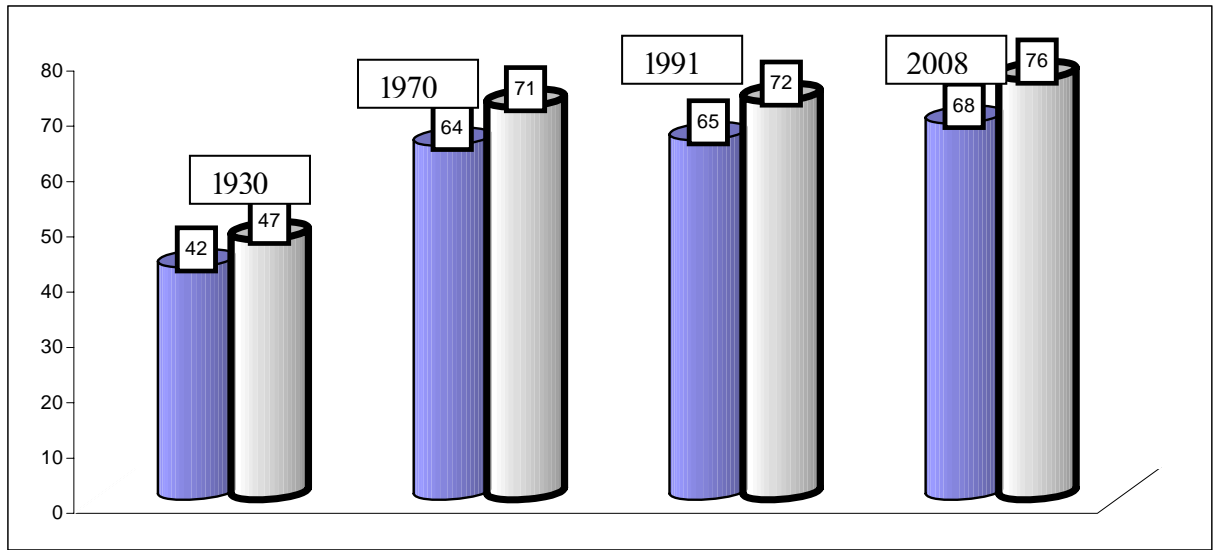
შობადობა და ბავშვთა მოკვდაობა, სამედიცინო დაწესებულებების 2008 წლის მონაცემები

რეგიონი	ცოცხალ- შობილთა რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე	0-1 წლამდე გარდაცვ- ლილთა რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000ცოცხალ- შობილზე	პერინატა ლური მოკვდაობა
აჭარა	4402	16,8	91	14,5	31,0
თბილისი	20055	19,7	554	16,9	36,2
კახეთი	3081	7,7	26	5,8	13,5
იმერეთი	6494	19,0	122	16,8	35,5
სამეგრელო	3706	8,0	24	5,9	13,9
შიდა ქართლი	2549	15,1	18	6,3	21,3
ქვემო ქართლი	4053	15,8	21	4,2	19,9
გურია	890	14,4	9	10,1	24,4
სამც-ჯავახეთი	2069	17,1	13	3,4	20,4
მცხეთა- მთიანეთი	440	13,5	4	9,1	22,4
რაჭა-ლეჩხუმი	117	8,5	0	0,0	8,5
საქართველო	47856	16,8	882	12,6	29,2

წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

უკანასკნელი 75 წლის მანხილზე სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 29 წლით გაიზარდა და 2005 წლეს 73.0 წელიწადს მიაღწია. მამაკაცის საშუალო ხანგრძლივობაა 68.8 წელიწადს, ხოლო ქალებისა 76.9 წელიწადს უტოლდება. (გრაფიკი 3)

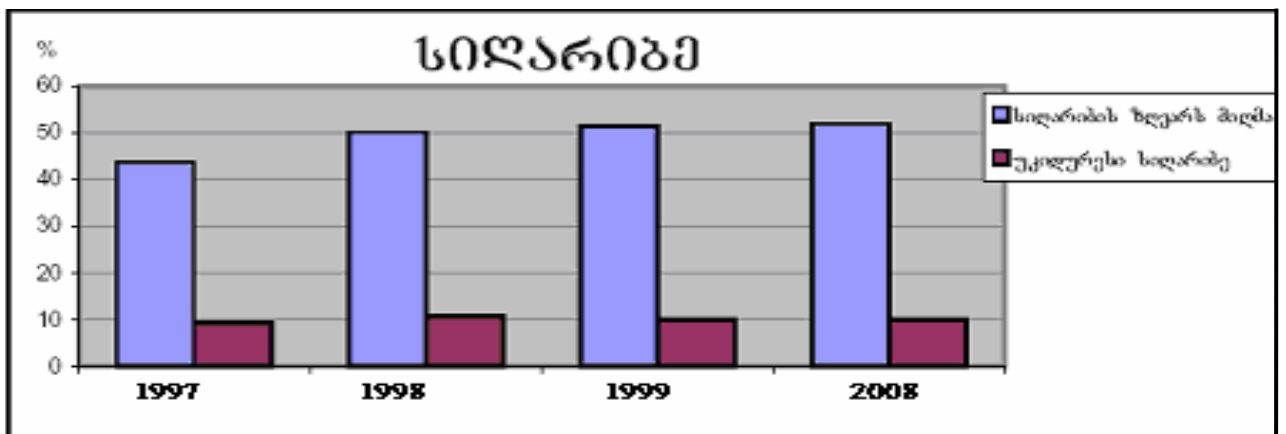
გრაფიკი 3. საქართველოს მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1930, 1970, 1991 და 2008 წლები.



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

სიღარიბე სოციოეკონომიკური მდგომარეობის ერთ ერთი უმნიშვნელოვანესი დეტერმინანტია. საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი სიღარიბის ზღვარს მიღმა იმყოფება საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლასთან დაკავშირებულმა პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა კრიზისმა საქართველოს უმეტესი მოსახლეობის ნაწილის გაღარიბება გამოიწვია. 1999 წელს მოსახლეობის 51.8 % სიღარიბის ოფიციალურად აღიარებულ ზღვარს მიღმა ცხოვრობდა. ბოლო ოთხი წლის სტატისტიკური მონაცემები ცხადყოფს, რომ სიღარიბის მიღმა მყოფი ადამიანების რიცხვი გაიზარდა ქვეყნის ეკონომიკური აღმავლობის პროცესშიც კი. გაიზარდა აგრეთვე უკიდურეს გაჭირვებაში მცხოვრებ ადამიანთა რაოდენობაც (რომელთა ყოველთვიური მოხმარება საარსებო მინიმუმზე დაბალია. (გრაფიკი 4).

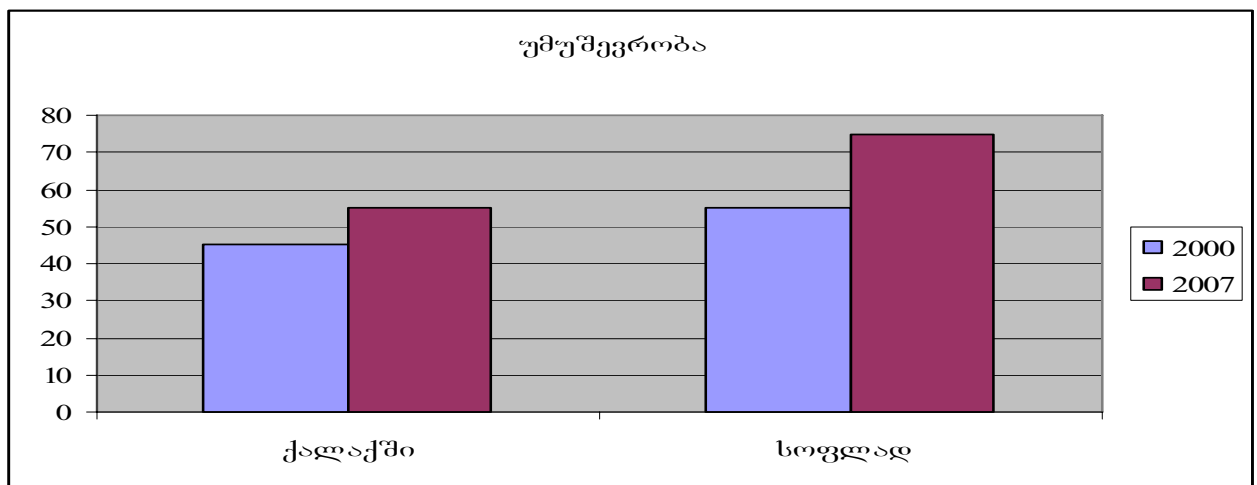
გრაფიკი 4. სიღარიბე დონე საქართველოში 1997-2008 წწ



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

სიღარიბის კოეფიციენტი გვიჩვენებს რომ ეკონომიკურ ზრდას დიდი გავლენა აქვს სიღარიბეზე, რომელიც შემოსავლის თანაბარი განაწილების პირობებში უნდა მოხდეს. სიღარიბის ასპექტებს შორის აღსანიშნავია 2 ძირითადი მიზეზი: ესენია უმუშევრობა და კაპიტალის არქონა. ქვეყნის საერთო უმუშევრობის მაჩვენებელი 2000 წელს შედარებით ნაკლები იყო, ხოლო 2007 წელს მოიმატა 16.2 % თუმცა არსებობს უზარმაზარი განსხვავება ქალაქში 27.8% და სოფლად 5.1 % მცხოვრებთა უმუშევრობას შორის. ამ განსხვავების ძირითადი მიზეზია სოფლად დასაქმების ფართო გაგებით განსაზღვრა, აქედან გამომდინარე სტატისტიკური მონაცემები უმუშევრობის ბევრად უფრო მაღალ დონეს და სიღარიბეს უფრო ქალაქში აჩვენებს ვიდრე სოფლად, რაც ვფიქრობ აბსოლუტურად შეუსაბამოა არსებულ რეალობასთან, რადგან რეალურად სოფლად ამჟამად გაცილებით რთული მდგომარეობაა უმუშევრობისა და სიღარიბის თვალსაზრისით, ვიდრე ქალაქში. (გრაფიკი 5.)

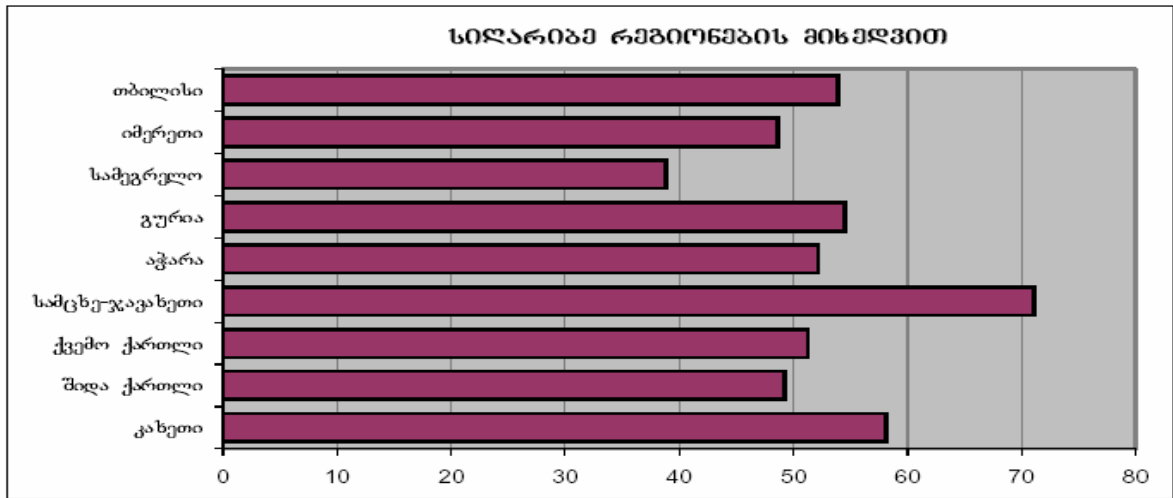
გრაფიკი 5. უმუშევრობა და სიღარიბე ქალაქსა და სოფლად 2000-2007წწ



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

გარდა ქალაქისა და სოფლის მდგომარეობას შორის არსებული განსხვავებისა უზარმაზარი სხვაობაა საქართველოს რეგიონებს შორის სიღარიბის მაჩვენებლებში: უღარიბეს რეგიონში სიღარიბის მაჩვენებელი ყველაზე მდიდარ რეგიონთან შეფარდებით თითქმის ორჯერ მაღალია (გრაფიკი 7) სიღარიბის მაღალ მაჩვენებელში შედის შედარებით მთიანი რაიონები. მიუხედავად იმისა რომ თბილისში სიღარიბის დონე არც თუ ისე განსხვავდება სხვა რაიონებთან შედარებით, ყველაზე მეტად მაინც სიღარიბის მაშტაბით სამცხე-ჯავახეთი და კახეთი გამოირჩევა (გრაფიკი 6).

გრაფიკი 6. სიღარიბე რეგიონების მიხედვით 2008 წელი.

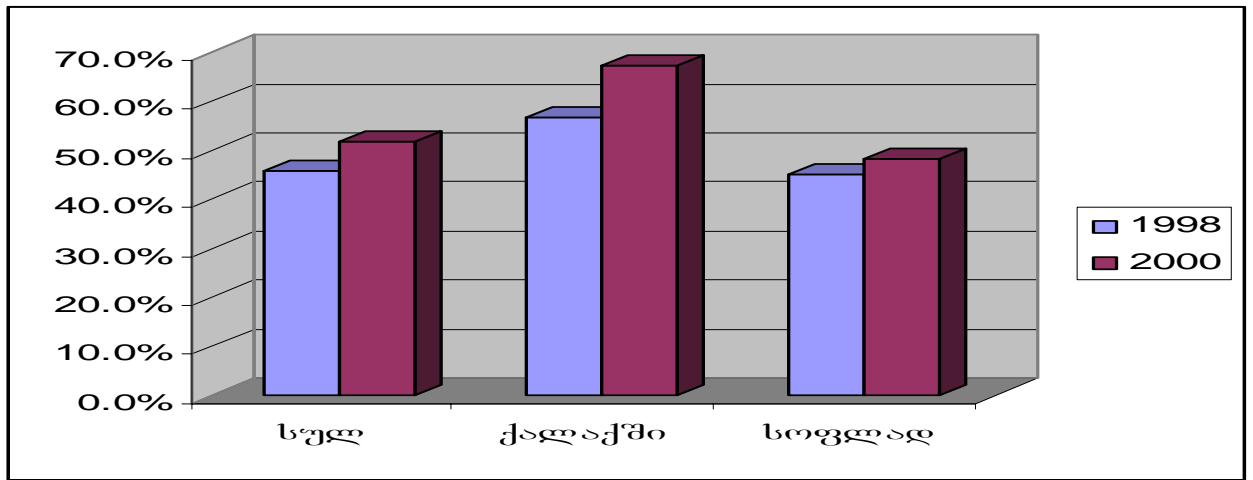


წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

სიღარიბის პრობლემებთან დაკავშირებით შეიქმნა სიღარიბის დაძლევის პროგრამა რომელიც მოიცავს ღარიბი მოსახლეობის სოციალური დაცვის უზრუნველყოფას, რომელიც დღესდღეობით არც თუ ისე სახარბიელო მდგომარეობაშია. სიღარიბის შემსუბუქებას ხელს უწყობს არა ეკონომიკური ზრდის მოცულობა, არამედ რესურსებისა და შემოსავლების თანაბრად გადანაწილება. მსოფლიო ბანკთან და საერთაშორისო სავალუტო ფონდთან ერთად გაერო მხარს უჭერს და მთავრობას დახმარებას უწევს სიღარიბის დაძლევის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავებაში, რაც მიზნად ისახავს ახალი სამუშაო ადგილების შექმნას და სახელმწიფო მმართველობის ეფექტურ განხორციელებას.

მოსახლეობის სიღარიბის დონემ მკვეთრად იმატა და 1998 წელს საშუალოდ 50,2% შეადგინა. ქალაქად ეს მაჩვენებელი 11,6 პროცენტული პუნქტით გაიზარდა და 67,5%-ს მიაღწია, ხოლო სოფლად 3,0 პროცენტული პუნქტით გაიზარდა და 48,3% იყო. (გრაფიკი 7)

გრაფიკი 7. სიღარიბის დონე საქართველოში



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

გაიზარდა სიღარიბის სიმწვავე, რომელიც ზედმიწევნით მაღალ დონეს მარტოხელა ადამიანებში აღწევს იმის გათვალისწინებითაც, რომ ამ კატეგორიას ძირითადად ასაკოვანი მოსახლეობა მიეკუთვნება.

ჩატარებულმა გამოკვლევამ ცხადჰყო, რომ უღარიბესი მოსახლეობის ხარჯების სტრუქტურაში წინა პლანზე წამოწეული იყო სურსათ-სანოვაგის შექენა.

ქვეყანაში სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალურ ფენებად დაყოფა, რაც განაპირობებს ამ ფენებს შორის არა მარტო ეკონომიკური, არამედ სოციალურ-კულტურული თავისებურებების განსხვავებასაც. 1998 წელს 400-1000 ლარის შემოსავლის მქონე ოჯახების რაოდენობა გაიზარდა 7,4%-მდე, წინა წლის 6,9%-თან შედარებით. ხოლო შედარებით მდიდარი, ანუ 1500 ლარზე მეტი შემოსავლის მქონე ოჯახების რაოდენობა 1,2%-ს გაუტოლდა.

საკმარისად მკვეთრად გამოიხატა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი მახასიათებლების განსხვავებაც, განსაკუთრებით უკიდურესად ღარიბ, და შედარებით შეძლებულ ფენებს შორის. ამის დამადასტურებელია ის ფაქტიც, რომ უღარიბეს მოსახლეობასთან შედარებით შეძლებული მოსახლეობა საშუალოდ 20-30%-ით ნაკლებს ხარჯავდა მკურნალობასა და მედიკამენტების შექენაზე. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან სიღარიბეს თან სდევს მოსახლეობის მაღალი დასნებოვნება და შესაბამისად სამედიცინო ხარჯების ზრდაც.

არსებული სიტუაცია ცხადყოფს, რომ საქართველოს მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის აუცილებელი სასიცოცხლო მინიმუმის შესანარჩუნებლად საჭირო

სახსრების მოპოვება სულ უფრო გაძნელებულია. უმწვავესი საჭიროების მიუხედავად ეს კატეგორია თავს არიდებს მიაკითხოს სათანადო სამედიცინო დახმარების მიზნით ჯანდაცვის დაწესებულებებს, რაც თავისთავად მათი დასნებოვნებისა და საბოლოო ჯამში ნაადრევი სიკვდილის საწინდარია.

მიმდინარე წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დაგეგმვით ჩატარდა სპეციალური კვლევა, რომელიც მოიცავდა ქ.თბილისში მცხოვრები დაბალი და მაღალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედარებას.

დადგინდა, რომ მოსახლეობის ღარიბი ფენების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები გაცილებით უარესია, რაც თავის მხრივ უნდა განაპირობებდეს მათ მაღალ მოთხოვნას სათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე. მიუხედავად ამისა ამ კონტინგენტის ექიმთან მიმართვიანობა ზედმიწევნით დაბალია. იმავდროულად, შექცეული ფენების წარმომადგენლები არა მარტო გამოირჩეოდნენ უკეთესი ჯანმრთელობის მაჩვენებლებით, არამედ გაცილებით მაღალი სამედიცინო აქტიურობით. საყურადღებოა ისიც, რომ მათი დიდი ნაწილი პირველი ჯგუფის წარმომადგენლებისაგან განსხვავებით მიმართავს ექიმს არა მხოლოდ დაავადების შემთხვევაში, არამედ პროფილაქტიკური შემოწმების მიზნითაც, საკმარის დროს უთმობს ჯანმრთელობის გაკაუებას. უკანასკნელ წლებში სიღარიბის ზრდასთან ერთად სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სუბსიდირება არ აღმოჩნდა საკმარისი თანაბარი ხელმისაწვდომობისთვის. ამის შედეგად ღარიბებს ფაქტიურად წაერთვათ სამედიცინო დახმარებისადმი ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა.

ჯანდაცვის სამსახურის თანაბარ ხელმისაწვდომობაზე გავლენას ორი ძირითადი ფაქტორი ახდენს:

1. ღარიბ მოსახლეობას არ შეუძლია სამედიცინო მომსახურების სულ უფრო მაღალი ფასების გამო საფასურის გადახდა;
2. ცენტრიდან დაშორებულ რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას უჭირს სამედიცინო დაწესებულებამდე მისვლა.

სამედიცინო მომსახურების ღირებულება, გახდა გადაუღასავი ბარიერია ღარიბი მოსახლეობისთვის. სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სექტორზე დანახარჯების შემცირებასთან ერთად აღნიშნულ სფეროს დაფინანსების ტვირთი მთავრობიდან ინდივიდზე გადავიდა. 1991 წლამდე, მთელი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების 85 % სახელმწიფო ბიუჯეტი ფარავდა 1994 წლისთვის

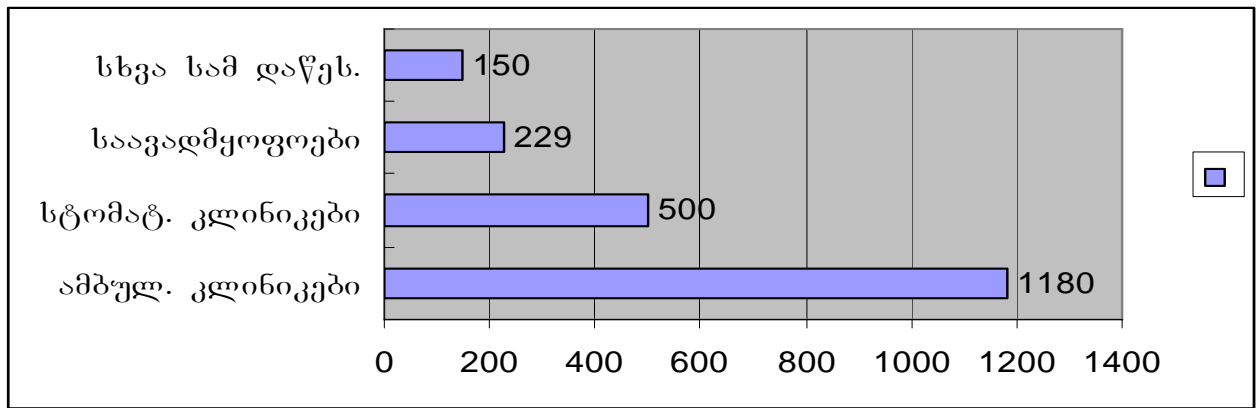
მთავრობის წილი 25% მდე დაეცა, ხოლო დღეს იგი 15 %-ს შეადგენს. დარჩენილი ხარჯები დღეს იფარება პაციენტის მიერ ან სადაზღვეო პროგრამით, როგორც ოფიციალური დაფინანსება მთავრობის მიერ ან სუბსიდირებული მომსახურების საფასური, ან კიდევ—როგორც უკანანონო გადასახადები, რომლებსაც ჯანდაცვის მუშაკები ითხოვენ ისეთი მომსახურებისთვისაც კი რომელსაც სახელმწიფო ანაზღაურებს. მკურნალობის და მედიკამენტების ღირებულება საავადმყოფოებში მიღებულ არაოფიციალურ ტარიფებთან ერთად მოსახლეობის 30%-სთვის მკურნალობას ხელმიუწვდომელს ხდის. აქედან გამომდინარე აღნიშნული მოსახლეობის უმეტესობა ვერ ახერხებს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას. მოსახლეობის მხოლოდ 8% შეუძლია მისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა. ასეთი არათანაბარი განაწილება არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების არაერთგვაროვან ხელმისაწვდომობაზე მიუთითებს, არამედ ასახავს საავადმყოფოს ადგილებზე დაბალი მოთხოვნის (28%) მიზეზს, რომ ღარიბ მოსახლეობას არ შეუძლია საავადმყოფოში ყოფნისა და მკურნალობის საფასურის გადახდა.

ცენტრიდან დაშორებულ რაიონებში ჯანდაცვის ხარისხიანი მომსახურების ნაკლებად უზრუნველყოფა, ნაწილობრივ აიხსნება მედიცინის მუშაკთა დაბალი კვალიფიკაციითა და სამედიცინო აპარატურის ნაკლებობითაც. დაშორება ხშირად ამცირებს პროფესიონალური მომსახურებისა და უკეთესად აღჭურვილი რესურსების ხელმისაწვდომობას.

ჯანდაცვის სისტემის ანალიზმა გვიჩვენა თუ რამდენად დიდ პრობლემას წარმოადგენს პირველადი სამედიცინო დახმარების სექტორი. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ საქართველოში ჭარბადაა ისეთი პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებები, როგორიცაა ამბულატორიები, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები, დისპანსერები, სხვა და სხვა პუნქტები ქალაქებსა თუ სოფლებში, თუმცა ხშირ შემთხვევაში ისინი პრობლემას ვერ წყვეტენ.

დღესდღეობით მოსახლეობას 2059 სამედიცინო მომსახურების საშუალებები აწვდის მომსახურებას. მათ შორის ყველაზე მეტად ამბულატორიული კლინიკები და დიაგნოსტიკური ცენტრები (1180) და საავადმყოფოებია 229. სამედიცინო დაწესებულებების სტრუქტურა გამოსახულია (გრაფიკში 8).

გრაფიკში 8. სამედიცინო დაწესებულებები 2008წელი.



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

ამ დაწესებულებათა პერსონალის სიმრავლე საკმარისად აფერხებს ახალი სისტემის ჩამოყალიბების პროცესს. პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებათა მატერიალური ბაზა, განსაკუთრებით რაიონებში და სოფლად, არც წინა პერიოდში და არც ამჟამად მეტწილად არ პასუხობს დადგენილ სტანდარტებს და მოუვლელით გამო ნაკლებად ასრულებს თავის ფუნქციურ დანიშნულებას, გარდა ამისა აპარატურა, მოწყობილობები და ინვენტარი მოძველებულია და ხშირად უვარგისიც.

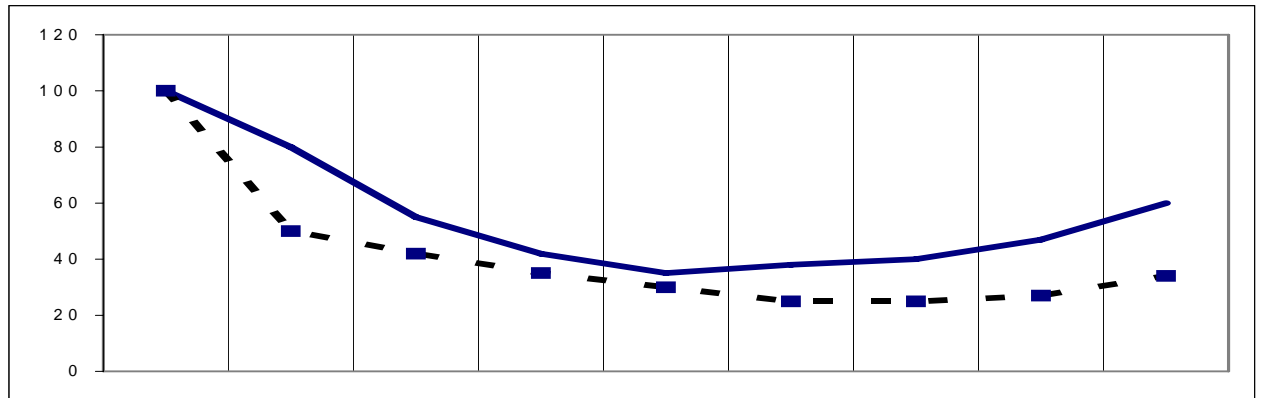
განსაკუთრებით პრობლემურია მრავალრიცხოვანი და ხშირად ნაკლებად კვალიფიცირებული კადრების საკითხის მოგვარება.

2000 წელს რეგისტრირებული იყო 21,100 ექიმი, 47.4 ყოველ 10.000 მოსახლეზე. ყველაზე დიდ ჯგუფს პედიატრები და თერაპევტები წარმოადგენენ. სამედიცინო პერსონალის სახელფასო შემოსავლები წარმატებულ კლინიკებში მერყეობს 30 დან 400 აშშ დოლარამდე. საშუალოდ ექიმის შემოსავალი თვეში 130 აშშ დოლარს შეადგენს რაც მნიშვნელოვნად დაბალია.

მოსახლეობის დამოკიდებულებაც სამედიცინო დახმარების მიმართ სათანადოა უმეტესობა თავს არიდებს ექიმთან ვიზიტს. ამასთან, მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურის, და სათანადოდ სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეებზე მისი მოთხოვნის შეცვლამ განაპირობა პოლიკლინიკების და განსაკუთრებით ამბულატორიების პერსონალის დაუსაქმებლობა.

მოსახლეობის მიმართვიანობის ტენდენციები სამედიცინო დაწესებულებებში ნათლად ასახავს ყველა ზემოდნამოთვლილი ფაქტორის აშკარა გავლენას. (გრაფიკში 9)

გრაფიკში 9. საქართველოს მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში 1990-2008 წწ.



წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

როგორც მოყვანილი სქემიდან ჩანს, ქვეყანაში მკვეთრად იკლო მოსახლეობის მიმართვიანობამ როგორც ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებებში. მიმართვიანობის ამგვარი ცვლილების ძირითად მიზეზად შეიძლება ჩაითვალოს, ჭარბი რაოდენობის სამედიცინო პერსონალის შემცირება აგრეთვე, მოსახლეობის გადამხდელუნარიანობის კლება.

ყველა ზემოთ მოყვანილი ფაქტორები იძლევა ნიშანს იმის შესახებ რომ ქვეყანაში სადაც არ არის მოწესრიგებული ესა თუ ის სისტემა აუცილებელია მისი რეფორმირება და განახლება. სწორედ ასეთმა ვითარებამ, ასევე მსოფლიოს დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერამ საქართველოს სტიმული მისცა დაეწყო ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის რეფორმირება, რომელმაც გარკვეული ეტაპები გაიარა და მნიშვნელოვანი ცვლილებებიც განიცადა.

ეკონომიკური ნგრევის, სამოქალაქო ომის, აფხაზეთის და სამხრეთ ოსეთის კონფლიქტები. შედეგად 1991-1994 წლებში საქართველოს მშპ 70-75%-ით დაეცა. დაგროვდა მნიშვნელოვანი საგარეო ვალი, შიდა დავალიანებები, ხოლო სუსტმა ფისკალურმა პოლიტიკამ დიდი საბიუჯეტო დეფიციტი გამოიწვია. საქართველოს ეკონომიკური კრიზისი ერთ ერთი ყველაზე მწვავეთაგანი იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს შორის. ამის გამო უმძიმესი აღმოჩნდა გარდამავალი პერიოდი, რომლისთვისაც დამახასიათებელი იყო ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება. ცხრილში მოცემულია საქართველოს

ეკონომიკური განვითარების მაჩვენებლები 1996 წლიდან 2008 წლის ჩათვლით სადაც მკაფიოდ ჩანს ეკონომიკური ვარდნის პროცესი, რომელიც საქართველომ განიცადა აღნიშნულ პერიოდში. (ცხრილი 15).

ცხრილი 15.

საქართველოს ეკონომიკური განვითარება

	1996	1997	1998	1999	2008
მშპ-ს (%)	10.5	10.8	2.9	3.0	1.8
სამომხმარებლო ფასების ინდექსი	39.4	7.1	3.6	19.1	4.3
გაცვლის კურსი(ლარი აშშ დოლარზე)	1.263	1.3	1.391	2.021	1.67
საგადასახადო შემოსავლები (მშპ-ს %)	10.6	12.7	12.8	13.8	11.5

წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან უსაფრთხოების მიზნით სამხრეთ ოსეთთან და აფხაზეთთან ცეცხლის შეწყვეტის შესახებ შეთანხმების დადების შემდეგ მსოფლიო ბანკისა და საერთაშორისო სავალუტო ფონდის დახმარებით საქართველოს მთავრობამ დაიწყო კომპლექსური რეფორმების პროგრამის განხორციელება ეკონომიკის აღსადგენად, რაც საკმაოდ წარმატებული აღმოჩნდა. 1990-იანი წლების ბოლოს აშკარა გახდა, რომ სახელმწიფო რესურსების მართვა ეფექტურად არ ხორციელდებოდა ეკონომიკური აღმავლობის შედეგი თანაბრად არ ნაწილდებოდა. გაიზარდა სიდარბისა და შემოსავლების უთანასწორობის მაჩვენებლები. ეკონომიკური აღმავლობაც არასტაბილური აღმოჩნდა. 2000 წელს მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 678 აშშ დოლარი შეადგინა. 1990-იანი წლების შუა პერიოდში ეკონომიკის რეფორმირების პროგრამის გარდა წამოწყებული იქნა ბევრი სექტორული რეფორმა 1995 წელს მიღებული იქნა ახალი კონსტიტუცია, რომელიც ადამიანის უფლებებთან, დემოკრატიულ მმართველობასა და საბაზრო ეკონომიკის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებს ემყარება.

უკანასკნელი 12 წლის განმავლობაში, ისევე როგორც სხვა დანარჩენი ყოფილი საბჭოთა კავშირის წევრი ქვეყნები და საქართველო განიცდის

გარდამავალ პერიოდს გეგმიურ (planned) ეკონომიკიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლას სადაც ჯერ არ გადაწყვეტილა ეთნიკური კონფლიქტები და მრავალი სხვა ეკონომიკური თუ პოლიტიკური საკითხები. ქვეყნის მოსახლეობის 20% ემიგრაციაში იმყოფება ან იძულებით გადაადგილებულია ზემოთხსენებული ეთნიკური კონფლიქტების გამო, ბევრმა კი ქვეყანა ეკონომიკური და სხვა სახის უსაფრთხოების გამო დატოვა. ასეთ ვითარებაში ეჭვი მომავლის კეთილდღეობისათვის და საზოგადოების ჯანმრთელობის უკეთესი მდგომარეობისათვის საკმაოდ დიდი იყო. ჯანდაცვის რეფორმა 1995 წელს დაიწყო მაშინ როდესაც საქართველოს უმძიმესი ეკონომიკური პერიოდი ჰქონდა რეფორმის მიზანი პირველ რიგში იყო უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ჯანდაცვის სისტემის რეაბილიტაცია და ახალ დემოკრატიულ ფასეულებების გათვალისწინებით ახლებურ მიდგომებთან ადაპტაცია. საერთო ჯამში იგი გულისხმობდა ცხოვრების დონის ამაღლებას მოხდა სისტემის დერეგულაცია და დეცენტრალიზაცია ფუნქციების გადანაწილება ქვეყნის სახელმწიფო და ადგილობრივ დონეზე. ცენტრალიზებული ერთიანი სისტემა, რომელიც ადრე რუსეთისაგან იმართებოდა გადავიდა თვით დაფინანსებაზე და დაიწყო სოციალური პროგრამა სახელმწიფო დაზღვევის ფონდის სახით. რასაც ამავედროულად თანხების არამიზნობრივი ხარჯვაც მოჰყვა. ამას მოჰყვა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიისა და სოციალური დაცვის ერთიანი ფონდის გაერთიანება და ერთიანი სახელმწიფო ფონდის შექმნა რომელიც მთელ სოციალურ სფეროს აფინანსებდა. ამით სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას საზოგადოების სოციალურ უზრუნველყოფაზე. შემდგომი ეტაპი შეიძლება ითქვას ბაზისური პაკეტის შექმნა, რომლის მიხედვითაც ხდება პროგრამული დაფინანსება პრობლემათა პრიორიტეტულობის მიხედვით რომელსაც სახელმწიფო ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამით აფინანსებს.

2006-2010 წლისთვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში გამოზნულია 400 მილიონი ლარის ინვესტიცია, რისი სათანადოდ განხორციელებისათვის საჭიროა მკვეთრი, კარგად ჩამოყალიბებული გეგმა ახალი მოდელის სისტემის შესაქმნელად, რომელიც საქართველოს ეკონომიკური განვითარების გეგმის შესაბამისი იქნება. ჯანდაცვის სფეროში საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა ეროვნული პოლიტიკა და ჩამოაყალიბა სახელმწიფო კომისია, რომელიც უშუალოდ პრეზიდენტს ექვემდებარება. პოლიტიკის უმთავრესი ელემენტებია ჯანდაცვის დაფინანსების გაზრდა, რათა სამი მხარის სახელმწიფოს, დამქირებებელთა და დაქირავებულთა

მონაწილეობით მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფილი იქნეს ჯანდაცვის ძირითადი პაკეტი. გამიზნულია მოსახლეობისა სოციალური დაზღვევით დაზღვეულთა სულ უფრო მეტი რაოდენობა, რომელმაც 2010 წლისათვის საქართველოს მთლიანი მოსახლეობა უნდა მოიცვას.

ასევე დაგეგმილია პირველადი ჯანდაცვის გაუმჯობესება. ყურადღება უფრო მიმართულია პირველადი და პროფილაქტიკური მომსახურებისკენ და არა მკურნალობისკენ. დაგეგმილია ასევე ადამინაური რესურსების განვითარების ხელშეწყობა, ჭარბი სამედიცინო პერსონალის შემცირება პერსონალის გადამზადება, ინფრასტრუქტურის განახლება 100 ახალი საავადმყოფო და საინფორმაციო სისტემების შემუშავება. საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე მიმდინარე სახელმწიფო ხარჯები დაბალია და შეადგენს მთავრობის მთელი ხარჯების (2003 წლის მონაცემებით) 6%-ს და ერთობლივი შიდა პროდუქციის მხოლოდ დაახლოებით 1%-ს. ეს ჯერ კიდევ ბევრად ნაკლებია ვიდრე განსაზღვრულია ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის პროგრამის ამოცანებით.

1997 წლის სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონის შესაბამისად შემოღებული სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელსაც მართავს საზოგადოებრივ საკუთრებაში მყოფი ერთიანი სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის ფონდი (SUSIF), ძირითადად ფინანსდება ხელფასიდან სავალდებულო გადასახდებიდან, რომელის ფარგლებში დამქირავებლები იხდიან გადასახადს ხელფასის 3%-ის ოდენობით, ხოლო დაქირავებულები ხელფასის 1%-ს. ვინაიდან გადასახდის ამოღების მოცულობა დაბალია, მათი საშუალებით მოპოვებული თანხები შესაბამისი ბიუჯეტის მხოლოდ 70% ფარავს, დარჩენილი ნაწილი დამოკიდებულია გადარიცხვებზე ცენტრალური (20%) და ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან (10%). მთავრობა უზრუნველყოფს შენატანებს უმუშევართა, პენსიონერებისა და ბავშვების ნაცვლად. ერთიანი სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის ფონდი აფინანსებს სხვადასხვა პროგრამებს ჯანდაცვის სფეროში და საკონტრაქტო საფუძველზე დასაქმებული ჰყავს ასობით ჯანდაცვის მომსახურებასთან დაკავშირებული სპეციალისტი „მომსახურე პერსონალი„ (1999 წლის მონაცემებით თითქმის 700 ადამიანი), ვინაიდან ჯანდაცვასთან დაკავშირებული მომსახურების ყველა სახე 1999 წლიდან აღარ ექვემდებარება უშუალოდ ჯანდაცვის სამინისტროს. რადგანაც ინდივიდუალური დაზღვევის პროგრამები იშვიათია, შესაბამისად ეს იმას ნიშნავს რომ სამედიცინო მომსახურება საზოგადოების დაუცველ ფენისთვის ხელმისაწვდომი ნამდვილად

უნდა იყოს, რაც გამოიხატება სახელმწიფოს მიერ აღებულ ვალდებულებაზე რომელსაც იგი იხდის ბავშვების თუ სოციალურად დაუცველი ადამიანების ნაცვლად მაგრამ რეალურად ეს ასე არ არის.

ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიების განხორციელების მნიშვნელოვანი თავისებურება, მისი სამართლებრივი ბაზის შექმნაცაა. ყოველგვარი სამართლებრივი ბაზა კი იქმნება როგორც საერთაშორისო აქტებზე ასევე ქვეყნის კონსტიტუციაზე დაყრდნობით. ვინაიდან არსებული კანონმდებლობა არ ითვალისწინებდა მთელ რიგ მნიშვნელოვან საკითხებს არა მარტო საქართველოს არამედ დსთ-ს ქვეყნების კონსტიტუციებშიც შევიდა რიგი მნიშვნელოვანი ცვლილებები, უპირველეს ყვლისა ეს შეეხება ადამიანის უფლებებსა და თავისუფლებებს.

საქართველოში ჯანმრთელობის სექტორში დაწყებული რეფორმირების ფონზე საქართველოს საკანონმდებლო სექტორშიც მთელი რიგი ცვლილებები განხორციელდა და ცალკეული კანონებიც კი დაიწერა ადამიანის და მათი უფლებებისა თუ თანასწორუფლებიანობის შესახებ, ასევე ექიმებსა და პაციენტთა შორის საკუთარი უფლებების შესახებ კარგად განისაზღვრა მათი უფლებები. შეიქმნა საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ სადაც განსაზღვრულია სამედიცინო საქმიანობის სტანდარტები და ეთიკური ნორმები შესაბამისი პროფესიული განათლებისა და პრაქტიკული სწავლების უზრუნველყოფის საკითხები, დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სერტიფიცირებისა და რესერტიფიცირების საკითხი, ექიმთა ვალდებულებებსა და სოციალურ უფლებების საკითხი.

ადამიანის უფლებების დაცვასთან დაკავშირებით დაემატა კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ რომელიც არეგულირებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პაციენტთა სრულ ინფორმირებას, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალობას და სხვა სამართლებრივ უფლებებს.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, საქართველოს პარლამენტმა მიიღო შემდეგი კანონები, რომლებიც ეხება სამედიცინო დაზღვევის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის, ორგანოთა გადანერგვისა თუ სხვა მნიშვნელოვანი საკითხებს.

ამ კანონებში სრულად არის ასახული სამედიცინო მომსახურების სფეროში აღიარებული და დანერგილი ნორმები, რომლებიც ხელს უწყობენ საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მიმართულების სამართლებრივ ჩარჩოში ფუნქციონირებას. აღსანიშნავია რომ ამ სამართლებრივი ნორმების

ჩამოყალიბებას საფუძვლად უდევს ის საერთაშორისო სტრატეგიები და გლობალური მიზნები, რომლებსაც ემსახურებიან ისეთი საერთაშორისო ორგანიზაციები როგორებიცაა WHO, UNICEF, EU თუ სხვები.

სამართლებრივი ცვლილება ასევე ითვალისწინებს ცვლილებებს სამედიცინო საქმიანობის შესრულებისას, “სამედიცინო პერსონალს უნდა ამოდრავებდეს ეთიკური ფასეულობები – პატივი სცეს ხალხის თავმოყვარეობას, სამართლიანობას და სხვა პრინციპებს და ასევე მისდევდეს პროფესიულ ეთიკურ ნორმებს”

როდესაც საუბარია თანასწორუფლებიანობასა და ხელმისაწვდომობაზე უნდა გავითვალისწინოთ საქართველოს კონსტიტუციის შემდეგი მუხლები, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ხელმისაწვდომი და განსაზღვრულ პირობებში უფასო სამედიცინო დახმარება.

37-ე მუხლი: “ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება“ – ყოველივე ეს გულისხმობს იმას რომ მიუხედავად სოციალური მდგომარეობისა და შესაძლებლობებისა ცხოვრების ხარისხის ნებისმიერ დონეზე მყოფმა ადამიანმა რეალურად უნდა შეძლოს საჭიროების შემთხვევაში მიიღოს სათანადო სამედიცინო დახმარება, მაგრამ სამწუხაროდ ამას დღესდღეობით საზოგადოების ფართო ფენებში სიღარიბის ფაქტორი აფერხებს. ბოლო დროს განხორციელებული ჯანდაცვის სექტორის რეფორმებზე დაკვირვებით ვცდილობთ განვსაზღვროთ ეკონომიკური, პოლიტიკური და ინსტიტუციონალური ფაქტორები რომლებმაც ხელი შეუწყო ან შეუშალა პოლიტიკის დანერგვას, რომელიც პირველ რიგში ყველაზე დარბ მოსახლეობას ჯანმრთელობაზე აისახა. საინტერესოა ასევე დაკვირვება ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმების კომბინირებაზე, რომელიც დარბთა სასარგებლოდ უნდა იქნას მიმართული.

საქართველოს ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის შემცირების სტრატეგია მოითხოვს მყარი განვითარების ეროვნული სტრატეგიის შემუშავებას. 1996 წელს შეიქმნა ამგვარი განვითარების ეროვნული კომისია, მაგრამ წინსვლა ამ კუთხით ნაკლებად შესამჩნევია.

სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნულ პროგრამაში ნათქვამია, რომ საავადმყოფოებს მათი რესტრუქტურის მიზნით ენიჭებათ ავტონომია, რომლის მიხედვითაც ვალდებულებას იხსნიან ჯანდაცვის

სამინისტროს წინაშე და თავისუფალნი არიან კადრებისა და დაწესებულების მართვაში. ამ მიზნით შეიქმნა სახელმწიფო ფონდი, რომელიც მოახდენს რესურსების რეინვესტიციას ჰოსპიტალური სექტორის რეაბილიტაციაში. ყოველივე ამას უნდა მოჰყვეს, როგორც ჰოსპიტალების ასევე კადრების ოპტიმიზაცია და პერსონალის გადამზადება და მათთვის ახალი ტექნოლოგიების გაცნობა. ამ პროგრამის განხორციელების შედეგად გათვალისწინებულია 5 წლის განმავლობაში საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის შემცირება 50%-ით და სტაციონარში დასაქმებული ჭარბი სამედიცინო პერსონალის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია 40%-ის ოდენობით. სიღარიბის დაძლევის პროგრამაში მოცემული საავადმყოფოების დაგეგმვისა და ოპტიმიზაციის სტრატეგია ძალიან ზოგად სახეს ატარებს და იგი კონკრეტული რისკ-ფაქტორების გათვლის გარეშე არ იქნება ეფექტური. საქართველოს მაკროეკონომიკური მაჩვენებლები ყველა დარგის და მათ შორის ჯანდაცვის სისტემაში დღესდღეობით არსებულ მდგომარეობას განსაზღვრავს. საინტერესოა რა ვითარებაში იმყოფება დღეისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა?

არსებული ვითარება ცხადყოფს, რომ სისტემა ძალზე მძიმე მდგომარეობაშია და ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი მისი გაუმჯობესებისათვის. ამ საკითხთან დაკავშირებით დიდი წვლილი შეიტანა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ და შემუშავა სრულიად ახალი შეხედულება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასებისათვის. შემუშავდა სრულიად ახალი, უნიფიცირებული ინდექსები. აღნიშნულ ინდექსში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ სხვა ფაქტორებთან ერთად შეტანილია სიახლე DALY-ს კონცეფციის სახით. იგი მიმართულია სიცოცხლის ხანგრძლივობის შეფასებისაკენ. აქამდე სიცოცხლის ხანგრძლივობის თეორია ეყრდნობოდა სიცოცხლის მთლიან ხანგრძლივობას, მოკვდავობის მონაცემებზე დაყრდნობით. 2000 წელს შეიქმნა პირველი პრეცედენტი იმისა, რომ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ სიცოცხლის ხანგრძლივობის გამოთვლისას შეიტანოს შესწორებები, რაც ითვალისწინებს ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის პერიოდს. ამ უკანასკნელზე ყურადღება გამახვილებულია იმის გამო, რომ შეიძლება ორ ქვეყანაში სიცოცხლის ხანგრძლივობა ერთნაირი იყოს, მაგრამ მთავარია თუ რამდენია სწორედ ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა. DALY-ს ინდექსი ამ უკანასკნელის ხანგრძლივობაზეა ორიენტირებული. შეიძლება ორ ქვეყანაში სიცოცხლის ხანგრძლივობა 75 წელი იყოს, მაგრამ აქედან რამდენი წელი ადამიანი იმყოფება

ავადმყოფ მდგომარეობაში, სწორედ ამ უკანასკნელის გამოკლებით სიცოცხლის საერთო ხანგრძლივობაზე გვაძლევს წარმოდგენას ქვეყანაში მცხოვრებთა ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე.

საქართველოში რეფორმის ეფექტური გატარების მიზნით სახელმწიფოს გვერდით დაუდგა მთელი რიგი საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციები. 1992 წლიდან საქართველოში დაიწყო სახელმწიფო ინსტიტუციების ჩამოყალიბება და ქვეყნის საერთაშორისო საზოგადოებაში გაერთიანება. საქართველო 1992 წელს შეუერთდა ევროპის უშიშროებისა და თანამშრომლობის ორგანიზაციას და გახდა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, საერაშორისო სავალუტო ფონდისა და მსოფლიო ბანკის წევრი; 1993 წელს ქვეყანა შეუერთდა დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობას. პოლიტიკურად არასტაბილურმა მდგომარეობამ და ქვეყანაში გამეფებულმა არეულობამ ხელი შეუშალა მთავრობასა და საერთაშორისო ორგანიზაციებს გრძელვადიანი განვითარებისთვის მიმართული ზომები მიეღოთ. გაეროს მისიის მიზანი თავდაპირველად საქართველოში არსებული მდგომარეობის შეფასება იყო, რომლის მოღვაწეობა დაიწყო კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული მოსახლეობის ყველაზე დაუცველი ფენის კომპლექსური დახმარებით, რომელსაც მოჰყვა გრძელვადიანი განვითარებისაკენ მიმართული სტრატეგიების მხარდაჭერა. ამ პერიოდიდან გაეროს დახმარების სტრატეგიაც შეიცვალა რაც კუმანიტარული დახმარებიდან სტრატეგიულ განვითარებისაკენ მიმართულ ისეთ პროგრამებზეა ორიენტირებული რომელიც ინფრასტრუქტურისა და სოციალური სექტორის საქმიანობას ითავლისწინებს. ამ მხრივ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის როლი უდიდესია.

არსებული პრობლემების გადაჭრისათვის მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ შეიმუშავა პროექტი “ჯანმრთელობა ყველასთვის” 21-ე საუკუნეში რომლის ძირითადი მიზანია საზოგადოების ჯანმრთელობის მიღწევა რაც პირველადი, მეორეული და მესამეული პროფილაქტიკის საშუალებითაა შესაძლებელი. აქედან ჩანს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირება შესაძლებელია როგორც ნორმატიულ-სამართლებრივი უზრუნველყოფით, ასევე ეკონომიკური და ორგანიზაციული საქმიანობის საფუძველზე. ამიტომაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკა - აუცილებლად უნდა გახდეს ერთიანი სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის ნაწილი, რომ ეს სტრატეგიები ეფექტურად განხორციელდეს. მისი ძირითადი ორიენტაცია არის კონტროლი დანახარჯებზე თუ რამდენად მიზანმიმართულად ხდება სახელმწიფო ფონდების გამოყენება და

შედგების მიღწევა ანუ პროდუქტიულობისა და შედეგიანობის ამაღლება, თანასწორობა, მიუკერძოებლობა და სამართლიანობა ჯანდაცვის საკითხებში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია იკვლევს მსოფლიოში არსებულ პრობლემებსა და ტენდენციებს, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის სფეროში ასევე მის სოციალურ თუ დემოგრაფიულ ვითარებაში და სახავს მიზნებს შემდგომი ათწლეულისათვის. ამ ტენდენციების მიხედვით ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში (ცხრილი 16) აღწერილია მსოფლიოში არსებული ძირითადი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებლების საერთო მდგომარეობა უახლოეს ათწლეულის პერიოდში.

ცხრილი 16. ძირითადი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებლები მსოფლიოში

მოსახლეობა	6,394,491,481,(8 მლრდ.-2025)
მატების ტემპი:	1.14% (0,85% - 2025)
შობადობა:	20.24 დაბადება/ 1,000მოსახლეზე(17.2-2025)
მოკვდაობა:	8.86 გარდაცვალება/1,000 მოსახლეზე (8.8 – 2025)
სქესობრივი თანაფარდობა	1.06 მამაკაცი/ ქალი (1.05-2025)
0-14საკის ბავშთა მოკვდაობა:	50.31 1,000 ცოცხლად შობილზე (29 – 2025)
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა	
მთლიანი მოსახლეობა:	64.05 წელი (72,3 – 2025)
მამაკაცი	62.48 წელი
ქალი	65.7 წელი
ფერტილობის მაჩვენებელი:	2.62 დაბადებული ბავშვი/ქალი (2,31 – 2025)
GDP ერთ სულ მოსახლეზე	აშშ \$6418

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახორციელებს დაავადებებთან ბრძოლას მათი გავრცელების სპექტრის მიხედვით, რაც უკანასკნელ პერიოდში გარკვეულ ცვლილებებს განიცდის და შესაბამისად დაავადებათა პრიორიტეტულობაც მათი გავრცელების მიხედვით იცვლება. (ცხრილი 20). ცხრილში მოცემულია მსოფლიო

ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით მსოფლიოში ყველაზე მეტად გავრცელებულ დაავადებათა მონაცემების დინამიკა 1990-იანი წლებიდან 2020 წლამდე მათი პრიორიტეტულობის ცვალებადობის მიხედვით. მაგალითად თუ 1990-იან წლებში, მსოფლიოში ყველაზე უფრო გავრცელებულ დაავადებათა შორის, პირველ ადგილს იკავებდა რესპირატორული დაავადებები, უახლოესი ათწლეულის მოსალოდნელი ცვლილებიდან გამომდინარე, პრიორიტეტული ადგილი შეიძლება შეიცვალოს გულის იშემიური დაავადებებით, დეპრესიით თუ საგზაო შემთხვევებით.(ცხრილი 17)

ცხრილი 17. მსოფლიოში ყველაზე უფრო გავრცელებული დაავადებების მოსალოდნელი ცვლილებები პრიორიტეტული რიგის მიხედვით 1990-2020წწ.

№	დაავადებების დასახელება, 1990 წ.	დაავადებების დასახელება, 2020 წ.
1	რესპირატორული დაავადებები	გულის იშემიური დაავადება
2	ღიარვა	დეპრესია
3	პერინატალური მიზეზით გამოწვეული დაავადებები	საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები
4	დეპრესია	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა
5	გულის იშემიური დაავადება	ფილტვის ქრონიკული დაავადებები
6	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა	ქვედა სასუნთქი გზების რესპირატორული დაავადებები
7	ტუბერკულოზი	ღიარვა
8	წითელა	შიდსი
9	საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები	პერინატალური მიზეზით გამოწვეული დაავადებები
10	მალარია	
11	ფილტვის ქრონიკული დაავადებები	

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ამ ინდიკატორებზე დაყრდნობით მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ჩამოაყალიბა ათასწლეულის განვითარების გეგმები, სადაც გლობალური მაშტაბის მიზნები და სტრატეგიებია განხილული. ძირითადად ჯანდაცვის სფეროში მსოფლიო მიზნებსა და სტრატეგიებს მსოფლიოს სხვა და სხვა წამყვანი

საერთაშორისო ორგანიზაციები წარმართავენ, თუმცა ყველაზე მნიშვნელოვანი როლი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და მის ევროპის რეგიონალურ წარმომადგენლობებს აკისრიათ. “ათასწლეულის განვითარების მიზნები და ჯანმრთელობა” მრავალი მიზნიდან, ამოცანებიდან და ინდიკატორიდან - 6 მათგანი ეხება უშუალოდ ჯანმრთელობას და მოიცავს მსოფლიო მაშტაბით სიღარიბის აღმოფხვრას, სიკვდილიანობის შემცირებას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, გარემოს დაცვითი ღონისძიებების სტაბილურობას, და განვითარებისათვის მსოფლიო თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას.

გლობალური ჯანმრთელობის პრობლემები მოიცავს ისეთი დაავადებების გავრცელების შეჩერებას, როგორცაა აივ/შიდსი მაღარიის აღმოფხვრა ტუბერკულოზის შეჩერება სხვა გადამდები დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლა, ასევე თამბაქოს წინააღმდეგ ბრძოლა, იმუნიზაცია და ვაქცინაცია ბავშვთა ჯანმრთელობა, უსაფრთხო ორსულობა და სხვა. (ცხრილი 18)

ცხრილი 18. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიზნები და ამოცანები.

მიზნები	ამოცანები
სიღარიბის აღმოფხვრა	ამოცანა 1 : მოშიმშილეთა რიცხვის განახევრება 1990 და -2015 წლებს შორის
ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება	ამოცანა 2: 1990-2015 წ.წ. პერიოდში ხუთწლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ორი მესამედით შემცირება
დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება	ამოცანა 3: 1990-2015 პერიოდში მშობიარეთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება სამი მეოთხედით
აივ/შიდსის, მაღარიასთან და სხვა დაავადებებთან ბრძოლა	ამოცანა 4: აივ/შიდსის გავრცელების შეჩერება და უკუპროცესის დაწყება 2015 წლისათვის

გარემოს დაცვითი ღონისძიებების სტაბილურობის უზრუნველყოფა	ამოცანა 5: სასმელად ვარგისი წყლის მომარაგებას მოკლებული მოსახლეობის რაოდენობის განახევრება 2015 წლისათვის
ფარმაცევტულ განვითარებისათვის მსოფლიო თანამშრომლობის ჩამოყალიბება	ამოცანა 6: ფარმაცევტულ კომპანიებთან თანამშრომლობით განვითარებადი ქვეყნების ძირითადი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომ ფასებში უზრუნველყოფა

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

გლობალური ჯანმრთელობის პრობლემებს შორის აღსანიშნავია რისკები ახალშობილებისა და მოზარდებისათვის, რისკები ქალთა ჯანმრთელობისათვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

საკვებზე დამოკიდებული რისკ-ფაქტორები და გადამდები დაავადებები აქტიური სიბერე, წამალთდამოკიდებულება, მდგრადი განვითარება და გარემო რისკების შემცირება, ჯანსაღი საკვები, ტრავმები და დაზიანებები.

გარკვეული სტრატეგიების ფორმირებისათვის კვლევისათვის საინტერესო ინდიკატორად აღიარებულია სამი ძირითადი ერთეული, რომელთა მიხედვითაც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია სარგებლობს, ესენია: LE; HALE; DALY, რაც ქვეყნის სოციოდემოგრაფიულ ვითარებას ასახავს. ამ მიზნით მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ჩამოყალიბებული ”გლობალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სამოქმედო გეგმა” (ჯანმოს მეთერთმეტე სამოქმედო პროგრამა 2006-2015) გულისხმობს ინვესტიციებს ჯანმრთელობაში სიღარიბის მასშტაბების შემცირების მიზნით, ინდივიდუალური და გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, უნივერსალური მოცვის, გენდერული თანასწორობის და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ადამიანის უფლებების დაცვის ხელშეწყობას, ჯანმრთელობის დეტერმინანტების გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერებასა და თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.

ევროპის რეგიონული ოფისის მიერ განვითარების პროგრამის მიხედვით 2005-2010-წლებისათვის დასახულია შემდეგი სტრატეგიები: ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება; ინფორმაციულ/ინტელექტუალური ფუნქციის გაძლიერება; ქვეყნის

ქმედებების კოორდინაცია; პარტნიორობის განვითარება; მიღწევების შეფასება და აღწერა; "ჯანმრთელობა ყველასათვის" გეგმის განახლება; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი პრობლემების შერჩევა და წამოწევა, მხარდაჭერის და განვითარების უნარი და თანხების შეგროვება.

“ჯანსაღი ცხოვრების გარემო” და სიცოცხლის უფლება ყველა ადამიანისთვის თანასწორად ერთნაირ უფლებას წარმოადგენს”. გაერთიანებულმა ერების ასამბლეამ 1948 წლის 10 დეკემბერს ადამიანთა უფლებების დაცვის შესახებ დაამტკიცა ‘უნივერსალური დეკლარაცია’, სადაც აღნიშნულია:

“ყველა ადამიანს აქვს უფლება სიცოცხლის, თავისუფლების და პირადი უსაფრთხოების”-ამ დოკუმენტში აგრეთვე საუბარია ადამიანთა თანასწორუფლებიანობაზე, მშვიდობიან გარემოზე, მათ უფლებებზე, იქნება ეს გენდერული თანასწორობა თუ სხვა სოციალური თუ ეკონომიკური სახის თანასწორუფლებიანობა და ასევე სოციალური პროგრესის ხელშეწყობაზე და ცხოვრების უკეთესი სტანდარტების შექმნის პირობებზე მსოფლიოს მშვიდობიან გარემოში. ამ დოკუმენტში ასევე საუბარია გაეროს სხვა წევრ ქვეყნებთან თანამშრომლობაზე საერთო მიზნების მისაღწევად. დეკლარაციაში მკაფიოდაა ჩამოყალიბებული მთავრობისა და მისი ხალხის ურთიერთდამოკიდებულება, რომ მათთვის ფუნქციების საფუძველს-კონკრეტული პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში ხალხის სურვილი უნდა წარმოადგენდეს, რაც თავისუფალ თანასწორ არჩევნებში გამოიხატება. ასევე ყველა ადამიანს უფლება აქვს მის ქვეყანაში იყოს შესაფერისი ცხოვრების დონე ადეკვატური მისი ოჯახის, ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის, ასევე სურსათის, საცხოვრებელი პირობების შესაბამისი, უფლება-ჰქონდეს აუცილებელი სოციალური სერვისები და ასევე უფლება უსაფრთხოების უმუშევრობის, ავადმყოფობის, უუნარობის, დაქვრივების, ასაკის თუ სიცოცხლის სხვა ნაკლოვანებების შემთხვევაში, იმ პირობებში რაც ადამიანის კონტროლს არ ექვემდებარება და უფლება სახელმწიფომ დაიცვას იგი ასეთ ვითარებაში. დეკლარაცია ყველა ადამიანს ავალდებულებს საზოგადოების მიმართ რომელშიც ისინი ცხოვრობენ.

1948 წლის 10 დეკემბრის “ადამიანის უფლებების დაცვის უნივერსალურ დეკლარაციას” ევრო საბჭომ მხარი დაუჭირა და საყოველთაოდ აღიარა რომ ევროპის საბჭოს საერთო მიზანი, რაც მისი წევრი ქვეყნების ერთობას გულისხმობს და ერთ-ერთი მეთოდი რომლითაც ეს მიზანი მიიღწევა, სწორედ ადამიანის უფლებების და ძირითადი თავისუფლებების გააზრება და დაცვაა,

რასაც ისინი ასევე მთელს მსოფლიოს მოუწოდებდნენ. ამ დეკლარაციის საფუძველზე ევრო საბჭოს სხდომაზე, რომში 1950 წლის 4 ნოემბერს ჩამოყალიბდა ისეთი ინსტიტუციები როგორცაა ევროპის სასამართლო და მშვიდობა მსოფლიოში, რომელიც საუკეთესო შემთხვევაში შენარჩუნებულია მაშინ, როდესაც ქვეყანაში არსებობს ერთი მხრივ ეფექტური პოლიტიკური დემოკრატია და მეორეს მხრივ ყველასათვის საერთო ცნება ადამიანის უფლებების დაცვის შესახებ, რომელზეც ქვეყნის მთავრობაა დამოკიდებული. აქედან გამომდინარე ძალაში შევიდა ადამიანის უფლებების დაცვის უნივერსალური დეკლარაცია, რომელიც ადამიანს და სახელმწიფოს ურთიერთდამოკიდებულებას ურთიერთკავშირს მკვეთრად აძლიერებს და ერთმანეთზე დამოკიდებულს ხდის.

სწორედ ეს საერთაშორისო აქტი გახდა სახელმძღვანელო მსოფლიოს სხვა და სხვა ქვეყნებისათვის რამაც აგრეთვე თავისი წვლილი შეიტანა მთელი რიგი ქვეყნების კონსტიტუციებში. კონსტიტუციათა უმეტესობაში ადამიანთა უფლებები და თავისუფლებები ცალკე მუხლის სახითაა შესული იქნება ეს დსთ ქვეყნები ევროპა თუ აშშ-ს კონსტიტუციები, თუმცა როდესაც საუბარია კონსტიტუციურად ადამიანის უფლებებსა და თავისუფლებებზე ალბათ გარკვეული სიფრთხილეა საჭირო რადგან ხშირ შემთხვევებში ეს უფლებები დარღვეულია და კანონსა და მის ფარგლებს გარკვეულწილად სცილდება.

საქართველოში მოღვაწე საერთაშორისო ორგანიზაციების როლი მნიშვნელოვანია მისი, როგორც ეკონომიკური ასევე პოლიტიკური და სოციალური განვითარებისათვის, შესაბამისად საქართველოში მათი მოღვაწეობა სხვა და სხვა სფეროებს მოიცავს. მათ შორის კონფლიქტების მოგვარება, ჰუმანიტარული დახმარება, ჯანდაცვის სექტორის დახმარება, ეკონომიკური განვითარება, გარემოს დაცვა და სხვა რომლებიც თანამშრომლობის პრინციპს ემყარება.

გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP)–მიმართულია სამი პრიორიტეტული სფეროსადმი. ეკონომიკური, პოლიტიკური და სოციალური მართვის გაუმჯობესება, მეორე სიღარიბესთან ბრძოლა ეკონომიკური აღმავლობის ხელშეწყობა და მესამე ბუნებრივი რესურსების უკეთესი მართვა. გაეროს განვითარების პროგრამა ყველა თავის ფარგლებში ასევე მუდმივად აგრძელებს გენდერული თანსაწილობის დამკვიდრების ხელშეწყობას.

გაეროს ბავშვთა ფონდი- (UNICEF)-საქართველოს მთავრობას მნიშვნელოვან დახმარებას უწევს ჯანდაცვის სექტორში რაც დედათა და ბავშვთა

ჯანმრთელობას მოიცავს უპირველეს ყოვლისა. ასევე დიდ როლს თამაშობს ჩვილ ბავშვთა იმუნიზაციისა და დაავადებათა კონტროლის საკითხში.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA)- დახმარება გულისხმობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების გაუმჯობესებას და სამედიცინო აპარატურის მიწოდების, პროფესიული მომზადებისა და საგანმანათლებლო საქმიანობის საშუალებით ხელშეწყობას. გარდა ამისა ფონდი დახმარებას უწევს საქართველოს მთავრობას მოსახლეობის აღწერის ჩატარებაში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) საქართველოს მთავრობას დახმარებას უწევს შემდეგ საკითხებში: დედათა და ბავშვთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა; გადამდები დაავადებები, (ტუბერკულოზი, მალარია, შიდსი) ფსიქიკური ჯანმრთელობა (ნარკომანია, და თვითმკვლელობა). არაინფექციური დაავადებიდან ყურადღება გამახვილებულია ავთვისებიან სიმსივნეებზე და მათ წინასწარ პროფილაქტიკაზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ზემოხსენებულ სფეროებში დახმარებას უზრუნველყოფს არსებული პოლიტიკის პროპაგანდის, ინფრასტრუქტურისა და სისტემის განვითარებისა და ტექნიკური ხელშეწყობის საშუალებით.

ახალი მოდელის მიხედვით სახელმწიფო ვალდებულებას იღებს ისეთ მნიშვნელოვან პრობლემებზე როგორცაა პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწვეო მოსახლეობაზე ზრუნვა.

ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში ეფუძნება სამი მხარის ურთიერთობებს: ესენია: სახელმწიფო, დამქირავებელი და ადამიანი. სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაწყვეტა: პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწვეო მოსახლეობაზე ზრუნვა. დამქირავებელმა იტვირთა დაქირავებულთა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება. ამავ დროს ახალ პირობებში თითოეული პიროვნების ფუნქციაც შეიცვალა – ადამიანმა დაიწყო თავის ჯანმრთელობაზე ფიქრი და მასზე ზრუნვა მკურნალობისათვის საჭირო ხარჯების თავიდან ასაცილებლად.

2.3. მოსახლეობის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები პირველადი ჯანდაცვის სისტემით დაკმაყოფილების შესახებ

სოციოლოგიური კვლევის შედეგად გამოკითხულთა საერთო რაოდენობამ 200 რესპოდენტი შეადგინა, აქედან პასუხების რაოდენობა მერყეობდა (61.7% დან 74.4%) შორის, რომლებიც მიღებულად ჩაითვალა. გამოკითხულ რესპოდენტთა შორის უმრავლესობა ქალთა ჯგუფით იქნა წარმოდგენილი (51%), ხოლო დანარჩენი მამაკაცთა ჯგუფმა შეადგინა (49%). აღნიშნული გვიჩვენებს რესპოდენტთა რაოდენობას რომლებმაც მიიღეს მონაწილეობა აღნიშნულ გამოკითხვაში.

ასაკი – რესპოდენტები გამოკითხვის მიხედვით დაიყო შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებად 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69 და 70 და მის ზევით. ამათგან ყველაზე დიდ რაოდენობას 40-49 (19%) და 50-59 (23%) ასაკობრივი ჯგუფები შეადგენდა.

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით რესპოდენტთა უმეტესობა (44.5%) დაოჯახებულია, ხოლო 20% არა, 13 %-მა კი პასუხს თავი აარიდა.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი გვიჩვენებს რესპოდენტთა ყოველთვიურ საშუალო შემოსავალს, რომელიც მერყეობს 200–დან 1000 ლარამდე. რესპოდენტები შემოსავლების მიხედვით დაყოფილია დაბალი, საშუალო და მაღალ შემოსავლების მქონე ადამიანებად. ცხრილი გვიჩვენებს, რომ რესპოდენტთა დიდი ჯგუფი (33%) განეკუთვნება სოციალურ კატეგორიას-დაბალი შემოსავლებით, მაშინ როდესაც მაღალ შემოსავლიან ჯგუფს მხოლოდ (9.8%) შეადგენს. ყველაზე ხშირი პასუხი საშუალო შემოსავლის შესახებ დაფიქსირდა 200-დან 400-მდე ლარის ფარგლებში. (ცხრილი 19)

ცხრილი 19. საშუალო შემოსავალი

ყოველთვიური შემოსავალი	რესპოდენტთა რაოდენობა	პასუხების რაოდენობა %
100-200	62	33
200-400	58	31
400-1000	49	26.2
1000- ზევით	18	9.8
სულ	187	100%

ასაკი უნიშვენლოვან როლს თამაშობს სოციოლოგიური კვლევის დროს. ცხრილი. 20 ამტკიცებს ჰიპოთეზას, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ექიმთან

მიმართვიანობის სიხშირე ასაკზეცაა დამოკიდებული, ანუ აღინიშნა პოზიტიური ასოციაცია, რაც გულისხმობს, რომ ასაკის მატებასთან ერთად, იმატებს ექიმთან მიმართვიანობაც. 20-35 წლის რესპოდენტებმა (27%) აღნიშნა რომ ექიმს მხოლოდ უკიდურესი აუცილებლობის შემთხვევაში მიმართავენ, ხოლო 65 წლისა და მის ზემოთ ასაკობრივმა ჯგუფმა (17%) დააფიქსირა ექიმთან მიმართვიანობის სიხშირესულ მცირე თვეში ერთხელ მაინც, რაზეც ფაქტიურად არც ერთმა ახალგაზრდა რესპოდენტმა ჯგუფმა პასუხი არ გასცა. ამის გამო კვლევის დროს მოხდა ასაკობრივი ჯგუფებისა და ექიმთან მიმართვიანობის კატეგორიების ურთიერთდაპირისპირება (chi-square analysis) მათი ურთიერთ-კავშირის არსებობის დასადგენად ექიმთან ვიზიტის სიხშირე აშკარად დაკავშირებულია ასაკთან chi-square ანალიზმა აჩვენა შედეგი: df 3 და p=0.02, რაც იმას ნიშნავს, რომ ექიმთან მიმართვიანობა დამოკიდებულია ასაკზე. p მნიშვნელოვნად ნაკლებია p=0.05-ზე, აქედან გამომდინარე ამ ორ მნიშვნელობას შორის კავშირი არსებობს. (კორელაცია არის) (ცხრილი 20)

ცხრილი 20. რესპოდენტთა ასაკი და მათი ექიმთან მიმართვიანობა

	რესპოდენტთა ასაკი			
	20-35	36-45	46-65	65-ზემთ
თვეში ერთხელ	-	2	3	17
წელიწადში ერთხელ	10	16	2	1
მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში	27	27	26	-
არასოდეს	4	16	26	-

რესპოდენტთა სქესის გათვალისწინება კვლევის დროს ისეთივე მნიშვნელოვანი ფაქტორია როგორც რესპოდენტის ასაკობრივი ჯგუფი. ქალსა და მამაკაცს სხვა და სხვა შეხედულებები აქვთ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში, შესაბამისად ჯანმრთელობის მდგომარეობაც მათ შორის მკვეთრად განსხვავებულია. კვლევიდან გამოჩნდა, რომ ქალები (36%) უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმს ავადმყოფობის შემთხვევაში ვიდრე მამაკაცები (18%), და

მათთვის დამახასიათებელი დაავადებებიც განსხვავებულია, მაგალითად მამაკაცებისთვის 50-64 ასობრივ ჯგუფში, (3%) უფრო მეტად დამახასიათებელია კარდიოვასკულარული დაავადებები ხოლო, ქალებში უფრო სისმისივნი (10%) დაავადებები ჭარბობს, რაც სხვა შემთხვევებში შეიძლება პირიქით აღმოჩნდეს.

ჩატარებულმა კვლევამ კიდევ ერთხელ დაადასტურა, რომ არსებობს პირდაპირი კორელაციური კავშირი სოციალურ პირობებსა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის. ჩვენს მიერ დადგინდა, რომ თანამედროვე პირობებში ჰიგიენური ნორმების დაცვა განისაზღვრება იმის მიხედვით, თუ რომელ სოციალურ კლასს მიეკუთვნება პიროვნება, როგორია მისი საზოგადოებრივი ურთიერთობები. ეს დასკვნა მითუმეტეს მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამის შედეგად ხანდაზმული პირების ცხოვრების წესის ფორმირება და შემდგომში მისი განსაზღვრა ხდება იმ კანონზომიერებებით, რომელნიც ახასიათებს მოცემულ საზოგადოებრივ სისტემას.

კვლევის პროცესში დადგინდა, რომ ქალები და მამაკაცები არაერთგვაროვნად აფასებენ თავიანთ ჯანმრთელობას. საკუთარი ჯანმრთელობისა თუ სოციალური მდგომარეობის პესიმისტური შეფასება, უფრო მეტად დამახასიათებელია მამაკაცებისათვის. იგი მეტადაა გამოხატული ასაკის მატებასთან ერთად (ცხრილი 21)

ცხრილი 21.

რესპონდენტთა მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის შეფასების შედეგები

ჯანმრთელობის თვითშეფასების შედეგები	აბს.რიცხვი	%
თავს გრძნობს ჯანმრთელად	68	13.2
ავად გახდა უეცრად, თუმცა არც მანამდე ჰქონია ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობა	175	34.1
მდგომარეობა გაუუარესდა თანდათან.	268	52.2
პასუხი არ გაუცია	2	0.3
სულ:	513	100.0

გამოკვლეულთა ასაკის მატებასთან ერთად მნიშვნელოვნად იზრდება იმ ადამიანების რიცხვი, რომლებიც თვლიან, რომ მათ აქვს ცუდი ან ძალიან ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. მარტოხელების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ მათი მდგომარეობა გაუუარესდა თანდათან (62,4%), რომ დიდი ხანია ავადმყოფობს, მაგრამ ასე ცუდად ჯერ არ ყოფილა; 26,8% – თვლის, რომ ავად გახდა უეცრად,

თუმცა არც მანამდე ჰქონია ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობა. მხოლოდ 13,2% თვლის თავს ჯანმრთელად.

ანალიზი შეგვიძლია გავაკეთოთ (ცხრილი-23) საშუალებით სოციოეკონომიკურ მდგომარეობას და სამედიცინო სერვისის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით, რომელიც ამტკიცებს ჰიპოთეზას, რომ ადამიანის ფინანსური მდგომარეობა განსაზღვრავს მის ჯანმრთელობის ხარისხს. ზოგიერთ ადამიანს ურჩევნია გადაიხადოს ძვირი და მიიღოს ხარისხიანი მკურნალობა, ხოლო ზოგიც, იმის გამო, რომ ვერ ახერხებს ფინანსური ბარიერების გამო სათანადო სამედიცინო მომსახურების მიღებას, ირჩევს უფრო დაბალხარისხიან და იაფიან მომსახურებას პირდაპირი გადახდის გზით. სტატისტიკურმა მონაცემებმა აჩვენა, რომ პირდაპირი გადახდების ტენდენცია უფრო დაბალ შემოსავლიანი (58%) რესპოდენტებისთვისაა მისაღები, მაღალ შემოსავლიან ჯგუფებთან (75%) შედარებით, რომლებიც უარყოფითად არიან განწყობილნი ამ ტენდენციის მიმართ და უპირატესობას მომსახურების მაღალ ხარისხსა და მკურნალობას ანიჭებენ. (ცხრილი 22).

ცხრილი 22. არაფორმალური გადახდები და შემოსავლები

რესპოდენტთა დამოკიდებულება არაფორმალურ გადასახადებთან მიმართებაში	რესპოდენტთა შემოსავალი				
		100-200	200-400	400-1000	1000-ზევით
უარყოფითი		42	65	75	82
დადებითი		58	35	25	17.7
სულ		100%	100%	100%	100%

აქედან გამომდინარე სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ფინანსური მდგომარეობის დამოკიდებულება აშკარაა. ურთიერთდამოკიდებულება ამ ორ კატეგორიას შორის გაანალიზდა (chi-square) ანალიზის მიხედვით სადაც აღმოჩნდა, რომ $p=0.008$ რაც გაცილებით ნაკლებია 0.05 ზე ამიტომ ურთიერთკავშირი მნიშვნელოვნად იქნა მიჩნეული (correlation exists).

გარდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მაღალი ხარჯებისა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა, განათლება, კვება, სანიტარული მდგომარეობა და.ა.შ.

განათლება - შემდეგ კატეგორიებად დაჯგუფდა: არასრული, საშუალო და უმაღლესი განათლება.

ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მის განათლებასთან მჭიდრო კავშირშია, რასაც სტატისტიკური მონაცემებიც ადასტურებენ. განათლებას უპირატესობა მიენიჭა კვლევაშიც, რადგან როგორც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებიდან ჩანს, განათლება მნიშვნელოვნად ამცირებს ჯანმრთელობის გაუარესობის ალბათობას. განათლებული ადამიანი უფრო მარტივად აღიქვამს ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი პირობების საჭიროებას და პროფილაქტიკური ღონისძიებისადმი უპირატესობის მინიჭებას. კვლევის შედეგად აღმოჩნდა ძლიერი ურთიერთ კავშირი (strong relationship) სოციოეკონომიკურ სტატუსსა და ჯანმრთელობის გაუარესების რისკ ფაქტორებს შორის, რაც განათლებასაც უკავშირდება. რესპოდენტთა ჯგუფი რომლებიც უმაღლესი განათლებით შედარებით მაღალ სოციალურ კლასს მიეკუთვნენ (45%) უპირატესობას დროულ მკურნალობასა და პროფილაქტიკას ამიჭებენ, ხოლო დაბალი სოციალური ჯგუფი არასრული განათლებით (24%) მკურნალობას. (ცხრილი 23)

ცხრილი 23.

რესპოდენტთა განათლება და ჯანმრთელობა

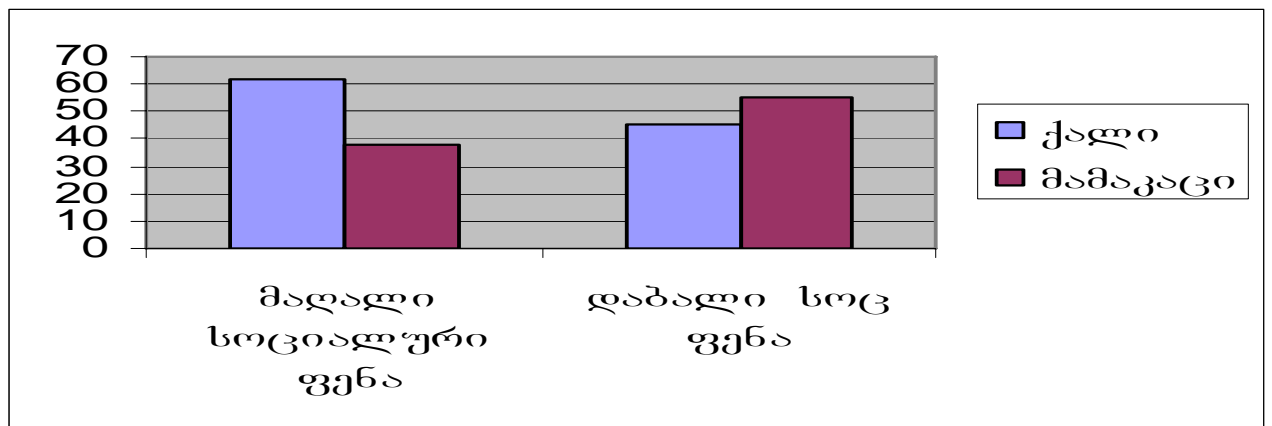
განათლება	მკურნალობა	პროფილაქტიკა	სულ
არასრული	24	12	36
საშუალო	30	26	56
უმაღლესი	25	45	70
სხვა	21	17	38
სულ	100%	100%	

განსაკუთრებით დაბალი სოციალური ფენის ოჯახებში ქალთა სტატუსი და მათი განათლების დონე ჯანმრთელობის მდგომარეობის უმთავრეს დეტერმინანტს წარმოადგენს, რადგან ქალს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. იქ, სადაც ქალთა მეტი ნაწილი არასრული განათლებით ხასიათდება, მათთვის ძნელია იმის გაგება, თუ რა მნიშვნელობა აქვს წყლის სტერილიზაციას, სრულფასოვან კვებას, ან ბავშვთა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ მაღალ სოციალურ კლასსა (უმაღლესი განათლებით) და დაბალს (საშუალო/არასრული) შორის გამოკითხულ ქალების 62% და მამაკაცთა 38% უპირატესობას ექიმთან დროულ ვიზიტსა და პროფილაქტიკურ შემოწმებას ანიჭებენ, მაშინ როდესაც შედარებით დაბალი სოციალური ჯგუფის რესპოდენტებიდან საშუალოდ ქალთა 45%-მა ხოლო მამაკაცთა 55%-მა განაცხადა, რომ ისინი უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ ექიმს. რესპოდენტებმა უმაღლესი განათლებით, ორჯერ მეტი პროცენტულობით აჩვენეს ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ტენდენცია ვიდრე არასრული განათლების მქონე ადამიანებმა. (გრაფიკი 10)

გრაფიკი 10.

სოციალური ჯგუფები და ჯანმრთელი ცხოვრებისათვის მათი პრიორიტეტები



კვლევის შედეგად მიღებული დასკვნებიდან შეიძლება გამოვყოთ რამოდენიმე პოზიტიური და ნეგატიური ტენდენციები მაგალითად:

ერთ-ერთი პოზიტიური ტენდენცია სადაზღვეო სისტემის დამკვიდრებაა. სადაზღვეო სერვისით გამოკითხულთა დიდი ჯგუფი (52%) სარგებლობს და შესაბამისად ისინი თვლიან რომ სამედიცინო მომსახურებაც გაცილებით ხელმისაწვდომია, ვიდრე იმ რესპოდენტებისათვის (48%) რომლებიც სადაზღვეო პოლისით ვერ სარგებლობენ. ჯვარედინი შედარებისას დაზღვეულები გაცილებით მეტად მიმართავენ ექიმს ვიდრე, ისინი, რომელთა ვიზიტიც პირდაპირ გადახდებთანაა დაკავშირებული. მაგალითად პენსიონერთა და უმუშევართათვის, სადაზღვეო სისტემა ნაკლებად ხელმისაწვდომია, მიუხედავად იმისა რომ სახელმწიფო პროგრამა “სიღარიბის დაძლევის შესახებ” ითვალისწინებს ამ სოციალური ჯგუფების დახმარებას. ამის გამო ეს საკითხი კვლავ აქტუალური რჩება.

ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები, მოსახლეობის უფრო ხანდაზმული ნაწილისათვისაა აქტუალური, ვიდრე 20-30 წლის ასაკის რესპოდენტებისათვის, რაც ალბათ ბუნებრივიცაა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

მაღალი სოციალური ჯგუფის (ანუ მაღალშემოსავლიანი ჯგუფის) ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობა ღარიბ სოციალურ ჯგუფთან შედარებით გაცილებით უკეთესი აღმოჩნდა.

მოსახლეობას არა აქვს სრულყოფილი ინფორმაცია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ და ამის გამო ნაკლებად მიმართავენ ჯანმრთელი ცხოვრების წესს (გამოკითხულთა 74% აღნიშნავს რომ არანაირ სპორტულ აქტივობას არ მიმართავს, ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია სოფლისა და ღარიბ მოსახლეობას შორის). სიღარიბე და ნერვიული სტრესი ასევე სპორტული ცხოვრებისადმი მიდრეკილების ნაკლებობა, მოსახლეობას უბიძგებს, იაფი, სტრესის განეიტრალებისა და სიამოვნების საშუალებებისაკენ. ხშირად ყოველივე ეს გამოიხატება მოწვევასა და ალკოჰოლის მოხმარებაში. საზოგადოების ჯანმრთელობისათვის ძირითად საშიშროებას მოწვევა წარმოადგენს მწვეველთა რაოდენობამ საშუალოდ 48% შეადგინა 20-30 ასაკობრივ ჯგუფში რაც გაცილებით მაღალი აღმოჩნდა მაღალ ასაკობრივ ჯგუფთან 27% შედარებით. თუ გავითვალისწინებთ მწვეველთა რაოდენობის ზრდის მაჩვენებელსა და მომხმარებელთა ასაკობრივ ჯგუფების მაჩვენებლებს. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით ერთ სულ მოსახლეზე თამბაქოს მომხმარებელთა რაოდენობის მიხედვით საქართველო მოწინავე ადგილზეა სხვა ქვეყნებს შორის.

სხვა სოციოეკონომიკურ დეტერმინანტებთან ერთად სათანადო კვება მჭიდროდაა დაკავშირებული ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, ინდუსტრიალიზაციის, ურბანიზაციის და ეკონომიკური ცვლილებების შედეგად შეიცვალა ადამიანის ცხოვრების წესი და შესაბამისად კვების რაციონიც. კითხვარში რესპოდენტს უნდა მოეჩვენა კითხვაზე “რამდენად ახერხებთ სრულფასოვან კვებას მთელი კვირის განმავლობაში? შემდეგი პასუხები : ვერასოდეს, 1-2 დღე კვირაში; 3-5 დღე კვირაში ან 6-7 დღე კვირაში; მნიშვნელოვანია ის ფაქტი რომ რესპოდენტთა უმეტესობამ (58%) აღნიშნა, რომ ვერ ახერხებს სრულფასოვან კვებას სხვა და სხვა მიზეზების გამო ხოლო

მხოლოდ (12%) დააფიქსირა რომ მათი კვების რაციონი სრულფასოვანი იყო მთელი კვირის განმავლობაში.

ეს ინდიკატორი ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარკვეული გავლენის მქონე ფაქტორად ჩაითვალა, რაც, შედეგად ზრდის ქრონიკული დაავადებების ჩამოყალიბების რისკს.

მდიდრებისა და ღარიბების ურთიერთდამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების თანაბრად მიღებისას მნიშვნელოვანია. არის თუ არა სიღარიბე ან სიმდიდრე სამედიცინო სერვისის ხელმისაწვდომობასთან კავშირში. როგორც აღმოჩნდა ეს ორი ფაქტორი სამედიცინო დახმარების მიღებისათვის პირდაპირ კავშირშია.

გამოკითხულ რესპოდენტთა პროპორციამ, რომლებსაც მიაჩნიათ რომ დღესდღეობით სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომია ქალთა შორის შეადგინა (12%) მამაკაცებში (20%). გამოკითხვის მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ საერთო ჯამში გამოკითხულთა მხოლოდ (9%)–ს მიაჩნია, რომ დღესდღეობით სამედიცინო მომსახურება გაცილებით ხელმისაწვდომია ვიდრე ის იყო რამოდენიმე წლის წინათ. დაბალი შემოსავლების მქონე ჯგუფებში რესპოდენტთა უმეტესობას (34%) მიაჩნია, რომ ჯანდაცვა ნაკლებად ხელმისაწვდომია, ხოლო იმ ჯგუფებისათვის, რომელთა შემოსავალი საშუალოდ 500-1000 ლარია ჯანდაცვის სერვისის სავსებით ხელმისაწვდომად აღქმული. (ცხრილი 24)

ცხრილი 24. შემოსავალი და ხელმისაწვდომობა

შემოსავალი	ხელმისაწვდომია	არა რის ხელმისაწვდომი	სულ
100-200	6	34	40
200-400	13	26	39
500-1000	15	6	21
სულ	34%	66%	100%

ამ ჯგუფებს შორის კავშირი არსებობს, რადგან მათი ურთიერთშედარებისას $p < 0.05$ იყო ($p = 0.02$) რაც იმას ნიშნავს, რომ კორელაცია არსებობს. ჰიპოტეზა მტიკცდება, რომ რაც უფრო მეტია შემოსავალი მით უფრო ხელმისაწვდომია სამედიცინო დახმარების მიღება, ასევე რაც უფრო განათლებულია ადამიანი, მით უფრო ნაკლებია დაავადებების სიხშირე და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების საშიშროება.

საავდამყოფობესა და დიაგნოსტიკურ ცენტრებში მიმართვიანობის ინდექსი მდიდრებსა და ღარიბ მოსახლეობას შორის არათანაბარია. როგორც ჩანს, ღარიბებს (დაბალშემოსავლიან მოსახლეობას) ურჩევნია უფრო იაფიან სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებს ანუ პოლიკლინიკებს მიმართონ, ვიდრე ძვირადღირებულს, თუმცა ამ სექტორშიც მდიდართა მიმართვიანობის პროცენტულობა ღარიბებთან შედარებით (51.4 % მდიდრები- 25.9 % ღარიბები) გაცილებით მაღალია. ღარიბი მოსახლეობის მხოლოდ 13% ხოლო შედარებით მაღალი სოციალური ჯგუფის ადამიანები 40% მიმართავს საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებას.

დადებითი ტენდენციაა სადაზღვევო სისტემასთან მიმართებაში. რაც უფრო იმატებს დაზღვეულთა რიცხვი მით უფრო მეტია ექიმთან მიმართვიანობაც. გამოკითხულთა 80 % მიიჩნევს რომ დაზღვევა აუცილებელია ყველა მოქალაქისათვის რათა სამედიცინო მომსახურება ყველასთვის თანაბრად ხელმისაწვდომი იყოს. ქალთა 68% და მამაკაცთა 32% თვლის რომ დაზღვევის მეშვეობით მათ მიიღეს ბევრი ისეთი სახის მომსახურება, რაც აქამდე მათთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომი იყო მომსახურების მაღალი ფასების გამო. სირთულეს ამ შემთხვევაში პენსიონერთა და უმუშევართა კლასში ვაწყდებით, რადგან დაზღვევის არ არსებობის გამო ისინი კვლავ მრავალი ბარიერის წინაშე დგანან. თუმცა ახალი სადაზღვევო სისტემა, რომელსაც სახელმწიფო გეგმავს სავსებით მისაღებია. აუცილებელია ყოველი მოქალაქე იყოს დაზღვეული, რათა მათ შეძლონ დროული მკურნალობა და სამედიცინო სერვისის მიღება.

თავი III. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ეფექტურობის სისტემური ანალიზის შედეგები

3.1. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ეფექტურობის სისტემური ანალიზის შედეგები

ამჟამად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებას როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სტრუქტურების საშუალებით.

ჯანდაცვის სამსახურების დაფინანსება სხვადასხვა გზით ხდება :

- ◆ სახელმწიფო პროფილაქტიკური პროგრამები;
- ◆ სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამები;
- ◆ სხვა ჯანდაცვითი პროგრამები;
- ◆ მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამები;
- ◆ სხვა სექტორების ჯანდაცვითი პროგრამები;
- ◆ ფასიანი სამედიცინო მომსახურება, ე.წ. „შიდა სტანდარტები“.

თითოეულ ამ შემთხვევაში ფინანსური რესურსების მობილიზაციის წყაროები და მართვა განსხვავებულია, მაგალითად:

- ◆ პროფილაქტიკური პროგრამების დაფინანსება ხორციელდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადმორიცხული თანხებით, რომელსაც განკარგავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი მიზნობრივი პროგრამების დასაფინანსებლად (იმუნიზაცია, ინფექციური დაავადებების, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და შიდსის პროფილაქტიკა, ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკა, ნარკომანიის პროფილაქტიკა, საინფორმაციო სამსახურების განვითარება, უსაფრთხო სისხლი, მოსახლეობის ავადობის აქტიური გამოვლინება და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვები და სხვ.);

- ◆ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის დაფინანსება ხდება სავალდებულო სადაზღვევო გადასახადების შეკრების გზით, რომელსაც იხდის დამქირავებელი (3%) და დაქირავებული (1%), მაგრამ ეს არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ სრულად დაფინანსდეს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები (ფსიქიატრია, ფთიზიატრია, მეანობა, 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობა, უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარება, ონკოლოგიურ პაციენტთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა, ინფექციური დაავადებების მკურნალობა, ჰემოდიალიზი, გულის იშემიურ დაავადებათა მკურნალობა, ტრანსპლანტაცია,

სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული მკურნალობა, სპეციფიურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ბავშვთა კარდიოქირურგია და სხვ.), ამიტომ დეფიციტის შევსება ხდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან;

- ◆ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსება (საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება, უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაცია, კატასტროფების და სამედიცინო რეზერვის შევსება-განახლება, სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება, სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების ხელშეწყობა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამსახურის უზრუნველყოფა და სხვ.) მთლიანად ცენტრალური ბიუჯეტიდან ხორციელდება;

- ◆ მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების (მოსახლეობის გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარება, ონკონკურაბელურ ავადმყოფთა ტკივილგამაყუჩებლებით უზრუნველყოფა, მოსახლეობის სასწრაფო-სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა და სხვ.) დაფინანსება ხდება ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან, რისთვისაც თითოეული რაიონი გამოყოფს არანაკლებ 2.5 ლარს ერთ სულ მოსახლეზე;

- ◆ თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და უშიშროების სამინისტროების თანამშრომლების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა ხორციელდება პარალელური პროგრამების საშუალებით ცენტრალური ბიუჯეტიდან;

- ◆ მოსახლეობა უშუალოდ ფარავს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ისეთი სახეების ღირებულებას, რომლებსაც სახელმწიფო პროგრამები არ მოიცავენ.

ამჟამად საერთო ჯანდაცვის ხარჯების 80%-ს მოსახლეობა იხდის და მხოლოდ 20%-ს ფარავს სახელმწიფო. კვლავ პრაქტიკაშია ექიმებისათვის დამატებითი არაოფიციალური თანხების გადახდა. არსებული საგადასახადო კრიზისის გამო ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გადარიცხული თანხები ბევრად ჩამორჩება დაგეგმილს. გადაუხდელობის საკითხი დიდ სიძნელეებს ქმნის ჯანდაცვის რეფორმის წარმატებით განხორციელებაში.

იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ვერც სახელმწიფო, ვერც უცხოელი დონორები და ვერც სამედიცინო საზოგადოებრიობა, მიუხედავად მრავალი მცდელობისა, ვერ ახერხებს იმ უზარმაზარი ფასეულებების მიზანმიმართულ და სწორ განკარგვას (შეეხება ეს მატერიალურ ბაზას თუ საკადრო რესურსებს), რომელიც არსებობს ჩვენს ქვეყანაში.

საკმარისია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ ოფიციალური მონაცემებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში მოქმედებს 1148 ზე მეტი სხვადასხვა დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს სხვადასხვა დონის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დახმარებას (ცხრილი 25)

ცხრილი 25. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქსელის სტრუქტურა.

პოლიკლინიკური დაწესებულებები	179
დისპანსერები	75
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები	100
სასწრაფო დახმარების სადგურები	72
სოფლის საექიმო ამბულატორიები	209
სისხლის გადასხმის სადგურები	6
სამკურნალო ცენტრები	51
საავადმყოფოში შემავალი პოლიკლინიკები	68
საექიმო ჯანპუნქტები	9
საფერშლო - საბებიო პუნქტები	379
სულ	1148

წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2008 წ.)

მხოლოდ თბილისში მოქმედებს 54 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება (პოლიკლინიკები, დისპანსერები, სასწრაფო დახმარების სამსახური და სხვ.), სადაც დასაქმებულია 1609 ექიმი და 1409 ექთანი.

ქვეყანაში არსებობს არარენტაბელურად მოქმედი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ჭარბი ფიზიკური და ინტელექტუალური კაპიტალი, რომელიც დაბალი დაფინანსების და სხვა მატერიალური რესურსების დეფიციტის პირობებში ტვირთად აწევს სახელმწიფოს და მთლიანად საზოგადოებას.

სისტემის სტრუქტურულ-ორგანიზაციული ცვლილებების ერთ-ერთ მიზნად შესაძლოა ყოფილიყო პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების რეფორმირება საოჯახო მედიცინის ცენტრებად. ამ კუთხით საქართველოში უცხოური დონორების დახმარებით ჯერ კიდევ XX საუკუნის 90-იან წლებში დაიწყო საკმარისად ფართო მუშაობა. მიუხედავად ამისა, მთლიანად სისტემაში სერიოზული ძვრები ვერ

მოხერხდა. დღესდღეისობით საოჯახო მედიცინის ცენტრებში მომუშავე გადამზადებული ოჯახის ექიმები ვერ ახდენენ მიღებული კვალიფიკაციის რეალიზებას. მართალია, თბილისის მასშტაბით მუნიციპალურმა სადაზღვევო სოციალურმა პროგრამამ დაადასტურა ოჯახის ექიმების უპირატესობა უბნის თერაპევტსა და პედიატრებთან შედარებით, მაგრამ მოქმედი ქსელისა და კადრების დიდი ნაწილის მუშაობა მაინც არაეფექტიანია (ცხრილი 26)

ცხრილი 26. საქართველოში პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში დახმარებისთვის (2000 – 2006 წწ.) მიმართვათა რიცხვი მოსახლეობის 1 სულზე.

მიმართვათა სახეობა	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	მბულატორულ-პოლიკლინიკური სამსახური						
ექიმთან მისვლა	1.24	1.36	1.40	1.61	1.80	1.85	1.91
მ.შ.15 წლამდე ბავშვები	0.93	0.98	1.10	1.40	1.64	1.57	3.31
ავადმყოფის ბინაზე მონახულება	0.08	0.08	0.09	0.10	0.12	0.11	0.16
მ.შ. 15 წლამდე ბავშვების	0.19	0.19	0.20	0.24	0.26	0.25	0.28
	სასწრაფო დახმარება						
სასწრაფო დახმარების გამოძახება	0.034	0.031	0.04	0.04	0.05	0.10	0.16
მ.შ. 15 წლამდე ბავშვებთან	0.003	0.002	0.003	0.004	0.003	0.038	0.08
სულ მიმართვები	1.4	1.5	1.6	1.8	2.0	2.1	2.2

წყარო: <http://www.statistics.ge> (საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2006 წ.)

პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში დახმარებისთვის მიმართვათა რიცხვი მოსახლეობის 1 სულზე საქართველოში დინამიკაში იზრდება, მაგრამ რეალური სურათის შესაცვლელად ესთი ტეპით სვლა დიდხნის პერსპექტივაა.

როგორც ცხრილი 27 ჩანს, პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში ექიმთან მიმართვიანობა ზედმიწევნით დაბალია არა მხოლოდ დასავლეთ ევროპის, არამედ, მეზობელ ქვეყნებთან შედარებითაც. (ცხრილი 27)

ცხრილი 27. საქართველოში და ზოგიერთი სხვა ქვეყნის წლის მანძილზე მოსახლეობის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ექიმთან მიმართვიანობის საშუალო რიცხვი მოსახლეობის 1 სულზე შედარებით.

ქვეყანა	წლები		
	2005	2006	2007
სომხეთი	1.8	2.77	2.96
აზერბაიჯანი	4.92	4.6	4.7
ბელარუსი	11.8	13.2	13.6
ბელგია	7.4	7	6.6
ჩეხეთი	14.8	15	14.6
დანია	3.36	4.1	4.15
ესტონეთი	6.5	7.1	7.4
თურქეთი	2.63	4.61	5.4
თურქმენეთი	...	3.7	3.7
საქართველო	1.5	2.2	1.95

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2007 წ.)

აშკარაა, რომ ესოდენ სავალალო მდგომარეობის ძირითადი მიზეზია მოსახლეობის დაბალი გადამხდელუნარიანობა სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის დაფინანსების სიმწირის პირობებში. ამას ადასტურებს მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებიც, რომლის მიხედვით, საქართველოში ქვეყნის მოსახლეობის მყიდველობითი უნარიანობის პარიტეტის გათვალისწინებით, ერთი პაციენტის მიერ გახარჯული საკუთარი სახსრების წილი გაცილებით მაღალია ევროპის და აზიის რეგიონის ქვეყნების უმეტესობასთან შედარებით (ცხრილი 28).

ცხრილი 28.

ზოგიერთი ქვეყნის მოსახლეობის მედიკულობითი უნარიანობის პარიტეტის გათვალისწინებით ერთი პაციენტის მიერ გახარჯული საკუთარი სახსრების წილი

ქვეყნები	%%
სომხეთი	61.7
აზერბაიჯანი	63.6
ბელარუსი	17.6
ბელგია	24
ჩეხეთი	10.2
დანია	15.9
ესტონეთი	19
საქართველო	72.2
გერმანია	11.5
ირლანდია	12
ისრაელი	22.2

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

არსებული სიტუაციის სისტემური ანალიზი ადასტურებს იმ მოსაზრებას, რომ უახლოეს მომავალში, არა საკუთარი თავის შენარჩუნებაზე, არამედ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისათვის საჭიროა ოთხი ძირითადი მიმართულების განვითარება ესენია:

- მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო დახმარება, რომელს საფუძველს უნდა წარმოადგენდეს ხელმისაწვდომობის პრინციპის გატარება;
- შედეგზე ორიენტირებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის ორგანიზება;

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ეფექტიანობის სისტემატიური გაუმჯობესება.

ამ კუთხით ნიშანდობლივია, რომ 2010 წლამდე საქართველოს და მათ შორის დედაქალაქის მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება, ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება, ტრავმატიზმის შემცირება, გადამდებ და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემის გადაჭრა.

ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკიდან გამომდინარე პრიორიტეტად უნდა იქცეს პრევენციული ხასიათის პროგრამების დაფინანსება, მათ შორის კარდიოვასკულარული, ონკოლოგიური, ენდოკრინული და სხვ. დაავადებების მიმართ გატარებულ ღონისძიებებს, რომელიც ითვალისწინებს გამოვლენილი პათოლოგიის და ქრონიკული პროცესების თავიდან აცილებას.

ქვეყნის კონცეპტუალური განვითარების პრიორიტეტებში, საბაზრო ეკონომიკურ რელსებზე გადასვლამ მოითხოვა სიტუაციის რადიკალიზაცია და ჯანდაცვის სადაზღვევო სისტემაზე მოთხოვნის გაზრდა. აქტუალურია პრობლემების გონივრული გადაჭრა. ნაწილობრივ, ძირითად პრობლემას წარმოადგენს საკითხის ტექნიკურ-ეკონომიკურად გააზრებული მეთოდური დამუშავება.

დღესდღეობით, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყაროებია:

- ტრანსფერტი ცენტრალური სახელმწიფო ბიუჯეტიდან;
- ტრანსფერტი ადგილობრივი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან;
- მიზნობრივი შენატანი, ანარიცხი, გადასახდელი ან მოსაკრებელი.

სამივე წყაროს შენარჩუნება, თავისთავად აუცილებელია იმ პირობით, რომ უნდა მოხდეს როგორც ცენტრალური ისე ადგილობრივი სახელმწიფო ბიუჯეტებიდან ტრანსფერტების აკუმულირება, მესამე წყაროს სრულად ამოქმედება უადრესად აქტუალურია, რადგან პერსპექტივაში იგი წამყვანი უნდა გახდეს. აქ მთავარი სიძნელეა „შენატანის“ ამოღების ორგანიზაციის სრულყოფა საგადასახადო სამსახურებთან აქტიური თანამშრომლობის გზით და აუცილებელია სამართლებრივი დამკვიდრება. მოსამზადებელია სამართლებრივი

ბაზა. საბოლოო ჯამში ეს იმის საშუალებას მოგვცემს, რომ ყველა სამკურნალო პროგრამის განხორციელება თანდათან გადავა სადაზღვევო პრინციპზე.

1996 წელს სომხეთის სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით საშუალო ხელფასი თვეში 20 დოლარს შეადგენდა. გაეროს 1996 წლის გამოკვლევების თანახმად სომხეთის მოსახლეობის 87% სიღარიბის ზღვარს ქვევით არსებობდა, ქვეყნის მოსახლეობის 1/3 რჩება განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში. განსხვავება ყველაზე ღარიბ და ყველაზე მდიდარ ოჯახებს შორის შეადგენს 1/27-ს. უმუშევრობა სომხეთში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა. 1990 წელს დასაქმებულთა რაოდენობამ შეადგინა 1,69 მლნ. კაცი, რომელთა შორის 80% სახელმწიფო საწარმოებში იყო დასაქმებული. სახელმწიფო საწარმოების გაჩერებამ მასობრივი უმუშევრობა გამოიწვია. მოგვიანებით ეკონომიკაში დასაქმებულთა რაოდენობა 1,5%-ით შემცირდა, თუმცა ჯანდაცვის სისტემა დღემდე რჩება სომხეთის მაკროეკონომიკური პრობლემების და საბჭოთა მემკვიდრეობის მარწმუნებში. უმუშევრობა, მოსახლეობის დაბალი შემოსავლები მნიშვნელოვნად ამცირებს ჯანდაცვის საერთო ხარჯებს მოსახლეობის სამომხმარებლო ხარჯების სტრუქტურაში, რაც თავის მხრივ სამედიცინო მომსახურეობას არ აძლევს საშუალებას მიიღოს მთლიანი შემოსავლები თავისი შესაძლებლობებიდან. სომხეთის სამედიცინო სისტემა ჯერ კიდევ ფლობს მნიშვნელოვან ძირითად ფონდებს. ამასთან, ამერიკელი ექსპერტების შეფასებით ძირითადი ფონდების დატვირთვა მხოლოდ 30%-ით ხდება. არასაკმარისი დაფინანსება, რეფორმის არათანმიმდევრულობა იწვევს ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის გაუარესებას. სომხეთის ჯანმრთელობის სისტემა განიცდის თანდათანობით გაუარესებას, რომელიც პირდაპირ პროპორციულია საზოგადოების ჯანმრთელობის მაჩვენებელზე.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა სომხეთში 79 წლიდან 72 წლამდე შემცირდა. გაიზარდა სიკვდილიანობა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა შედეგად: ყოველივე ზემოთაღნიშნული ფაქტორები განმსაზღვრელია ჯანდაცვის სისტემის ხელმისაწვდომობის პრობლემისა რომელიც ისევე როგორც დსთ-ს სხვა ქვეყნებისათვის აქაც აქტუალურია.

სომხეთის ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური პრობლემების დასაძლევად მნიშვნელოვანი როლი საერთაშორისო ორგანიზაციებს აკისრიათ. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერებისათვის მსოფლიო ბანკმა დააფინანსა პროექტი, რომლის მიხედვითაც 10 მლნ. დოლარის შეღავათიანი კრედიტი გამოიყო.

სომხეთის მთავრობის მიერ დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმა მნიშვნელოვან წილად დაკავშირებულია პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებასთან, რაზედაც მოდის მოსახლეობის ხარჯების დიდი ნაწილი. პროექტი დაფინანსებულია საერთაშორისო განვითარების ასოციაციის (IDA) მიერ. ჯანდაცვის რეფორმა სომხეთში, დაწყებული 1995 წელს, მხარდაჭერილი და დამტკიცებულია UNICEF, EU/TACIS და WHO/EURO მეშვეობით.

სომხეთის ჯანდაცვის სისტემის ცვლილების მთავარ მომენტად მიიჩნევა სამედიცინო ბაზრის დეცენტრალიზაცია და ჯანდაცვის დაფინანსების დიფერენცირება. რისკ-ფაქტორების შკალის მიხედვით.

დსთ-ს სხვა ქვეყნების მსაგვსად აზერბაიჯანის ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება რესურსების არაეფექტურობით. აქაც გაცილებით მეტი ექიმი და ექთანია ვიდრე საჭიროა. აზერბაიჯანში 1990 წელს ყოველ 1000 კაცზე მოდიოდა 3,9 ექიმი, შესაბამის პერიოდში კანადაში 2,1 ექიმი და ინგლისში 1,6 ექიმი. არ არის განვითარებული საოჯახო მედიცინის სისტემა. სამედიცინო პერსონალის კომპეტენცია საერთაშორისო ექსპერტების აზრით დაბალია. 1998 წელს ყოველ 1000 კაცზე მოდიოდა 8,4 საავადმყოფო საწოლი. საავადმყოფოები აზერბაიჯანში გამოირჩევიან დატვირთვის დაბალი პროცენტით (28%). დიდია არაოფიციალური ხარჯების წილი ჯანდაცვის სექტორში. ასევე დიდია საავადმყოფოში პაციენტის დარჩენის ნორმა, კერძოდ, 17 დღე. ხშირად პაციენტები მკურნალობის ყველაზე იაფ გზას ირჩევენ, რაც ყოველთვის არ არის დაკავშირებული მათი მკურნალობის ხარისხიანობასთან. ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის კლება სულ უფრო და უფრო შესამჩნევია. ჯანდაცვა გამოირჩევა ქვეყნის ტერიტორიაზე არაეფექტური რესურსების განაწილებით. მრავალი შენობა დანგრევის პირასაა მისული. საავადმყოფოებში ძირითადი ფონდების გამოყენება მწირია. ჯანდაცვის რეფორმები გამოცოცხლდა ახალი საკანონმდებლო ინიციატივის შედეგად, რომელსაც ჰქვია კანონი "მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ."

1998 წელს პრეზიდენტის ბრძანებით დაიწყო რეფორმის სტრატეგიის შემუშავება. დოკუმენტს ჰქვია 'ჯანდაცვის რეორიენტაციის გენერალური კონცეფცია.' ჯანდაცვის ახალი სისტემა შემდეგი პრინციპებით ხასიათდება: ჯანდაცვის გეგმაზომიერი ქსელის შექმნა და მისი რაციონალური გამოყენება; სისტემის საფინანსო ბაზის განვითარება; პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობა; სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სისტემის რეფორმა; სადაზღვევო სისტემის დანერგვა; საჯარო ჯანდაცვის პრივატიზაცია და სხვა.

დოკუმენტი “ჯანდაცვის რეფორმის სახელმწიფო პროგრამა“ არ არის დეტალური სამოქმედო გეგმა და მისი მრავალი საკითხი, ისეთები როგორცაა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდა მშპ-ის 1,6%-დან 6,6%-მდე, არარეალურად გამოიყურება.

აქვე შევეხებით DALY-ის ინდექსის მაჩვენებელს, რომელსაც არა ერთ ქვეყანაში ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. აღნიშნული ინდექსი ჯანმრთელი სიცოცხლის მდგომარეობის ხანგრძლივობაზეა ორიენტირებული. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ გამოკვლეულ ქვეყანათა შორის აზერბაიჯანი 65-ე ადგილზეა და საერთო ჯამში საშუალო ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 63,7 წელს შეადგენს. ქალთა და მამაკაცთა ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა ასე გამოიყურება: ქალები - 66,7 წ.; მამაკაცები - 60,6 წ

DALY-ის ანუ ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის ინდექსის მიხედვით აზერბაიჯანში შესამჩნევად ჩამოუვარდება საქართველოში ანალოგიურ მაჩვენებელს.

1999 წლის მონაცემებით აზერბაიჯანში მოქმედებს 755 ჯანდაცვის ცენტრი, 1024 საავადმყოფო და პოლიკლინიკა, 757 სამედიცინო ამბულატორია და 288 სამშობიარო სახლი. ყოველ 10 000 მოსახლეზე 39,2 ექიმი და 9,52 დამხმარე მედპერსონალი მოდის. ქვეყანაში მოქმედი 11 სამედიცინო კვლევითი ინსტიტუტი იკვლევს და შეისწავლის მთელ რიგ სამედიცინო პრობლემებს. თუმცა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის რეალურ სურათს ვერ ასახავს ეს უკანასკნელი მონაცემები. საავადმყოფო საწოლების 90% განთავსებულია ისეთ შენობებში, რომლებიც საშუალო დონის სტანდარტებსაც კი ვერ აკმაყოფილებენ. გარდა ამისა, ისინი განიცდიან მედიკამენტებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის დეფიციტს. დაფინანსების განხრით მდგომარეობა სავალალოა; ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო ბიუჯეტის მხოლოდ უმცირესი ნაწილი ხმარდება, რაც განაპირობებს სრულიად მინიმალურ მოთხოვნილებების დაუკმაყოფილებლობას.

1998 წლიდან ზოგადად მსოფლიოში გაიზარდა ისეთი დაავადებების რიცხვი, როგორცაა: ტუბერკულოზი, შიდსი, ინფექციური დაავადებები და ა.შ. გახშირდა დაავადებები დაკავშირებული ნარკომანიასთან, ალკოჰოლიზმთან, ტოქსიკურ ნივთიერებებთან. წყლის ცუდმა ხარისხმა და სანიტარული მდგომარეობის დაბალმა დონემ ინტენსიური დაავადებების და ეპიდემიების გამწვავება გამოიწვია.

საქართველოში მაგალითად, 2006 წელს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ექიმებთან მიმართების რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე

გაიზარდა და 2,2 შეადგინა. გაზრდილია ავადობის ზოგადი მაჩვენებელიც, თუმცა ზოგიერთ დაავადებათა კლასში აღირიცხა ავადობის მაჩვენებლის კლება.

2006 წელს საქართველოში მართალია დაფიქსირდა ტუბერკულოზის, კლება, თუმცა ეს ამ პრობლემას ნაკლებად წყვეტს. სტატისტიკის დეპარტამენტის მიხედვით შიდსის და აივ-ინფიცირების 912 შემთხვევიდან (231 ქალი და 681 მამაკაცია), აივ-ით ინფიცირების 607 და შიდსის 305 შემთხვევაა დაფიქსირებული. გამოვლენილი შიდსის და აივ-ინფექციის ახალი 276 შემთხვევიდან 156 შემთხვევა (56,5%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელია.

ინფექციური დაავადებების რიცხვი 2000-2006 წლამდე გაიზარდა და ყველაზე მაქსიმალურს 2004 წელს მიაღწია 1271.3 შემთხვევა დაფიქსირდა და აქედან სტაციონარში აღირიცხა დაავადებულთა 379.3 შემთხვევა, რომელთაგან ბავშვთა ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი ნაწლავური ინფექციებია. ეს მონაცემები და მაჩვენებლები მიუთითებს ჯანდაცვის სისტემის არაეფექტურ მუშაობაზე და არასრულფასოვან სისტემაზე.

შეიძლება გამოვეყნოთ რამდენიმე სიძნელე ჯანდაცვის სამსახურის რეფორმის გატარებაში:

- ◆ ორგანიზაციული და სტრუქტურული ცვლილებების ნელი ტემპი;
- ◆ კომუნიკაციის საშუალებების ნაკლებობა;
- ◆ სახელმწიფო პროგრამების არასრული დაფინანსება;
- ◆ ნაკლებად სრულყოფილი მატერიალ-ტექნიკური ბაზა;
- ◆ სტატისტიკური ინფორმაციის არასრულყოფილი შეგროვება;
- ◆ საქმიანობის საწყის ეტაპებზე კონსულტაციების დაგვიანება.

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა ყურადღებას ამახვილებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობაზე. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობა (859 ამბულატორიული დაწესებულება, 114 ამბულატორიული განყოფილება საავადმყოფოებში, 53 სამედიცინო პუნქტი და 512 საფერშლო პუნქტი) ეფუძნება შემდეგ პრინციპებს:

- ◆ სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის;
- ◆ ხელმისაწვდომი ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება;
- ◆ მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თანაფარდობა;

- ◆ შედეგიანი ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარებით უზრუნველყოფა;

- ◆ მომუშავე მოსახლეობის დახმარება სპეციალური ამბულატორიული მიღების განრიგის დაწესების გზით.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები უზრუნველყოფენ:

- ◆ მოსახლეობის სამედიცინო განათლებას;
- ◆ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას;
- ◆ იმუნიზაციას;
- ◆ ენდემური დაავადებების პროფილაქტიკას;
- ◆ გაგრძელებული დაავადებებისა და ტრავმების მკურნალობას;
- ◆ ესენციალური მედიკამენტების განაწილებას.

ჩვეულებრივ, ამ დაწესებულებების მატერიალური ბაზა არ შეესაბამება თანამედროვე სანიტარიულ მოთხოვნებს შენობის, წყლით მომარაგების, კანალიზაციის, ელექტრომომარაგების, ტელეფონით უზრუნველყოფის და ა.შ. თვალსაზრისით. არასათანადოა მათი მომარაგება აღჭურვილობით და სხვა სამედიცინო დანიშნულების საგნებით. პერსონალის ხელფასი ძალიან დაბალია, არ არსებობს მატერიალური წახალისების ფორმები და აქედან გამომდინარე მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტებთან ურთიერთობის გაღრმავების მისწრაფებაც ნაკლებია. 1998 წელს ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად 830 რესპონდენტიდან დაახლოებით 60% უკმაყოფილოა ამბულატორიული მომსახურებით.

საქართველოში მიუხედავად მთელი რიგი პროგრესული ცვლილებებისა, ჯერ კიდევ უარყოფითი დამოკიდებულებაა ჯანდაცვის სფეროს მიმართ, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით, ასევე რესურსების გადანაწილებითაც. იმისათვის რომ ჯანმრთელობის სტატუსი გაძლიერდეს სახელმწიფოს ჩარევა აუცილებელია. არსებული საბაზრო ეკონომიკაზე დამოკიდებული ქვეყნების გამოცდილება მიუთითებს იმაზე რომ, მთლიანი პრიორიტეტულობის განმსაზღვრელი სამომავლო გეგმები ახალი, დემოკრატიული ღირებულებებით განისაზღვროს. ახალი სისტემები ადამიანებზე ორიენტირებული უნდა იყოს, მეტად მიმართული ინდივიდუალური პაციენტებისა და გარკვეული ჯგუფის მოთხოვნებზე, თანსაწორუფლებიანობაზე, უმუშევრობაზე და

სოციალურ სიღარიბეზე, ახალი ღირებულებები ორიენტირებული უნდა იყოს ჯანმრთელობაზე მის ხარისხსა და პირველად ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის გაძლიერებაზე.

სახელმწიფო პოლიტიკის სტრატეგია, რომლის მიზანია შეამციროს არაინფექციური დაავადებების ტვირთი საზოგადოებში, და ხელი შეუწყოს საზოგადოების ჯანმრთელობას და თანაბარ ხელმისაწვდომობას საჭიროებს პოზიტიურ ცვლილებებს საზოგადოებისათვის სოციოეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობით.

მიუხედავად საქართველოში ჯერ კიდევ არსებული არასახარბიელო ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობისა, ქართული სახელმწიფო სხვა მრავალ სტრატეგიებს შორის, სწორედ ჯანდაცვის განვითარებასა და მასთან დაკავშირებულ სირთულეებს ირჩევს. სიღარიბის დაძლევის პროგრამასთან ერთად ჯანდაცვის სისტემა ცვლილებით ეფექტური და ხელმისაწვდომი გახდება საზოგადოების ყველა წევრისათვის და მხოლოდ ამის შემდგომ, მომდევნო ეტაპი იქნება მიმართული ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ისე როგორც ეს განვითარებულ ქვეყნებში ხდება.

მიუხედავად იმისა, რომ რეფორმების პირველმა სტადიამ საკმაოდ სირთულეებითა და პრობლემებით ჩაიარა, სისტემამ თავისი ეფექტიანობა მრავალჯერ დაადასტურა. გარდა ამისა სახელმწიფო ცდილობს უმთავრესი პრიორიტეტული მიმართულებებით მოსახლეობისათვის აუცილებელი, ხელმისაწვდომი და თანაბარი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას.

ამჟამად, ქვეყანაში პრაქტიკულად ნაწილობრივ გადაწყდა სამედიცინო მომსახურებისა და სამკურნალო საშუალებების ზოგადად ხელმისაწვდომობის პრობლემა ანუ ამ შემთხვევაში იგულისხმება სხვა და სხვა საშუალებების მრავალფეროვნება და კონკურენტუნარიანი გარემო, მიმდინარეობს კერძო სექტორის განვითარება, შემოდის ახალი ტექნოლოგიები და საგრძნობლად გაუმჯობესდა მომსახურების პირობები, თუმცა ეს მეტწილად კერძო სექტორს ეხება, მაგრამ ზედმიწევნით მწვავედ დგას მათდამი მოსახლეობის დიდი ნაწილის ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საკითხი. მიუხედავად იმისა, რომ 2005-2007 წწ. მიღწეულია ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითქმის სამმაგი ზრდა მოსახლეობის დიდი ნაწილი სრული სპექტრით მაინც ვერ სარგებლობს კვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით. სათანადო სადაზღვევო სისტემის

ჩამოყალიბება და ფასების დარეგულირება ალბათ სამომავლოდ ამ პრობლემასაც მოხსნის და ხალხის მოთხოვნას დააკმაყოფილებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განხორციელებულმა რეფორმებმა შექმნა წინაპირობა მოსახლეობის სამკურნალო დახმარების სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლისათვის. სახელმწიფო პროგრამების მოცულობა და შესაბამისად დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობა სისტემატიურად იზრდება. სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ამოქმედება კი, ერთის მხრივ, სტიმულს მისცემს მოსახლეობის მიმართვიანობის ზრდას, მეორეს მხრივ საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ რეალური მოთხოვნის დონე სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახეობებზე. იაფი დაზღვევა უზრუნველყოფს მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვას, რაც თავისთავად გარანტი იქნება თანაბარი ხელმისაწვდომობის მისაღწევად.

საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე ცალკეული ღონისძიებების გავლენა და შესაბამისად ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლების შეცვლა შეუძლებელია დროის მოკლე მონაკვეთში. რეფორმების შედეგები, როგორც წესი, თავს იჩენს გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ. ამიტომ აუცილებელია პერიოდულად მცირემასშტაბიანი კვლევების ჩატარება, რათა შეფასდეს მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია ეკონომიკურ, კულტურულ, ფსიქოლოგიურ გარემოს და ცხოვრების სტილის ფაქტორებზე. მაღალი სოციოეკონომიკური სტატუსი გულისხმობს კარგ საცხოვრებელ პირობებს, სწორ კვებას, ჯანმრთელი ცხოვრების წესს, რაც შესაბამისად ჯანმრთელობაზეც აისახება. სწორედ ამ ფაქტორების გამო სახელმწიფომ ყველანაირად უნდა გამონახოს გზები მისი მოსახლეობისათვის ჯანსაღი ცხოვრების პირობების შესაქმნელად, რაც პირველ რიგში სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების შედეგად მიიღწევა და შესაბამისად ქვეყნის განვითარებაც უფრო ეფექტურად განხორციელდება. ჯანდაცვის სრულყოფილი სისტემის შესაქმნელად დაფინანსების ეფექტური პოლიტიკაა აუცილებელი. ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა და სახელმწიფოს პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში უნდა წარმოადგენდეს ერთი მთლიანობას.

უდაოა, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების პოლიტიკის შემუშავება გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს და დაფინანსების ახალი პრინციპების დანერგვაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც პაციენტის, ასევე სამედიცინო პერსონალის ქცევის მოტივაციაზე. მან შეიძლება მოსახლეობის

გარკვეული ჯგუფებისათვის შეამსუბუქოს, ან გააძნელოს სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა. დაფინანსების ახალი მექანიზმების დანერგვა იწვევს სამედიცინო დახმარების მთელი სისტემის გარდაქმნას და ეს გარდაქმნა ხანმოკლე დროის პერიოდში რთულად მისაღწევია, თუმცა მეტად სასურველიც.

რეფორმის შედეგად სამედიცინო მომსახურება საქართველოში უნდა გახდეს ეკონომიკურად გამართული, მომხმარებელზე ორიენტირებული, სადაზღვეო პრინციპებთან მჭიდროდ დაკავშირებული, რაც უდაოდ გახდის ამ სისტემის მუშაობას გაცილებით ეფექტურს და საყოველთაოდ ხელმისაწვდომს. ეფექტური და მოქნილი სისტემა, რომელიც არა მხოლოდ მოგებაზეა ორიენტირებული, არამედ მომსახურების ხარისხზეც, რომელიც ასევე დიდ ყურადღებას უთმობს მოსახლეობის მოთხოვნას-პირველადი დახმარების თუ მუშაობის ოპერატიულობის სახით, ყოველთვის წარმატებული და გამართლებულია, რაც აგრეთვე ხარისხის გაუმჯობესების საწინდარიცაა. ჯანდაცვის რეფორმის ეფექტურად გატარების შედეგად საქართველოს სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით დადებითად გადაწყდება, რაც ხელს შეუწყობს საზოგადოების ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებას, სიკვდილიანობის შემცირებას და საჭიროების შემთხვევაში ხარისხიანი მეურნეობის მიღებას. აქცენტის გადატანა პირველადი სამედიცინო დახმარების რგოლზე საშუალებას მისცემს სისტემას უზრუნველყოს საქართველოს ყოველი მოქალაქე ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარებით.

ამგვარად, თეორია სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ, შეიძლება მისივე ჰიპოტეზებით დამტკიცებულად ჩაითავლოს, რადგან კვლევამ გვიჩვენა, რომ: რაც უფრო მეტი ღარიბი ადამიანია ქვეყანაში, რაც უფრო მწვავეა სოციალური გარემო, რაც უფრო კორუმპირებულია სახელმწიფო და რაც უფრო დაბალია მისი ეკონომიკური განვითარების დონე, მით უფრო ცუდია საზოგადოების ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობა და მეტია სამედიცინო სერვისთან დაკავშირებული პრობლემებიც, ამიტომ სწორი სახელმწიფო პოლიტიკა, ზუსტად გათვლილი სტრატეგიები და საზოგადოების მხარდაჭერა აუცილებელია საერთო კეთილდღეობისა და ეროვნული მიზნების მისაღწევად.

3.2. კვლევის პროცესში მიღებული შედეგების განხილვა

როდესაც საუბარია განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებზე და მათ სტრატეგიებზე აუცილებელია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის საერთო მდგომარეობის და მისი ეროვნული სტრატეგიების განხილვა. სახელმწიფო დაფინანსების პოლიტიკა გულისხმობს პრიორიტეტული სფეროების დაფინანსებას და სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების ეფექტურ გადანაწილებას. საქართველოს ამჟამინდელი ბიუჯეტის სტრუქტურა პრიორიტეტს მომსახურების სფეროს ანიჭებს, ხოლო რაც შეეხება დანახარჯებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 2006 წელს 230 მლნ. ლარი გამოიყო, მთლიანად ჟანდაცვაზე 1160 მლნ. ლარი დაიხარჯა რაც მშპ-ის 8,4% შეადგენს.

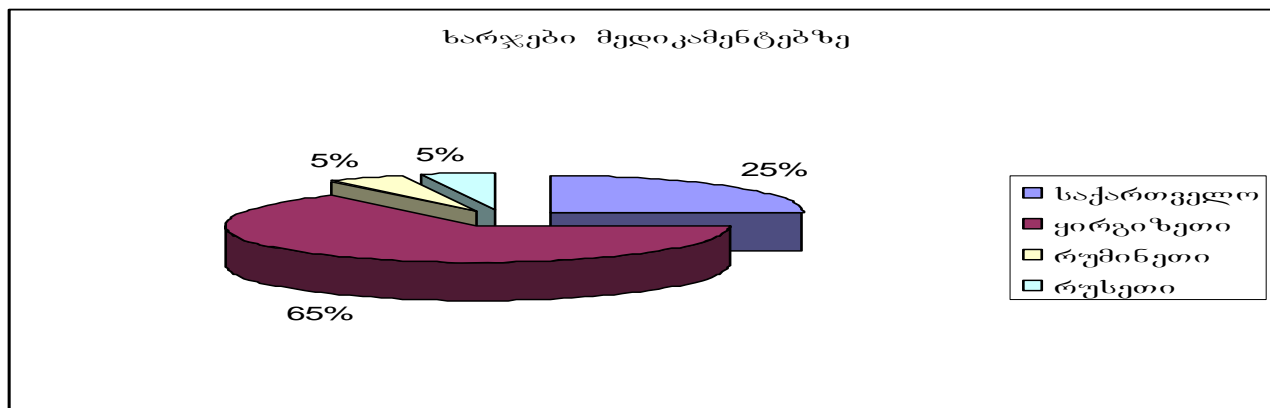
საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი დაბალია, თუმცა აღინიშნება სახელმწიფო ხარჯების ყოველწლიური ზრდაც. ასე მაგალითად, 1990 წელს საქართველოში სახელმწიფოს ხარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით მხოლოდ 83 თეთრს შეადგენდა, 2006 წელს იგი 51.84 ლარამდე გაიზარდა (32 US\$), ანუ აღნიშნულ პერიოდში სახელმწიფოს ხარჯები ჯანდაცვაზე თითქმის 62-ჯერ გაიზარდა. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდას მიგვანიშნებს აგრეთვე, მთლიან შიდა პროდუქტში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების პროცენტული წილის ზრდაც.

მაგალითად, თუ 1990 წელს ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯების პროცენტული წილი მთლიან შიდა პროდუქტში 0,05 %-ს შეადგენდა, 2006 წელს იგი 1.8 %-მდე გაიზარდა. 1990-1995 წლებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხა ყოველწლიურად 4,5-4,3 მილიონი ლარის ფარგლებში მერყეობდა. ჯანდაცვის სისტემაში დაწყებული რეფორმების შედეგად, 2006 წლისათვის ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხა 230 მილიონ ლარამდე გაიზარდა.

1990-იანი წლების ბოლოს სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით საქართველოში სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე დანახარჯების მაჩვენებლები, ერთ სულ მოსახლეზე, ყოველთვიური შემოსავალიდან შეადგენდა 25 %, ხოლო ყირგიზეთში 65 %, მაშინ როდესაც რუმინეთსა და რუსეთში იგი შეადგენდა 5 % და 5 % შესაბამისად. (Lewis, 2000:22) (გრაფიკი 11) საშუალებით კარგად ჩანს თუ რამდენად დიდია დანახარჯები მედიკამენტებზე სადაც

სახელმწიფო განვითარების გარკვეულ ეტაპზე იმყოფება და სადაც სახელმწიფოს როლი დაბალია ჯანდაცვის დაფინანსებაში.

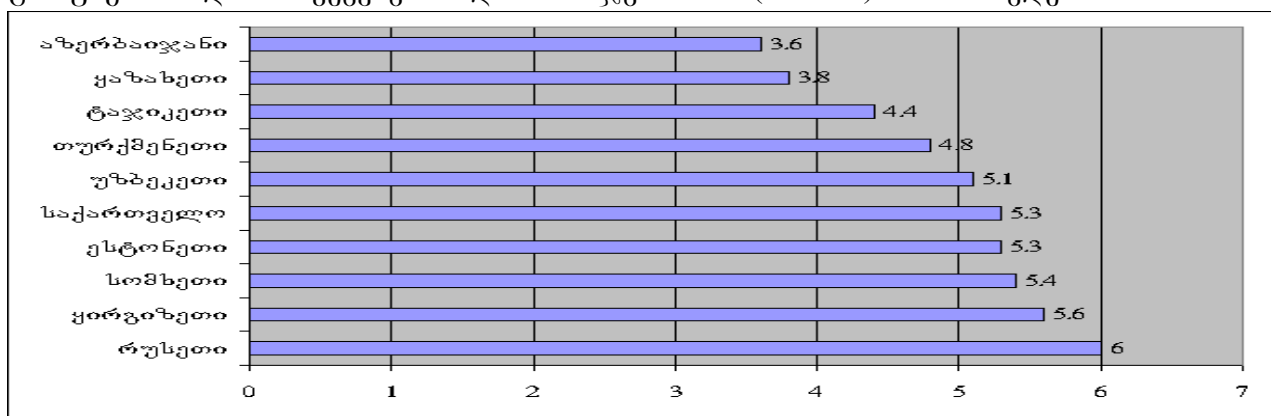
გრაფიკი 11. დანახარჯები სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე



წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ჯანდაცვის სექტორზე სახელმწიფო დანახარჯების არც თუ ისე მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა აზერბაიჯანიც, რომლის მთლიანი შიდა პროდუქტის დანახარჯი 3%-ს შეადგენს. ყოფილ საბჭოთა კავშირის სივრცეში ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს რუსეთი აღწევს (6 %), თუმცა აქვე უნდა გავითვალისწინოთ ის ფაქტიც რომ რუსეთი მოსახლეობის მოცულობითაც მკვეთრად განსხვავდება სხვა ქვეყნებისგან, რაც ალბათ ნაწილობრივ ამ ფაქტსაც განაპირობებს, რუსეთის შემდეგ %-ლად მოდის ყირგიზეთი (5.6%), სომხეთი (5.4%), ესტონეთი (5.3%) და საქართველო (5.3%). აღნიშნულ მდგომარეობაში აზერბაიჯანი შეიძლება ყველაზე წარმატებულად ჩაითვალოს სხვა დანარჩენ ქვეყნებთან შედარებით. (გრაფიკი 14)

გრაფიკი 12. დსთ-ს ქვეყნების დანახარჯები მშპ (GDP-%) –ის მიხედვით



წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

საბაზრო ეკონომიკისაკენ გარდამავალ პერიოდში მყოფი ბევრი ქვეყანა წააწყდა ისეთ მნიშვნელოვან პრობლემას ჯანდაცვის მომსახურების სფეროში, როგორცაა თანასწორუფლებიანობა და მომსახურების ხელმისაწვდომობა, რაც სიღარიბის

ზრდისა და რესურსების შემცირების შედეგია, თუმცა მარტო ეს მიზეზები დამაკმაყოფილებლად ვერ ჩაითვლება. როგორც აღვნიშნეთ, გარდამავალ ეტაპამდე ყოფილი საბჭოთა კავშირის სისტემა აგებული იყო ერთ ცენტრალიზებულ “სემაშკო“-ს მოდელზე, რომელიც წარმოადგენდა ერთიან ინტეგრირებულ, საზოგადოების ყველა ფენისათვის ერთნაირად ხელმისაწვდომ სისტემას, რადგან ჯანდაცვის მომსახურება ამ დროს იყო სრულიად უფასო. მაგრამ ეს მოდელი ძირითადად სტაციონარულ მკურნალობაზე იყო ორიენტირებული და აღმოჩნდა რომ საერთოდ არ ითვალისწინებდა საზოგადოების მოთხოვნას.

საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის შედეგად მოხდა ეკონომიკური ლიბერალიზაცია. ისეთმა ქმედებებმა, როგორცაა პრივატიზაცია, დერეგულაცია, დეცენტრალიზაცია და საბაზრო მექანიზმების შემოსვლამ გააძლიერა კონკურენცია და გააუმჯობესა ეფექტურობა, თუმცა ყოველივე ამან თავისი ზეგავლენა იქონია პაციენტთა მომსახურების თანსაწორ ხელმისაწვდომობაზეც. მნიშვნელოვნად გაზრდილ სიღარიბის ვითარებაში გამოიკვეთა ახალი სახის სიღარიბის ფორმა ეს არის რეგიონალური უთანასწორობა, რაც ერთ ერთი დამახასიათებელი პრობლემა გახდა გარდამავალი ქვეყნებისთვის. ზოგიერთ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც მკვეთრად შემცირდა სიღარიბის მაჩვენებლები- არათანაბარი ხელფასები და განსხვავება ქვეყნის ქალაქურ თუ პერიფერიულ ცხოვრებას შორის, მაინც წარმოიშვა სერიოზული პრობლემები სერვისისადმი ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.

ჯანდაცვის სიტემასთან დაკავშირებული მრავალი პრობლემის გარდა, რომლებიც არსებობს რუსეთისა და ყოფილი დსთ-ს ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოშიც, ბევრი მათგანი ჯანდაცვის პოლიტიკასთან დაკავშირებული საკითხებია, რომლებიც რეფორმის ნაწილია, აქედან გამომდინარე ისინი დიდ ყურადღებას მოითხოვენ.

დსთ-ს ქვეყნებში და კერძოდ რუსეთის შემთხვევაში საავადმყოფოები და კლინიკები არ არის სათანადოდ აღჭურვილი, არ მიმდინარეობს ექიმთა გადამზადება, არ აქვთ სათანადო ანაზღაურება და შეიძლება ითქვას, რომ არ არსებობს ხარისხიანი მენეჯმენტის სისტემა, თუმცა ამ ქვეყნის მცდელობა გადასულიყო და რეფორმა გაეტარებინა “სადაზღვეო მედიცინის” განხრით აბსოლუტური კრახით დამთავრდა და წარუმატებელი აღმოჩნდა, მაგრამ წამოიჭრა მნიშვნელოვანი პოლიტიკის საკითხები, რომლებსაც გამოკვლევა და ხანგრძლივი განხილვა ესაჭიროება. შესაძლო შედეგებისა და ალტერნატიული პოლიტიკის

მიმართულებების გაუთვალისწინებლობის შემთხვევაში დასაშვებია რომ რუსეთმა და სხვა სახელმწიფოებმაც მიიღონ ჯანდაცვის გაუმჯობესებული ხარისხი, მაგრამ ამან შეიძლება მკვეთრად შეზღუდოს საერთო ხელმისაწვდომობა, რაც თავისთავად გამოიწვევს ფასების ზრდას.

მსოფლიო ბანკის კონსულტაციების მიხედვით რეფორმატორებმა უნდა გაითვალისწინონ წარმატებული დასავლური მიმართულებები და გამოცდილებები და აიცილონ თავიდან შესაძლო შეცდომები, რომლებიც სხვა განვითარებულმა ქვეყნებმა უკვე გადალახეს. ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა არც თუ წარმატებული აღმოჩნდა დსთ –ს სივრცეში და ასევე ჯანმრთელობის დაზღვევაც არ აღმოჩნდა შემოსავლიანი ამ სექტორში. ისევე როგორც ჯანმრთელობაზე არათანაბარმა საზოგადოებრივმა დანახარჯებმა, სავალდებულო სადაზღვეო სამედიცინო დახმარების სქემის კვლევაშიც რუსეთში აჩვენა, რომ ამ რეგიონში იყო რეგიონალური თანაბარხელმისაწვდომობის პრობლემა.

1990-იან წლებში რუსეთში ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის რესურსების არათანაბარმა გადანაწილებამ რეგიონებში გამოავლინა რეგიონალური დისბალანსი ხელმისაწვდომობის მხრივ. აღმოჩნდა რომ სადაზღვეო სისტემის მოცვა რეგიონებში არათანაბარია. არათანბარი გადანაწილება გამოიხატება როგორც ეთნიკურ უმცირესობებს შორის , (84%-64%ის წინააღმდეგ) ასევე ქალაქისა და სოფლის დონეზე (World Bank 2003). გეოგრაფიული მდებარეობა და სოციოეკონომიკური სტატუსი სამედიცინო მომსახურების მიღებისას ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს. გეოგრაფიულ მდებარეობაში იგულისხმება განსხვავებული ვითარება ქალაქსა და სოფელს შორის, რასაც ემატება ასევე განსხვავება სოციალურ მდგომარეობებს შორის ამ რეგიონებში.

რეგიონების დონეზე ფინანსური ბარიერები გაცილებით მნიშვნელოვან როლს თამაშობს არსებულ ვითარებაში ვიდრე ქალაქის დონეზე. არსებული სტატისტიკური მონაცემებიდან გამომდინარე ლოგიკურია დასკვნა იმის შესახებ რომ ფინანსური ბარიერიები არის ყველაზე მნიშვნელოვანი შემზღუდველი ფაქტორი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისთვის. არათანაბარი ხელმისაწვდომობა კი ყველაზე მეტად სხვა მრავალ ფაქტორებს შორის რიგ ქვეყნებში შეიძლება მიმდინარე გარდამავალი ეტაპის შედეგად მივიჩნიოთ. გარდა რეგიონალური არათანაბარი რესურსების განაწილებისა, არსებობს კიდევ მეორე პრობლემა ქალაქსა და სოფელს შორის, ეს არის მძიმე ინფრასტრუქტურული თუ ტრანსპორტთან დაკავშირებული პრობლემა. ქალაქისა და სოფლის არათანაბარი

მდგომარეობა ასევე გამოხატავს სოციოეკონომიკურ არათანაბარ მდგომარეობას, რადგან სოფლის მოსახლეობა ქალაქის მოსახლეობასთან შედარებით გაცილებით დარბია. “ლიბერალიზაციის შედეგად რუსეთში მაგალითად ტრანსპორტის ფასი გაიზარდა, რამაც ასევე გაზარდა ხარჯები სამედიცინო მომსახურებისთვის სოფლის მოსახლეობაში- ამბობს დევისი. (Davis 2001:68). სოფლის მოსახლეობას მისი აზრით უჭირს მედიკამენტების შესყიდვა რადგანაც ფასები სულ უფრო და უფრო ნაკლებად ხელმისაწვდომი ხდება.

მკ კიიმ (McKee . 2002). თავის ნაშრომში განიხილა არსებული პოსპიტალური სექტორის პრობლემატიკაც. იგი აღნიშნავს, რომ საავადმყოფოების რაოდენობის შემცირება უნდა განხორციელდეს ქალაქში არსებული მცირე საავადმყოფოების გაუქმების ხარჯზე. მაგალითად ყაზახეთის საავადმყოფოებში, 1990 და 1997 წლებში გადაუდებელი მკურნალობისათვის განკუთვნილი საწოლთა რაოდენობა 40% -ით შემცირდა, რაც მეტწილად სოფლებში არსებულ 684 პატარა საავადმყოფოს 208-მდე შემცირების შედეგი იყო. მიუხედავად იმისა რომ საავადმყოფოების რესტრუქტურისაცია აუცილებელ პროცესს წარმოადგენდა ამ რეგიონში, ისეთ ვითარებაში, როგორც იყო სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი დანახარჯების მკვეთრი შემცირება და პრიველადი ჯანმრთელობის დაცვისა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მდგომარეობის გაუჯობესების აუცილებლობა, პერიფერიების საავადმყოფოების დახურვა და ალტერნატიული სამედიცინო სამსახურების არ არსებობა, როგორც აღმოჩნდა გახდა მიზეზი სამედიცინო მომსახურებისადმი არათანაბარი ხელმისაწვდომობის ზრდისა. (McKee . 2002).

ქალაქისა და პერიფერიის ურთიერთგავლენა საზოგადოების ჯანმრთელობაზე გამოიკვლიეს სხვა ავტორებმაც (Kalediene და Petrauskiene 2004). კვლევა ჩატარდა 1990-2000 წლებში, ლიტვაში. მათი ჰიპოტეზა ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის განსხვავების შესახებ დამტკიცდა სიკვდილიანობის მაჩვენებელის ცვალებადობის მიხედვით. სიკვდილიანობა უფრო მაღალი იყო პერიფერიებში და ძირითადი ფაქტორები გულსისხლძარღვთა და სხვა არაინფექციური დაავადებების მიზეზები აღმოჩნდა, რაც გამოწვეული იყო სამედიცინო მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობით. (Kalediene and Petrauskiene 2004). თუმცა უნდა აღინიშნოს რომ მხოლოდ ტერიტორიული ბარიერები არ შეიძლება ჩაითვალოს სათანადო სერვისის

მიღების შეუძლებლობის საბაზად. ალბათ აქაც ძირითად ფაქტორს მაინც სოციო-ეკონომიკურ სტატუსამდე მივყავართ.

განხილულ სამეცნიერო ნაშრომთა შედარებისას, ავტორთა თითოეული მათგანი ეთანხმება აზრს, რომ არსებობს მნიშვნელოვანი კავშირი სოციოეკონომიკურ სტატუსსა და ჯანმრთელობას შორის, არა მარტო ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში, არამედ დსთ ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოშიც, ამ შედეგების შედარება საკმაოდ რთული აღმოჩნდა, რადგან ბევრი ქვეყნის დაპირისპირება არც ისე იოლია. დასავლეთ ევროპის ქვეყნების, გარდამავალ ქვეყნებთან შედარებისას თვალსაჩინოა განსხვავება, როგორც მთლიანი შიდა პროდუქტის დანახარჯების პროცენტულ მაჩვენებელში ჯანდაცვის სექტორზე, ასევე სტრატეგიულ მიმართულებებს შორის. მაგალითად, განვითარებული ქვეყნები გაცილებით ორიენტირებულნი არიან ეპიდემიოლოგიურ პრობლემებსა და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე, ხოლო განვითარებადი ქვეყნების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებას ჯერ კიდევ სოციოეკონომიკური პრობლემების გადალახვა წარმოადგენს.

სოციო-ეკონომიკური დეტერმინანტები განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების თანაბარხელმისაწვდომობას. მაგალითად: საცხოვრებელი პირობები, ცხოვრების ხარისხი და სხვა. ჯანმრთელობის შესახებ (LLH) მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული სტანდარტული კითხვარის მიხედვით ჩატარებული სოციალური კვლევის შედეგებით ჩანს, რომ სავარაუდოდ გარდამავალი ქვეყნების ღარიბი მოსახლეობისთვის, მდიდრებისაგან განსხვავებით, დამაბრკოლებელ ბარიერს სამედიცინო მომსახურების მაღალი ფასები წარმოადგენს (Falkingham 2004)

ხელმისაწვდომობის პრობლემატიკასთან დაკავშირებულ ერთ-ერთ ფაქტორს არაფორმალური გადახდები წარმოადგენს, რაც აღმოჩნდა ერთადერთი გზა, რომელიც მისი გამჭვირვალობის და ოფიციალურად გადაქცევის შემთხვევაში ასპარეზს მისცემს წინაწარ დაფინანსების სისტემას, რომელიც ყველაზე საიმედოდ ემყარება გადასახადებს. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ დსთ-ს ქვეყნებში მოვლენები ერთმანეთის მსგავსად განვითარდა. სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობის მიხედვით შეიძლება ითქვას, რომ თითქმის ყველა მათგანში რეფორმა აუცილებელ პირობას წარმოადგენდა, თუმცა ყოველი მათგანისათვის მისთვის დამახასიათებელი თავისებურებები და განსხვავებული მიმართულებებიც ნიშანდობლივია. მაგალითად 90-იანი წლების პირველ ნახევარში სომხეთის

მოსახლეობის ცხოვრების დონე მნიშვნელოვნად დაეცა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ვარდნა შეიმჩნევა 1992-93 წლებში, რაც გამოიწვია ფასების ლიბერალიზებამ, მიწისძვრამ და საგარეო-ეკონომიკური კავშირების შეწყვეტამ.

1990-იან წლებში სახელმწიფო დაფინანსების საკმარისი ან ალტერნატიული გზების ძებნა უშედეგო აღმოჩნდა, მოგვიანებით ხელფასებიც აღარ რიგდებოდა საავადმყოფოებში და სამედიცინო მარაგიც შემცირდა. ასეთ მდგომარეობაში არაფორმალური გადახდა გარდაუვალი გახდა. ყოველივე ეს მკვეთრად აისახება მოსახლეობის ღარიბ ფენებზე რომელთა სასიცოცხლო ზღვარი მკვეთრად იკლებს, სოციალური მგომარეობის მიზეზით.

ლიტერატურის მიმოხილვისას ცხადად გამოჩნდა, რომ 1990-იანი წლებიდან სამედიცინო მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობის ტენდენცია სულ უფრო და უფრო გაძლიერდა, რაზეც განსაკუთრებით იმოქმედა არაფორმალური გადახდების ზრდის ფაქტორმა, რამაც თავისებურად უარყოფითი გავლენა იქონია სამედიცინო მომსახურების თანაბარ ხელმისაწვდომობაზე.

ლევისმა თავის ნაშრომში განიხილა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა და მასთან დაკავშირებული ფაქტორები. ამ ნაშრომში ჩამოყალიბდა ძირითადი ჰიპოთეზები რომელთა მიხედვითაც : სავარაუდოდ არაფორმალური გადასახადების ზრდა და სიღარიბე პირდაპირ ურთიერთკავშირში არიან ერთმანეთთან და ამასთანავე გავლენას ახდენენ მოსახლეობის საერთო ჯანმრთელობაზე, რაც სამედიცინო მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობის მიზეზია. ჰიპოტეზის ტესტირება განხორციელდა სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ, ერთ სულ მოსახლეზე გათვლილ სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, სხვა და სხვა რეგიონებში: საქართველოში, რუმინეთში, ყირგიზეთში, ალბანეთში რუსეთში და სხვა აღმოსავლეთ ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებში. შედეგებს შემდეგ დასკვნებამდე მიყვავართ:

I . სავარაუდოდ ავადმყოფობის დროს ღარიბი მოსახლეობა გაცილებით ნაკლებად მიმართავს სამედიცინო მომსახურებას და უფრო მეტად, გამოთქვამს წუხილს იმ დამაბრკოლებელი ბარიერების შესახებ, რაც მკურნალობასა და სამედიცინო მომსახურებას თან ახლავს. ამ ბარიერს მკურნალობისა და სამედიცინო მომსახურების მაღალი ფასები ქმნიან.

II. რაც უფრო იზრდება არაფორმალური გადასახადები, მით უფრო იზრდება არათანაბარი ხელმისაწვდომობის პრობლემა ღარიბ მოსახლეობაში

აქედან გამომდინარე, ამ ორი ჰიპოტეზის განხილვა და მათი ურთიერთკავშირის განსაზღვრა მნიშვნელოვანია. მომსახურების მაღალი ფასები მომხმარებლისთვის მიუწვდომელია და მოსმასურების ღირებულების ზრდასთან ერთად, დაბალშემოსავლიანი საზოგადოებისთვის, მისი მიღებაც გაცილებით რთული ხდება, რაც თავისთავად ხელს უწყობს სიღარიბის ზრდასაც.

არაფორმალური გადასახადები შეიძლება ჩაითვალოს, მომსახურებისადმი მიმართვიანობის შემცირების ძირითად მიზეზად, სხვა და სხვა რეგიონებში არა მარტო რუსეთსა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, არამედ საქართველოშიც. კვლევები ამტკიცებს, რომ მსგავსი გადახდები არის ერთ ერთი ყველაზე გაუმართლებელი და უსამართლო ჯანდაცვის დაფინანსების ფორმა, რომელიც ყველგან სხვა და სხვაგვარია.

მსოფლიო ბანკმა ჩაატარა კვლევა მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურების მიღებისას არაფორმალურ გადახდების ინტენსივობის შესახებ. მაჩვენებლები ერთ სულ მოსახლეზე, მათი ყოველთვიური შემოსავლების მიხედვით განსხვავებულია. ამ განსხვავებას განაპირობებს სხვა და სხვა მიზეზები, მათ შორის გეოგრაფიულ მდებარეობა-ქალაქისა და სოფლის დონეზე. მაგალითად სომხეთში ეს მაჩვენებელი ქალაქის დონეზე შეადგენს 8% ,ხოლო სოფლის 4%. ასეთივე მდგომარეობაა სხვა ქვეყნების სოფელსა და ქალაქს შორის სამედიცინო მომსახურებისას არაფორმალურ გადახდებთან დაკავშირებით. (World Bank 1997).

ხელმისაწვდომობის დონის განსაზღვრისთვის, კვლევა ჩატარდათ ადამიანთა იმ ჯგუფს, რომლებიც ვერ ახერხებდნენ ექიმთან ვიზიტს, ან კიდევ მაღალი ფასების გამო ვერ ახერხებდნენ ექიმის მიერ გამოწერილი წამლების შეძენას. ამგვარი რესპოდენტების პროპორციულობამ, 50% შეადგინა ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, მაგალითად: სომხეთი, საქართველო და მოლდავეთი, ხოლო ყირგიზეთის რესპუბლიკაში, აღმოჩნდა, რომ მთლიანი მოსახლეობის 36 % საერთოდ ვერ ახერხებს ექიმის მიერ გამოწერილი წამლების შეძენას. Lewis, (2000: 24). ყოველივე ეს ნათელი მაგალითია თუ რამდენადაა ქვეყანაში მიღწეული თანბარხელმისაწვდომობა სამედიცინო სერვისისადმი.

ბალაბანოვას, ფალკინგემისა და ლუისის აზრით, ბულგარეთში (Balabanova and McKee 2002b), ტაჯიკეთში (Falkingham 2004) აზერბაიჯანსა და უკრაინაში (Lewis 2000: 24) ჩატარებული კვლევების თვისობრივ მონაცემთა ანალიზმა აჩვენა, რომ სერვის პროვაიდერები არაფორმალურ გადასახადების ფასებს აწესებენ იმის მიხედვით თუ რამდენად გადახდისუნარიანია ხალხი. პირდაპირი გადახდები არის

ყველაზე რეგრესიული ფორმა დაფინანსებისა და აქვს დიდი ზეგავლენა სამედიცინო სერვისის ხელმისაწვდომობაზე, რომელიც ყველაზე მძიმე ტვირთად აწევა ღარიბ მოსახლეობას. (Lewis 2000; World Bank 2001; McKee 2003).

სტატისტიკური შეფასების მიხედვით ამგვარი გადახდა შეადგენდა ყოფილი დღის ქვეყნების 70 % . მოსახლეობა ზოგი იხდიდა ოფიციალურად ზოგიც არაოფიციალურ გადასახადს. მეტისმეტად გაჭირვებულ მდგომარეობაში ჩავარდნილ მოსახლეობას ასეთი ვითარება კიდევ უფრო ურთულდება ჯანდაცვისადმი მომსახურების ხელმისაწვდომობას. ისინი უბრალოდ ვერ იღებენ ჯანმრთელობის მომსახურებას, რომელიც ლეგალურად სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს. ღარიბ მოსახლეობის ნაწილი აცხადებს რომ ნაკლები ხელმისაწვდომობა მათ საშუალებას არ აძლევთ მიიღონ აუცილებელი სამედიცინო დახმარება. მოსახლეობის მესამედი ყაზახეთში, თურქმენეთში და ტაჯიკეთში ცხოვრობს დღეში \$4.30 აშშ –ზე ნაკლებ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ. შეიძლება განისაზღვროს სამი ტიპის არაფორმალური გადახდა რაც ადამიანებს თავიანთ უფლებებს უღახავთ სამედიცინო სერვისის მიღების დროს. ესენია. ჯანდაცვის პროვაიდერები (იქნება ეს კერძო თუ სახელმწიფო) აწესებენ ოფიციალურ გადასახადებს.

ნაწილობრივ ოფიციალური გადასახადები, როგორცაა გადასახადები წამლებსა და სამედიცინო საშუალებებზე და მესამე - ავადმყოფები უხდიან არაოფიციალურ თანხას მედ პერსონალს, როგორც წინაპირობა ან საჩუქარი მათი მომსახურებისთვის.

ყოველივე ეს კარგი მაგალითია იმისა თუ რამდენად თანასწორობით სარგებლობს მოსახლეობა სამედიცინო მომსახურებით. მოსახლეობა იძულებულია ექიმთან ვიზიტი გადადოს, ან უკიდურეს შემთხვევაში თავს არიდებს ექიმთან ვიზიტს. ამ მაჩვენებლების მიხედვით სომხეთი (92.5%), ისევე როგორც საქართველო ღარიბ მოსახლეობას შორის რუსეთთან შედარებით მოწინავე ადგილზე დგას (78.9%). (ცხრილი 29)

ცხრილი 29.

რესპოდენტები რომლებიც ავადმყოფობის შემთხვევაში თავს არიდებენ ექიმთან ვიზიტს.

განვითარებადი ქვეყნები	უკიდურესად ღარიბები	მდიდრები	ღარიბები მდიდრებთან შეფარდებით
სომხეთი	92.5	36.6	2.53
საქართველო	78.9	38.1	2.07
მოლდავეთი	66.7	33.3	2.00
ყაზახეთი	63.0	10.3	6.12
უკრაინა	54.1	3.1	17.45
ყირგიზეთი	52.0	9.5	5.47
რუსეთი	13.1	2.2	5.95
ბელორუსია	0.0	0.0	-

წყარო: <http://www.who.int/research/ru/> (ჯანდაცვის მსოფლიო სტატისტიკა 2009 წ.)

ლუისი (Lewis), ისევე როგორც ფალკინგემი (Falkingham 2004). ეთანხმება იმ აზრს, რომ შედარებით განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, როგორცაა, მაგალითად პოლონეთი, ჩეხოსლოვაკია და სხვა ქვეყნები, მოსახლეობის მცირე ნაწილი (11%) მაინც აწყდება დაბრკოლებას სამედიცინო მომსახურების მაღალი ფასების გამო მაგალითად მედიკამენტების შექენისას, ხოლო მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილს კი (26%-)ს უბრალოდ მიაჩნია, რომ მედიკამენტების ღირებულება მეტისმეტად ძვირია თუმცა ეს მათ გადაულახავ ბარიერს არ უქმნის. რაც შეეხება პენსიონერებს მათთვის მედიკამენტების შექენა და მკურნალობის ჩატარება საკუთარი სახსრებით გაცილებით რთულია, რადგან არაფორმალური გადასახადები იმდენად მაღალია, რომ სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების მიღება ძნელად მისაღწევი ხდება. (Lewis, 2000: 25)

საზოგადოების ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას განსაზღვრავს ქვეყნის სოციალური და ეკონომიკური დეტერმინანტები. ქვეყნის სოციალურ და ეკონომიკურ დეტერმინანტებს კი მისი დემოგრაფიული და სოციოეკონომიკური მდგომარეობა განსაზღვრავს სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლით, ასევე შობადობის რიცხვითა და სიცოცხლის ხანგრძლივობით, განსხვავება ამ მაჩვენებლებში დასავლეთ ევროპასა და აღმოსავლეთ ევროპას თუ დსთ-ს

ქვეყნებში მკვეთრად განსხვავებულია. 1991-1994 წლებში ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში მამაკაცებში სისცოცხლის ხანგრძლივობამ 4 წლით დაიწია, ხოლო ქალებისთვის 2.3 წლით შემცირდა. იგივე პერიოდში რუსეთში ვაჟთა შობადობა 6 წლამდე შემცირდა ხოლო გოგონათა 3 წლით, რაც სიკვდილიანობის გაზრდაზე მეტყველებს. კვლევებმა, როგორც ინდივიდუალურ ასევე მოსახლეობის მაშტაბით დაამტკიცა ფაქტი, რომ სიკვდილიანობის კრიზისის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი დაბალი სოციალურეკონომიური ჯგუფი იყო. თუ რამდენად გადამწყვეტ როლს თამაშობს მატერიალური სტატუსი სამედიცინო მომსახურების მიღებისას და რამდენად ახდენს იგი გავლენას არაფორმალური, პირდაპირი გადახდის ზრდის კონტექსტში წარმოადგენს არსებითი მნიშვნელობის საკითხს და გარკვეულ შესწავლასაც მოითხოვს. მიჩნეულია რომ ცხადად თუ ფარულად სოციოეკონომიური დაბრკოლება ჯანმრთელობის მდგომარეობას ღარიბებში უფრო და უფრო აუარესებს.

სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობაც გარკვეული დეტერმინანტებით განისაზღვრება. მრავალი კვლევაა ჩატარებული სხვა და სხვა სოციალური უთანასწორობის დასამტკიცებლად რისკ-ფაქტორების დეტერმინანტების შეფასების საფუძველზე. ესენია ალკოჰოლი, მოწევა, საკვები, ფიზიკური დატვირთვა თუ გადაძაბვა, თუ სხვა ფსიქოლოგიური ფაქტორები რომლებიც შეიძლება მიზეზებად დასახელდეს. მაგრამ ყოველივე ზემოთხსენებული მიზეზები კორელაციაში მოდის სიღარიბესთან და მასთან დაკავშირებულ სოციალურ ეკონომიურ მდგომარეობასთან. სოციალურ ეკონომიკური მაჩვენებელი ყველაზე მეტად ცხადად ტაჯიკეთის მაგალითზე ჩანს. პირველად დახმარებას ყველაზე ხშირად ეს ქვეყანა მიმართავს, ვიდრე ჰოსპიტალში მოთავსების უფლებას მოიპოვებს.

მოსახლების 50 % შორის რომლებიც არ მიმართავენ სამედიცინო მომსახურებას ავადმყოფობის დროს იმიტომ რომ არ აქვთ გადახდის უნარი სხვა ქვეყნებთან ერთად აღმოჩნდა საქართველო, მოლდავეთი და სომხეთი. ყირგიზეთში, მაგალითად მოსახლეობის უმეტესობას არ შეუძლია ექიმის მიერ დანიშნული წამლების შეძენა. ტაჯიკეთში კიდევ მეტი ადამიანი ვერ ახერხებს ელემენტარული დახმარების მიღებას. როდესაც საუბარია არათანაბარ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე პირველ რიგში უნდა განვიხილოთ რესურსების არათანაბარი გადანაწილების პრობლემა, როგორც რეგიონალურ ასევე საქალაქო თუ სხვა დონეზე. რეგიონების დონეზე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია

არათანაბარი გადანაწილება ქალაქსა და სოფელ შორის. სადაც სოციოეკონომიკური განსხვავება უფრო მეტად შესამჩნევია. სოფლის მოსახლეობა ყოველთვის უფრო ღარიბია ვიდრე ქალქის.

ჰუტონმა 2002 წელს გამოიკვლია სამედიცინო მომსახურების რესურსების განაწილება. რომელიც არანაკლებ მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მენეჯმენტის ეფექტურობისთვის. მან გამოიკვლია სამედიცინო მომსახურებისადმი უთანასწორობის სექტორული და გეოგრაფიული წყაროები. მას მიაჩნია, რომ უთანასწორობა სამედიცინო სერვისის მიწოდებისას წარმოიშვა საზოგადოებრივი რესურსების არათანაბარი განაწილებისას სხვა და სხვა რეგიონებსა და სხვა და სხვა ჯანმრთელობის სექტორებს შორის. მონაცემები აღებულია მსოფლიო ბანკის მიერ ჩატარებული სხვა და სხვა რეგიონების გამოკითხვების შედეგებიდან. მან აღმოაჩინა, რომ აზერბაიჯანში, საზოგადოებრივი დანახარჯები ჯანდაცვაზე შეადგენდა მხოლოდ (GDP) მშპ-ის 1.4 %-ს. 1998 წლის მონაცემების მიხედვით დიდი განსხვავება რესურსების გადანაწილებაში შესამჩნევია იქ სადაც ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯი \$2-3-ია და იქ სადაც მხოლოდ 1.2\$-ია (World Bank 2003).

დსთ-ს ქვეყნებისა თუ აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნების შედარებისას მკვეთრად ჩანს მჭიდრო კავშირი სოციოეკონომიკურ სტატუსსა და ადამიანის ჯანმრთელობას შორის. ამ კუთხით აგრეთვე აღსანიშნავია მიგრაციისა და მიგრანტების პრობლემა და მათი თანსაწორუფლებიანობა ემიგრირებულ ქვეყნის საზოგადოების წევრებთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურებისას. მიგრაცია ქვეყნის სოციალურ ეკონომიკური მდგომარეობის ერთერთი ინდიკატორია. იგი ასევე მნიშვნელოვან გავლენას აქხდენს სხვა ქვეყნის ეკონომიკურ ვითარებაზეც. მიგრაცია ცენტრალური აზიისა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში განსაკუთრებით აქტუალურია.

მიგრაციის თვალსაზრისით რუსეთი აშშ-ს შემდეგ მეორეა მსოფლიოში, ხოლო ევროპა და ცენტრალური აზია განვითარებადი ქვეყნებიდან ემიგრირებულ მოსახლეობის ერთ მესამედს ითვლის. კომუნიზმის დაცემის შედეგად მკვეთრად გაფართოვდა მოსახლეობის გეოგრაფიული საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა, როგორც დსთ-ს ქვეყნებს შორის ასევე მის გარეთაც. 1990-2006 წლების განმავლობაში მიგრაცია ყველაზე მეტად აღინიშნებოდა დასავლეთ ევროპის ქვეყნებისაკენ ისევე როგორც აშშ-სკენ. მიგრაცია ზოგადად გავლენას ახდენს ქვეყნის დემოგრაფიულ მაჩვენებელზეც რაც გამოიხატება როგორც მოსახლეობის შემცირებაში ასევე ქვეყნის ეკონომიკურ მაჩვენებლებშიც. რაც უფრო ვითარდება

ქვეყნის ეკონომიკა მით უფრო ნაკლებია მიგრაცია. თუმცა ასევე მიგრაცია გავლენას ახდენს ქვეყნის მაკროეკონომიკის ზრდაზე, ისევე როგორც დადებითად მოქმედებს მიგრირებულ ქვეყნებში შრომით ინვესტიციაზე, რაც იაფი მუშახელი სახით აიხსნება.

მოსახლეობის გადინებას საზღვარგარეთის ქვეყნებში და მათ არჩევანს განაპირობებს როგორც საერთო მიგრაციის ტენდენცია ასევე ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. მაგრამ ეს მარტო მაღალ და დაბალ ანაზღაურებად ქვეყნებით როდი განისაზღვრება მაგალითად: მსოფლიო ბანკის 2002 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით ისეთ ორ ქვეყანაში როგორცაა სლოვაკეთი და ტაჯიკეთი, რომელთაგან ერთი მაღალ ანაზღაურებადი სახელმწიფოა, ხოლო მეორე დაბალ ანაზღაურებად ქვეყანათა რიცხვს მიეკუთვნება დსთ და ევროპის ქვეყნების მიხედვით მნიშვნელოვანი მიგრაცია ამ ორ ქვეყანას შორის არ ფიქსირდება, რაც გვაძლევს იმის საშუალებას ვიფიქროთ რომ მიგრაციის ძირითად განმსაზღვრელ ინდიკატორს მხოლოდ მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები არ განაპირობებენ.

მიუხედავად იმისა, რომ მთავარი განმსაზღვრელი მიგრაციისა არის ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება ანუ სიღარიბის დაძლევა და სამუშაო ადგილები, რომელიც გარდამავალ ქვეყნებში მეტად აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. მიგრაცია საინტერესოა როგორც განვითარებადი ასევე განვითარებული ქვეყნების კუთხით, რადგან მიგრანტები თავიანთი შემოსავლებით ეხმარებიან საკუთარ ოჯახებს რაც ასევე შემდეგ მათი ქვეყნის ეკონომიკაზეც აისახება, თუმცა არსებობს მეორე მხარეც. მიგრანტები იქნება ეს კვალიფიციური ლეგალური, თუ არალეგალური და ნაკლებად კვალიფიციური თავიანთი წვლილი ემიგრირებულ ქვეყანაშიც შეაქვთ. ანუ არალეგალურად მომუშავე ემიგრანტები არ იხდიან გადასახადებს და ასევე ადგილობრივ მუშა ხელთან გაცილებით იაფი მუშახელია.

ასე რომ ამ ურთიერთ გადამკვეთი გზებიდან სარგებელი შეიძლება ორივე ქვეყნისთვის იყოს, მაგრამ რაც შეეხება მიგრანტთა თანსაწორუფლებიანობას და ხელმისაწვდომობას სამედიცინო დახმარების სფეროში, ეს უკვე კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას. ევროპისა და აშშ-ს ქვეყნები უზრუნველყოფენ თავიანთ მოქალაქეებს სამედიცინო დაზღვევის სათანადო ფორმებით ზრუნვას, რაც მათთვის გაცილებით ხელმისაწვდომია. საკითხი მიგრანტებთან დაკავშირებით მეტად მტკივნეულია, რადგან მომსახურება მეტისმეტად ძვირია და ამ საზოგადოების წარმომადგენლებისთვის მიუწვდომელი. ჯანდაცვის სერვისი მიგრანტებისთვის არც

ისე მარტივად ხელმისაწვდომი და მითუმეტეს თანაბარია. მიუხედავად იმისა რომ საკმაოდ რთულია მიგრანტთა რიცხვის დაზუსტება მსოფლიო ბანკის მონაცემებით სავარაუდოდ ეს ციფრი 200 მილიონ ადამიანს აღწევს. დემოგრაფიული და ეკონომიკური დისბალანსი ქვეყნებს შორის შეიძლება მიგრაციის ძირითად ფაქტორად ჩაითვალოს.

არსებობს მკვლევართა მეორე ნაწილი მაგ: ებკოკ-ი (1985წ.) და მოგვიანებით ი.კომაროვო (1994წ.), რომლებიც მიიჩნევენ, რომ ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა თუ გაუარესებაზე ძირითად ზემოქმედებას ახდენს სოციალური გარემო, მემკვიდრეობითი ბიოლოგიური ფაქტორები და ფიზიკური გარემო. მსოფლიო მცირე (8-12%) შემთხვევაში ენიჭება გადამწყვეტი როლი სამედიცინო ფაქტორებს როგორცაა ჯანდაცვის სისტემის მიერ გაწეული არასრულფასოვანი მომსახურების დონე. მაშასადამე, ცხოვრების წესი წარმოადგენს იმ სფეროს, რომელიც გადამწყვეტად მოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

რამოდენიმე ქვეყნის სოციოლოგიური კვლევების ჯვარედინი (cross analysis) ანალიზი (LLH survey) სიცოცხლის ხანგრძლივობის, ცხოვრების სტანდარტებისა და ჯანმრთელობის გამოკითხვის მეთოდოლოგიით, შესაძლებლობას გვაძლევს უკეთესი დასკვნების გასაკეთებლად. ამ კითხვარის მონაცემების ანალიზით ადვილი გასაგებია სოციოეკონომიკური უთანასწორობა გარკვეული პერიოდის განმავლობაში კონკრეტულ რეგიონში, კონკრეტულ სოციალურ ჯგუფებს შორის, კონკრეტულ მაგალითებზე დაყრდნობით, რაც მეტად მნიშვნელოვანი და ხელსაყრელი მეთოდია დაკვირვებისთვის.

თუ რამდენად ახდენს ზეგავლენას სქესი სოციოეკონომიკურ სტატუსსა და ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირს შორის არაინფექციურ დაავადებებთან(NCD) მიმართებაში არის საკითხი, რომელიც მრავალი კვლევის საგანია, თუმცა ამ საკითხის ღრმად შესწავლის მცდელობა ნაკლებია. ესტონეთში მაგალითად ქალთა და მამაკაცთა შორის სოციოეკონომიკური სტატუსის განმსაზღვრელი დამახასიათებელი მნიშვნელოვანი ფაქტორები, როგორცაა მატერიალური სტატუსი ან განათლება, ქალებისთვის გაცილებით მნიშვნელოვანია, მაგრამ იგივე მამაკაცებისთვის გაცილებით ნაკლებად მნიშვნელოვანია.

საინტერესო ინფორმაციის მომცემი იქნება იმ კითხვარებს შორის კავშირის პოვნა, რომლებიც გათვლილია სოციოეკონომიკურ საკითხებზე. იმ კითხვარებიდან, რომლებიც ყურადღებას ჯანმრთელობაზე ამახვილებენ უფრო მეტი (NCD-ის) არაინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული უნდა იყოს, რადგან NCD-ის

კვლევის შედეგები ქვეყნის დონეზე გაცილებით მნიშვნელოვანია სოციოლოგიური მდგომარეობის შესაფასებლად. მიღებული მონაცემებიდან ყველაზე დიდ სირთულეს წარმოადგენს სოციოეკონომიკური სტატუსის სხვა და სხვაგვარი განზოგადება და გაზომვა. (Kakwani 1997; Mackenbach and Kunst 1997.)

განხილულ ლიტერატურულ მასალებს შორის ნაკლოვანებად შეიძლება ჩაითვალოს ის რომ არ არის საკმარისი ინფორმაცია სოციოეკონომიურ განმასხვავებლების შესახებ არაინფექციურ დაავადებებსა და სიკვდილიანობის შემთხვევებში რესპუბლიკებსა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში.

აუცილებელია სოციოეკონომიკურ სტატუსისა და არაინფექციურ ქრონიკულ დაავადებებს შორის კავშირის გამოკვლევა სიცოცხლის ხანგრძლივობის კუთხით. ცოტა რაოდენობაა გამოკითხვებისა, რომელშიც შედის კითხვა “ბავშობაში გადატანილი ეკონომიური/მატერიალური გაჭირვების შესახებ” რომელმაც შეიძლება გარკვეული გავლენა იქონიოს ჯანმრთელობაზე, ანუ წარსულში გადატანილი მატერიალური გაჭირვება ან სხვა სახის დანაკლისი შესაძლოა მჭიდრო კავშირში იყოს ჯანმრთელობის გაუარესებასთან.

ჩატარებული მეცნიერული კვლევების მიხედვით, ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენენ შემდეგი გარემოებები: კვება, განათლება, შემოსავალი და ცხოვრების წესი, გარემო პირობები.

ამ ფაქტორზე ბევრადაა დამოკიდებული კვების პროდუქტების მოხმარების დინამიკაც, რომელიც უკანასკნელ წლებში მკვეთრად შეიცვალა. არსებული მონაცემებით მოსახლეობის უმეტესი ნაწილის ყოველდღიურ რაციონში ძირითადად შედის პური და პურპროდუქტები (სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისათვის 65-დან 85%-მდე), ბოსტნეული - 8-14%, ხილი სეზონის მიხედვით - 2-12%. ამასთან მკვეთრად იკლო რძისა და რძის პროდუქტების (2-8% სხვადასხვა ჯგუფების მიხედვით), ხორცისა და ხორცის პროდუქტების (5-12%), შაქრისა და საკონდიტრო ნაწარმის (2-6%) მოხმარებამ.

მოსახლეობის კვების რაციონის კალორიულობამ სხვა ქვეყნებშია იკლო, მაგრამ დსთ-ს ქვეყნებში, და მათ შორის საქართველოში ეს პროცესი გაცილებით სწრაფად მიმდინარეობს. ამასთან, საკვების რაციონის კალორიულობა უფრო დაბალია, ვიდრე დადგენილი ფიზიოლოგიური ნორმა.

საკვები ჯანმრთელობასთან მიმართებაში უძლიერესი ფაქტორია. სტატისტიკის მიხედვით მოსახლეობის 51.8% დღეში 2500 კილო კალორიაზე ნაკლებს იღებს საკვებიდან. საკვები შეიძლება იყოს, როგორც კარგი და

ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო, ასევე ისეთი დაავადებების გამომწვევიც, როგორებიცაა მაგ: გულსისხლძარღვთა, სიმსივნური, დიაბეტი თუ სხვა ქრონიკული სახის დაავადებები რაც შესაძლო არასწორი კვების შედეგად იყოს პროვოცირებული.

დასკვნები და რეკომენდაციები

ყველა ქვეყნის პირველად ჯანდაცვაში, მედიცინის სხვა განხრებისაგან განსხვავებით, ძალზე ცოტა კვლევაა ჩატარებული. აქ მტკიცებულებები ნაკლებია და ილუზიები ჭარბობს. 2003 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია დაჟინებით მოითხოვდა ჯანდაცვის სისტემის მომავალი, დაფუძნებოდა პირველად ჯანდაცვას, რაც დაახლოებით ნიშნავს „გადასახდების დაკისრებასა და უწყვეტ ძალისხმევას წარმომადგენლობითობის გასაუმჯობესებლად“. ევროპაში, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ლუბლიანას დადგენილებითაც ხაზი გაესვა იგივე პრინციპებს, ანუ პირველად ჯანდაცვაზე აქცენტს.

ერთერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც მოქმედებს მოსახლეობის ჯამრთელობის მდგომარეობაზე, არის ეროვნული კეთილდღეობა და მისი გადანაწილება. სოციალურ ფენებსა და ჯამრთელობას შორის ურთიერთკავშირი, ფაქტიურად კარგად არის გამოკვლეული ევროპაში, სადაც ჯამრთელობის უზრუნველყოფა არათანაბრადაა გადანაწილებული. იმისათვის რომ ნათელი მოვფინოთ მდგომარეობას, უნდა ვადიაროთ, რომ ჯანდაცვის სისტემას არ შეუძლია შექმნას ჯანმრთელობა, მაგრამ ძალუძს მისი გამოსწორება ან ოპტიმიზაცია: ტანჯვის, ავადობის და სიკვდილიანობის პრევენცია. ჯამრთელობა არ არის „ადამიანური კანონი“ ასე რომ იყოს სიკვდილიანობა და ავადობა იქნებოდა „ადამიანისათვის უჩვეულო და არაკანონიერი“.

ნებისმიერ ჯანდაცვის სისტემას გადასაწყვეტი აქვს, თუ როგორ იმუშავებს თითოეული საფეხური და რა ურთიერთ დამოკიდებულება იქნება მათ შორის. თითოეულ საფეხურს თავისი გასაგები როლი უნდა ჰქონდეს და ამავე დროს მხარდაჭერილი უნდა იყოს რესურსებით, ორგანიზაციითა და განათლებით (სასწავლო კურსები და ზედამხედველობითი ფუნქცია). მაგ: ქვეყანაში დაავადებათა პრევენცია შესაძლოა ერთობლივად ხორციელდებოდეს, რადგან საქმე იმუნიზაციას ეხება, შესაძლოა მათი ორგანიზება პირველად ჯანდაცვაშიც, როგორც ეს ფინეთში, იტალიაში და ჰოლანდიაში ხდება. ცნობილია, რომ იმ რეგიონში სადაც არც თუ სახარბიელო ეკონომიკური და სოციალური სიტუაციაა, ჯანდაცვის მომსახურებას გაცილებით მეტი რესურსები და დახვეწილი სამედიცინო პროგრამები ესაჭიროება.

მსოფლიომ გადაჭრით აღიარა პირველადი ჯანდაცვის ფუნდამენტალური უპირატესობა და აუცილებლობა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობაში. დღემდე ჯანდაცვის პროგრამების მიმდინარეობისას და გამოიკვეთა ძირითადი პრობლემები:

- 1) ჯანდაცვის პროგრამები მოსახლეობის საჭიროების უმეტესობას არ მოიცავს;
- 2) ჯანდაცვის პროგრამები მოსახლეობის მოთხოვნებს არ პასუხობს;
- 3) ლიმიტირებული დაფინანსება სერიოზულ პრობლემებს უქმნის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დროს;
- 4) მომხმარებლების მიერ სამედიცინო მომსახურების მიუღებლობის მიზეზებია : არა იმფორმირებულება; ტერიტორიული პრობლემა; სხვადასხვა სახის სამედიცინო მომსახურების მისაღებად რეგიონების მოსახლეობას უწევს სხვადასხვა მანძილზე გადაადგილება, რაც ფინანსურ, დროის და კლიმატურ პრობლემებს უკავშირდება;
- 5) ძირითად პრობლემად პროგრამების მართვაში პირველ ადგილზეა არასწორი დაგეგმვა და მენეჯმენტი, მოზადებული კადრების დეფიციტი, კომუნიკაციების დეფიციტი;
- 6) პროგრამაში არ არის ასახული რეგიონალური თავისებურებები კლიმატო-გეოგრაფიული, მიმოსვლის საშუალებები, სათანადო კადრები, მომხმარებელთან საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენების შესაძლებლობა;
- 7) არასაკმარისი დაფინანსება, განსაკუთრებით წლის ბოლოს, დახმარების მიმწოდებელს უქმნის სერიოზულ პრობლემას მომხმარებელთან;
- 8) უმწეოთა პროგრამების ფარგლებში გათვალისწინებული მომსახურების რაოდენობა არ შეესაბამება ლიმიტირებულ დაფინანსებას რაც ხშირად კონფლიქტისა და პაციენტთა უფლებების დარღვევის მიზეზი ხდება. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს უკანასკნელი უმრავლეს შემთხვევაში არ ხდება განსჯის საგანი ვინაიდან მომხმარებელი ოფიციალური საჩივრისგან თავს იკავებს. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ მომხმარებელთა უმრავლესობა პენსიონერი და ხანდაზმულია და აუცილებელი ხდება სრული პაკეტის გამოყენება;
- 9) საკმარისად რთულია, პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების ეფექტური მართვა, როდესაც ადგილი აქვს დაფინანსების დაგვიანებას და შეუსაბამობას, ღირებულებასა და რაოდენობას შორის;
- 10) სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების ხარისხი და სამედიცინო დაწესებულების შესაძლებლობებისა და საქმიანობის შეფასება ძალზე დაბალია;

11) ადგილობრივი მართვის ორგანოებიდან არა პროგრამების ხელშეწყობა, დასახვეწია პროგრამების მონიტორინგისა და შესრულებული სამუშაოს კონტროლის მექანიზმები და ფორმები.

გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს პროგრამების დანერგვა და მართვა. არ არის კოორდინირებული მონიტორინგისა და შეფასების სისტემები, ვერტიკალური კავშირები: სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობასა და სამინისტროს შორის პროგრამების მიმდინარეობის, განხორციელების სიძნელების, მომსახურების გაუმჯობესების რეალური გზების შესახებ ასევე პროგრამების მიმდინარეობა ადგილებზე გავლენას არ ახდენს ახალი გადაწყვეტილებების მიღებასა და პროგრამული უზრუნველყოფის ცვლილებებზე:

- სიციალური პროგრამებით უზრუნველყოფის შესახებ ინფორმაცია არ არის ხელმისაწვდომი მოსახლეობის ფართო მასებისთვის. მასმედიის საშუალებით არ ხდება პროგრამების შესახებ მოსახლეობის რეგულარული ინფორმირება.
- სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტებს არ ეძლევათ ამომწურავი ინფორმაცია პროგრამების მოცულობის, გავრცელებისა და დაფინანსების შესახებ, ხოლო პროგრამული დაფინანსების ფორმებისა და მოცულობების სწრაფი ცვლა კიდევ უფრო აძნელებს სწორი ინფორმაციის გავრცელებას.
- პროგრამის დაგეგმვისას არ არის გათვალისწინებული რეგიონალური თავისებურებანი (მაღალმთიანი რეგიონებისათვის გაძნელებული მიმოსვლა და დამატებითი კომუნიკაციების მოზიდვა) და მოსახლეობის საჭიროებანი, რაც გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.
- მნიშვნელოვანია ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების მხრიდან სამედიცინო დაწესებულებებში პროგრამის განხორციელების ხელშეწყობა.
- ლიმიტირებული პროგრამული დაფინანსების პირობებში სამედიცინო დაწესებულებას არ შეუძლია გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება თვის ბოლოსათვის დადგენილი ფორმატით, რაც პაციენტის მხრიდან კონფლიქტის ხშირი მიზეზი ხდება.
- პროგრამული დაფინანსების დაგვიანება საშუალოდ თითქმის რამოდენიმე თვით აძნელებს პროგრამით მოსახლეობის დაკმაყოფილების მაღალი ხარისხის მიღწევას.
- ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება გაძნელებულია მაღალ ხარისხიანი კადრების სიმცირით, განსაკუთრებით მაღალ მთიან რეგიონებში,

დაბალი ანაზღაურება ვერ უქმნის სამედიცინო მუშაკს საკმარის მოტივაციას ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში.

საქართველოში ბოლო პერიოდში განვითარებული უარყოფითი ცვლილებები მკაფიოდ აისახა მოსახლეობის სოციალურ მდგომარეობაზე, განსაკუთრებით იმ ოჯახებზე, რომლებიც წლების განმავლობაში ხელმოკლედ ცხოვრობდნენ, ვერ გაუმკლავდნენ ქვეყანაში მიმდინარე პოლიტიკურ-ეკონომიკური გარდატეხების ფონზე ფინანსურ სიძნელებებს და უკიდურესად გაუჭირდათ.

დღეს, როდესაც ქვეყანაში დაწყებულია უმნიშვნელოვანესი ძვრები უმრავლეს სფეროში რეფორმების უმოკლეს ვადაში გასატარებლად, როდესაც კერძო სექტორის ხელშეწყობის, ინვესტიციების მოზიდვის მიზნითა და ინფრასტრუქტურის განვითარების პარალელურად შექმნილია საუკეთესო ბიზნეს-გარემო, როდესაც სახელმწიფო მიიღტვის თანამედროვე, ევროპული სტანდარტების შესაბამისობის მიღწევისათვის თავდაცვის, ჯანდაცვის, განათლებისა და სხვადასხვა მნიშვნელოვან დარგებში, პარკების, სკვერებისა და სპორტული მოედნების მშენებლობების აუცილებლობის ფონზე ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემად რჩება ქვეყნის მზარდი ეკონომიკური განვითარების ლანდშაპტში მძიმე სოციალური ფონი.

ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემამ, სემაშკოს მოდელის დეცენტრალიზაციის შემდგომ, მრავალჯერ განიცადა ტრანსფორმაცია. მრავალჯერადი მცდელობა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის აღმოჩნდა არასაკმარისი, ამიტომ საბოლოო შედეგზე ზემოქმედება ვერ მოახდინა შემუშავებულმა მეთოდოლოგიამ და პრაქტიკულმა ინსტრუქციებმა.

მიუხედავად ამ პროცესებისა, ქვეყანაში და მათ შორის თბილისში რეალურად არსებობს არარენტაბელური სამკურნალო დაწესებულებების ჭარბი ფიზიკური და ინტელექტუალური კაპიტალი, დაბალი დაფინანსების პირობებში სტიმულის არასებობა, რესურსების დეფიციტი, გადამხდელუნარიანობის დაბალი მაჩვენებელი, სახელმწიფოს ტვირთად აწევს სამკურნალო დაწესებულებების ხარჯის (გასავალი) ანაზღაურება, შემოსავლების სიმცირის მიზეზია არადამაკმაყოფილებელი მართვა, არაეფექტური მიდგომები და ღია კორუფცია სტიმულის არარსებობის ფონზე.

ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს გლობალურ რეფორმას, გვაქვს რა მართლაც ღირებული რესურსი, რომელსაც რაციონალიზაცია და გარდაქმნა ესაჭიროება.

ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკური არგუმენტია: ბაზარი – ეს არის პანაცეა (გრიფინ 1989წ.) ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკური პოლიტიკის 3 მთავარი მიზანია:

1. საერთო დანახარჯების შემცირება (გასავლების მაკროეკონომიკური კონტროლი);
2. ეფექტურობა (რესურსების მიკროეკონომიკური განაწილება);
3. დაკმაყოფილება (გადამხდელთუნარიანობის მაჩვენებლის გაზრდა).

დღეისათვის მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში ამოწურულია ჯანდაცვის სისტემის ექსტენსიური განვითარების შესაძლებლობები. ჯანდაცვის რესურსების მექანიკური გაზრდის მეშვეობით ჯანმრთელობაზე ზემოქმედება პრაქტიკულად აღარაა გამართლებული და მძიმე ტვირთად აწევს ეკონომიკას. გაჩნდა ჯანდაცვის განვითარების ინტენსიურ გზებზე გადაყვანის, სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ეფექტურობის გაზრდის, მასში დაბანდებული რესურსებიდან (რომელიც ხშირ შემთხვევაში კლებულობს) მეტი შედეგიანობის მიღწევის აუცილებლობა.

ჯანდაცვის ნაციონალური პოლიტიკა უნდა შეესაბამებოდეს შემდეგ კანონზომიერებებს:

1. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება;
2. მოსახლეობის დაკმაყოფილება (გაწეული სამედიცინო მომსახურეობის მოცუვისა და ხარისხის გათვალისწინებით);
3. სამედიცინო დახმარების ხარისხის უწყვეტი ამაღლება;
4. მართვის ეფექტურობის ამაღლება;
5. პაციენტთა საჭიროებებზე აქცენტირებული ხარისხის ტოტალური მართვა;
6. ფინანსური რისკებისგან დაცვა: არ გულისხმობს მოსახლეობის გათავისუფლებას სამედიცინო მომსახურეობაზე გადასახადებისგან, სამართლიანობის პრინციპის რეალიზაციის გათვალისწინებით, პირველ რიგში ფინანსური რისკისგან დაცვას საჭიროებს გარკვეული სოციალური კატეგორიები (მიზნობრივი სოციალურ-ეკონომიური და ჯანდაცვითი პროგრამების შემუშავება მაგ: გარკვეული კატეგორიების სოციალური დაზღვევა);
7. რესურსების ეფექტური გამოყენება ჯანდაცვის რეგულაციის საბაზრო მექანიზმების განვითარების პირობებში;
8. ჯანდაცვის სისტემის სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტურობა: მინიმალური რესურსებით მაქსიმალური შედეგის მიღწევა.

ჯანდაცვის სისტემის გლობალური რეფორმა ითვალისწინებს მკვეთრ ცვლილებებს ყველა მიმართულებით: დაფინანსება, ორგანიზაცია, რეგულირება, რომელიც უნდა აისახოს სამედიცინო დახმარების რეზულტატზე. სადაზღვევო პრინციპებზე გადასვლა, ჯანდაცვის დაწესებულებების ოპტიმიზაცია და რესტრუქტურისაცია, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიზნით საოჯახო ექიმის მოდელის სრულყოფილი გავრცობა-განვითარება, კადრების გადამზადება, დაფინანსების ახალ ფორმაზე გადასვლა, ინფრასტრუქტურის გაძლიერება.

რეფორმის განხორციელება ცვლილებების კომპლექსური პროცესია, სისტემური ცვლილებების მიღწევა გარკვეულ დროს მოითხოვს.

დაფინანსების მკვეთრი გაზრდა არ იძლევა ეფექტს, თუ არ იქნება განვითარებული ინფრასტრუქტურა და ეფექტური და მოქნილი ჯანდაცვის სისტემა; აუცილებელია ფინანსების სწორი გადანაწილება პრიორიტეტულობის მიხედვით, მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებზე ორიენტირება და სამედიცინო დაწესებულებებისთვის დაფინანსების მხრიდან სტიმულის გაჩენა.

რეფორმის ერთ-ერთი ნაწილია საზოგადოების ინფორმაციულობა. ბაზრის გლობალურმა შემოტრიალებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნეგატიური და სკეპტიკური დამოკიდებულება მომხმარებელთა მხრიდან.

მუნიციპალური ბიუჯეტით სამკურნალო ჯანდაცვითი პროგრამების სახით ფინანსდებოდა ისეთი კომპონენტები, რომლებიც არ იყო გათვალისწინებული ცენტრალური ბიუჯეტით, მაგრამ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენდა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით განისაზღვრა ის სოციალურად დაუცველი ოჯახები, რომლებზეც გავრცელდება სახელმწიფოს მიერ დადგენილი შეღავათები და დახმარებები. აღსანიშნავია, რომ საქალაქო სამსახურის მიერ დაზღვეული კონტინგენტის უმეტესობა მოხვდა აღნიშნულ ბაზაში.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროგრამული დაფინანსების ფორმა მთლიანად შეიცვალა სადაზღვევო პრინციპით, რაც სახელმწიფო ფინანსების ხარჯვის გამჭვირვალებას ითვალისწინებს. ამასთანავე, ბაზისური პაკეტი, რომელიც მოიცავს როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ მკურნალობას, განკუთვნილია სიღარიბის ზღვარს მყოფი მოსახლეობისთვის. შესაბამისად, გაუქმებულ იქნა დახმარებები კატეგორიების მიხედვით, რამაც საზოგადოების ამ ნაწილის უკმაყოფილება გამოიწვია.

უნდა აღინიშნოს, რომ კატეგორიებად დაყოფა თავისთავად მიანიშნებს მათი დაუცველობის სტატუსს (ინვალიდი, მარტოხელა, მარჩენალდაკარგული), თუმცა არ გამორიცხავს მათ სოციალურ კეთილდღეობას.

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არ გულისხმობს მხოლოდ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას, არამედ ერის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ისეთი უმნიშვნელოვანესი ღონისძიებების გატარებასაც, როგორცაა უსაფრთხო გარემოს, სასმელი წყლის და საკვების უზრუნველყოფას, გონივრული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობას და სხვ. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის XXI საუკუნის მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპებს. ამასთან, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება უნდა ხორციელდებოდეს არა მხოლოდ ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებით, არამედ პიროვნების, ოჯახისა და მთლიანად საზოგადოების სოციალური, ფიზიკური და ფსიქიკური კეთილდღეობითაც.

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტების შერჩევა და სტრატეგიების ჩამოყალიბება უნდა ემყარებოდეს შემდეგ ძირითად ფასეულობებსა და პრინციპებს:

- ◆ ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოების სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;
- ◆ თანასწორუფლებიანობა და სოლიდარობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში;
- ◆ პიროვნებაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება;
- ◆ მეცნიერული დასაბუთება, გულისხმიერება და ანგარიშგება, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესამუშავებელ და განსახორციელებელ ღონისძიებათა ეთიკური საფუძველი;
- ◆ ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიათა მდგრადობა. ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგია გულისხმობს სამ ძირითად მიმართულებას:
 - 1) ავადობისა და ტრავმების თავიდან აცილებას და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის გამიზნული ღონისძიებანი;
 - 2) ავადმყოფებისა და ტრავმირებულებისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;

3) ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ინტერესებიდან გამომდინარე საზოგადოების რესურსების მობილიზების ახალი მექანიზმის ჩამოყალიბება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გულისხმობს ამ საქმეში მთელი საზოგადოების მონაწილეობას. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის ძირითად ეტაპებს უნდა წარმოადგენდეს:

- 1) ისეთი სტრუქტურების შექმნა, რომლებიც უზრუნველყოფენ მულტისექტორულ და ორგანიზაციულ თანამშრომლობას და კოორდინაციას;
- 2) სხვადასხვა დაწესებულებების, ორგანიზაციების და მთელი საზოგადოების ინფორმირება იმის შესახებ, თუ რა ღონისძიებების გატარებაა საჭირო ყოველი მოქალაქის თუ მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის;
- 3) სათანადო კვლევებისა და საინფორმაციო სისტემების განვითარება ჯანმრთელობის დაცვის დაგეგმვის, ცალკეული პროგრამების რეალიზაციისა და მათი შეფასების ორგანიზების მიზნით;
- 4) ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისათვის ფართო სექტორის პარტნიორული ურთიერთობების დამყარება.

შემოთავაზებული რეკომენდაციები არ არსებობს პირველადი ჯანდაცვის საუკეთესო მოდელი, რომლის კოპირებაც შესაძლებელია. ევროპის პირველადი ჯანდაცვის, აქ განხილული საუკეთესო მოდელები, შესაძლოა დაგვეხმარონ რომ გავიგოთ ბაზისური საკითხები, ისეთები როგორცაა სუსტი ზოგადი პრაქტიკის ნეგატიური რგოლის დამსხვრევა და „გეთ ქიფერობის“ მნიშვნელობა. მაგრამ აქ საკმარისი ინფორმაციის შემცველი ჯანდაცვის პოლიტიკის კანონების, გამზადებული პაკეტი, რომელიც დაბოლოვდება შესანიშნავი პირველადი ჯანდაცვის სისტემით, არ არის მოცემული. ყველა ქვეყანამ უნდა ამოიწიოს საკუთარი გზა, თავისი ისტორიის, კულტურის, სიმდიდრისა და სოციოპოლიტიკური გარემოს გათვალისწინებით.

შემუშავდა შემდეგი რეკომენდაციები :

1. პირველადი ჯანდაცვის სამეცნიერო ბაზა ღარიბია, ფასების შეღავათიანობის, კონკურენტუნარიანი ალტერნატივების მტკიცებულებებთან მიმართებაში. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის სისტემის ფუძე უნდა გახდეს;
2. საქართველოში ექთნებს, მენეჯერებს, ფარმაცევტებსა და კადრის სხვა წევრებს სუსტი არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლება გააჩნიათ, რომელიც გარკვეულ წილად შეეფასება მათი რეპუტაციას. მსოფლოს ბევრ ქვეყანაში ზოგადი

პრაქტიკოსები, პირველად ჯანდაცვაში წამყვანი სპეციალისტები არიან, სხვა სპეციალისტებთან შედარებით, უკეთესი რეპუტაციითა და პოლიტიკური ძალაუფლებით ;

3. საქართველოში ზოგად პრაქტიკოსებს ესაჭიროებათ მინიმალური დატვირთვა, იმისათვის რომ შეინარჩუნონ თავიანთი ცოდნა და გამოცდილება. აღნიშნულიდან გამომდინარე სახელმწიფომ უნდა მოიძიოს ორგანიზების, ანაზღაურების, სამუშაო ძალის დაგეგმვის განსხვავებული გზები;

4. ზოგადი პრაქტიკოსები, სხვა სპეციალისტებთან შედარებით, ზრუნავენ მრავალი დაავადების შემთხვევაში, ისე რომ ხარისხს არ აქვეითებენ და ხშირად მათი მომსახურება ნაკლები ფასი ღირს. რადგან ისინი გარკვეულწილად „ფილტრავენ“ სპეციალისტებთან კონტაქტის სურვილის მქონე მოსახლეობას სწორედ ამ პრიორიტეტებიდან გამომდინარე საქართველოში უნდა გაიზარდოს სპეციალისტებისთვის გამოყოფილი გრძელვადიანი დაბალ პროცენტური კრედიტები;

5. არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლება ექვსი ძირითადი პარტნიორი დაჯგუფების ხელშია: მთავრობის, დამზღვევების, სპეციალისტების, პაციენტების, სასწავლო, კვლევითი დაწესებულებებისა და ჯანდაცვის ინდუსტრიის. ძირითადი წყარო არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლებისა არის: საკუთრება და ფინანსური რესურსები, განათლება და ინფორმაციული რესურსები, სოციალური და პოლიტიკური მხარდაჭერა. მოქმედი პირების ურთიერთქმედება აუცილებელია შეიცვალოს. ჯანდაცვის პოლიტიკა ორი გზით: ურთიერთქმედებების შესახებ კანონების მოდიფიკაციით, რესურსების განთავსებისა და გადანაწილების საშუალებით;

6. საქართველოს მთავრობამ პირველადი ჯანდაცვის მხარდასაჭერად, უნდა აამოქმედდეს რესურსები და კანონები, ხელი შეუწყოს ზოგად პრაქტიკას ათი ძირითადი ქმედების საშუალებით: ა) სხვა სპეციალისტებზე ხელმისაწვდომობის ლიმიტირებითა და ზოგადი პრაქტიკოსებისათვის ფუნქციის მინიჭებით.

ბ) მაკოორდინირებული რეფორმის მხარდაჭერისა და პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური მახასიათებლების ხაზგასმით, როგორებიცაა: კოორდინაცია, ხანგრძლივობა და მასშტაბურობა. გ) საკმაო რაოდენობის ფინანსური და სამედიცინო რესურსების განთავსებით, რამაც პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებს საშუალება უნდა მისცეს ეპასუხოს პაციენტთა მეტ ზოგად პრობლემებზე, როგორცაა ქრონიკული დაავადებები და მოსახლეობის ავადობა,

გადაჭრან პაციენტთა მთელი რაოდენობის 90%-ის პრობლემები პირველადი ჯანდაცვის კომპეტენციის ფარგლებში დეკაპიტაციის მეთოდის, როგორც ანაზღაურების მეთოდის, დაფუძნებით (პლიუს ფულადი წახალისება და საერთო მიზნის სტიმულირება) ასევე პაციენტთა სიის შემოღებით (შესაძებლობა იმუშაოს საზოგადოებასთან). ეპირველადი ჯანდაცვის პროფილის გაფართოების შესახებ რეფორმის მხარდაჭერით. ეროგორც გადაწყვეტილებების მიღების დეცენტრალიზაციის, ასევე პროფესიული ქსელების შექმნის ტოლფასი მხარდაჭერით. ზ)სტუდენტების მიღების რაოდენობის შეზღუდვა და საგაღდეულო პროფესიული სწავლება; თ)განათლების პროდუქტირებისა და გაერცობის ხელშეწყობით;

7. რადგან ზოგად პრაქტიკოსებს სპეციალისტების მსგავსი, ან უკეთესი ხელფასი აქვთ, ამიტომ მათ უკეთესი გამოცდილება და სამეცნიერო ბაზაზე დაყრდნობილი ცოდნა მოეთხოვებათ და ეს მართლაც სპეციფიური მახასიათებელია ზოგადი პრაქტიკისა. აღნიშნულიდან გამომდინარე ზოგად პრაქტიკოსებს უნდა მიეცეს საშუალება, თვითონვე შეძლონ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღება, პაციენტთა ნებისმიერ პრობლემასთან დაკავშირებით.

8. ზოგად პრაქტიკოსთა ასოციაციების, გასაძლიერებლად აუცილებელია თორმეტი ძირითადი მიმართულების გაძლიერება:

- ა)პროფესიული დამოკიდებულება ბ)ყოველდღიურ პრაქტიკაში პირველი კონტაქტის უფლების მონოპოლირების სამეცნიერო დასაბუთება; გ)მულტიდისციპლინარული ჯგუფების არსებობა; დ)გაფართოვებული პოლიტიკური დავალებები; ე)ცოდნის პროდუქტირება (კვლევების); ეინფორმაციული კონტროლი (დაბალი და მაღალი ტექნოლოგიების გამოყენების საშუალებით); ზ)ეროვნული ჯანდაცვის ფასების კონტროლირებაზე ზეგავლენა; თ)ჯანდაცვის ინდივიდუალური კანონის ხელშეწყობა; ი)მოსახლეობის კმაყოფილება; კ)ლობირება არა მარტო გამომუშავების საკითხებთან მიმართებაში; ლ)ადგილობრივი ზოგადი პრაქტიკოსების, თვითმაკოორდინირებელი მართველობის ხელშეწყობა, ქსელების მსგავსი მოწყობის საშუალებით, მ)სამედიცინო განათლების უწყვეტობის განვითარება და ხელახალი აკრედიტაციის ხელშეწყობა;

9. საქართველოში არსებული ფინანსური დეფიციტის მიუხედავად აუცილებელია, კვლევების მხარდასაჭერი ფონდების შექმნა. კვლევები არაფორმალური პოლიტიკის წყაროა, რადგან ის ზრდის ცოდნისა და ინფორმაციის რესურსებს. საუკეთესო

მოდელის მქონე ქვეყნებში, ზოგად პრაქტიკოსთა კვლევებები კარგადაა განვითარებული, და მხარდაჭერილია უნივერსიტეტებისა და კვლევითი ინსტიტუტების მიერ. ეროვნული და საერთაშორისო სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციები ესმარებიან კვლევებს, ფონდებისა და ბაზისური ნიმუშების წარმოებით, მაგალითად როგორც კლასიფიკაციები და სხვა.

10. საქართველოში ზოგადი პრაქტიკა ძირითადად ჯანდაცვად აღიქმება, რაც მცდარი წარმოდგენაა და დარგისთვის დიდი ზიანის მომტანია. სახელმწიფოდან აუცილებელია მოსახლეობის იფორმირება ამ სტერეოტიპის შესაცვლელად და აღნიშნულისთვის დონისძიებების დაფინანსება.

არ არსებობს პირველადი ჯანდაცვის გამზადებული, საუკეთესო მოდელი, რომლის პირდაპირ კოპირებაცაა შესაძლებელი. პირველად ჯანდაცვაში ზოგადი პრაქტიკოსები მთავარი მოქმედი პირები არიან. პირველადი ჯანდაცვაა წამყვანია ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და დაბალანსების თვალსაზრისით. მთავრობამ და სპეციალისტთა ასოციებმა, მძლავრი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებას ხელი უნდა შეუწყონ უნივერსიტეტების, კვლევების, დამზღვევების, პაციენტებისა და ჯანდაცვის ინდუსტრიის ხელშეწყობით.

ძალზე ცუდია რომ მრავალი კრიტიკული კითხვა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების საკითხთან მიმართებაში უპასუხოდ არის დარჩენილი, ყოველივე ამას მიყვავართ დასკვნამდე, რომ არც ერთმა ქვეყანამ არ უნდა ისარგებლოს მეორის მაგალითით, როგორც რეცეპტით. სრულყოფის მექანიზმები არის მოქმედი პირებისა და დაინტერესებული მხარეების ძირითადი კომპეტენცია.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. kopaleiSvili n. mokvdaoba da sicocxlis saSualo xangrZlivoba saqarTveloSi XX da XXI saukuneebis mijnaze. disertacia. Tbilisi 2005.
2. lorTqifaniZe v. ToTaZe a. saqarTvelos demografiuli ganviTareba. Journ. “demografia” 2002 #5.
3. verulava T. jandacvis ekonomika da dazRveva. 2008. 20-89.
4. gerzmava o. sazogadoebrivi jandacva da menejmenti. 2008. 23-120.
5. ღვედაშვილი ნ. – ჯანდაცვა დროის მოთხოვნით. თბ., 1998.
6. პაიჭაძე ნ., ხომერიკი თ, შიხაშვილი გ., ხვინთელიანი – მენეჯმენტის საფუძვლები, თბ., 2005.
7. ბარათაშვილიე., თაკალანძე ლ., აბრალავაა., მენეჯმენტი და ადმინისტრირება, თბ., 2007.
8. saqarTvelos janmrTelobis dacvis sistemis reorientaciis ZiriTadi mimarTulebebi saqarTvelos jandacvis saministro. jandacvis marTvis nacionaluri centri. Tbilisi 1996. 10-16
9. saxvaZe a. demografiuli etiudebi. Tbilisi 2001. t 1. 52 gv.
10. sulaberiZe a. gerzmava o. gardamavali periodis negatiuri socialur-demografiuli tendenciebi. socialuri ekonomika 2001. #1 gv.23-37.
11. sulaberiZe v. depopulacia da saqarTvelos demografiuli usafrToeba. avtoreferati. Tbilisi 2004.
12. Ciqava d. mosaxleobis aRwarmoebis negatiuri tendenciebi saqarTveloSi da maTi socialur-ekonomikuri Sedegebi “demografiisa da sociologiis problemebi”. Tbilisi 2001, t.1 gv.4-19.
13. Ciqava d. demografiuli kategoriebi da kanonebi. Tbilisi 2002, 78.
14. wulaZe g., maRlaferiZe n. vadaWkoria a. saqarTvelos demografiuli ganviTareba (1960-2000). Tbilisi 2002. 166 gv.
15. wulaZe g., kopaleiSvili n. demografiuli viTareba saqarTveloSi (1990-2000) – epoqa. 2001, #1, gv.99-117
16. Wyonia I. Tbilisis mosaxleobis TviTSenaxviTi qcevis zogierTi sakiTxi. demografiisa da sociologiis problemebi. Tbilisi, 2001, t.1 gv.191-195.
17. xomasuriZe a, niJaraZe T. demografiuli problemebis samedicino aspeqtები. “sabWoTa medicina. 1989, #1, gv.20-23.
18. Васин С.А. Региональные модельные таблицы дожития. Социологические исследования. 1989, №4, с.63-70.

19. Вишневский А.Г. Демографическая революция. М., 1976 – 240 с.
20. Вишневский А.Г. Воспроизводство населения и общество: история, современность и взгляд в будущее. – М., 1982. – 287 с.
21. Вишневский А.Г. Два исторических типа демографического поведения. Социологические исследования. 1987, №6, с.78-88.
22. Вишневский А.Г. Население России. М., 2001. –146 с.
23. Герзмава О. Современные тенденции состояния здоровья и продолжительности населения Грузии. Актуальные проблемы развития демографических процессов в Грузии. Тбилиси, 1990, с. 67-73.
24. Герзмава О. Динамика средней продолжительности предстоящей жизни населения Грузии. Тбилиси, 1990. –168 с.
25. Гуджабидзе В. Демографический переход и старение населения в Грузии. Актуальные проблемы развития демографических процессов в Грузии. Тбилиси, 1990, с.3-16.
26. Демографический энциклопедический словарь. М., 1985. –608с.
27. Демографические процессы и их закономерности. М. 1986. –191 с.
28. Демография Современное состояние и перспективы развития. М., 1997. – с.270.
29. Бедный М.С. Современные демографические процессы и проблемы детства. Ж.Педиатрия, 1990, 5, 5-10.
30. Здоровье детей России (под ред.Баранова А.А.) М., 1999, 272 стр.
31. Баранов А.А. Задачи органов здравоохранения по дальнейшему улучшению мед.помощи женщинам, матерям и детям. Педиатрия, 1988, 1, 6-8.
32. Баранова А.А. Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка на современном этапе. Педиатрия, 1990, 7, 5-10.
33. Гребешева И.И. Планирование семьи. Ж.Планирование семьи, 1994, 1, 3-7.
34. Дмитриева Т.Б. Задачи органов здравоохранения по охране здоровья детей и подростков на современном этапе. Российский педиатрический журнал, 1998, 4, 5-11.
35. Зелинская Д.И. Медико-организационные проблемы детской смертности. Ж.Педиатрия, 1995,5, 5-13.
36. Зелинская Д.И. О выполнении федеральной программы «Дети и инвалиды». Ж.Здравоохранение Российской федерации, 1997, 1, 11-15.
37. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин. Ж. Клинические вести, 1997, 3, 7-10.

38. Серов В.Н., Макацария А.Д. Материнская смертность и пути ее снижения. В книге «Охрана репродуктивного здоровья населения». М., 1997, 45-46.
39. Куркин П. Рождаемость и смертность в капиталистических государствах Европы. М., 1938.
40. Медков В.М. «Бомба депопуляций. Опыт России-Итоги и уроки. Вестник МГУ, сер. 18 социология и политология. 2000, №4, с.60-73.
41. Народонаселение. Энциклопедический словарь. М., 1994. – 640 с.
42. Население России 2001. Отв. ред.А.Г.Вишневский. М., 2002. –216 с.
43. Неравенство и смертность в России. М., 2000. – 107 с.
44. Пизон Ж. Все страны мира (2001). – Население и общество. 2001, №56.
45. Сахвадзе А. Проблемы смертности и продолжительности жизни в Грузии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. Тбилиси, 1991.
46. Статистический ежегодник Южно-Кавказских стран. Армения, Азербайджан, Грузия. Баку, 2002. –378с.
47. Чикава Л. Тенденции структурных изменений населения Грузинской ССР. Актуальные проблемы развития демографических процессов в Грузии. Тбилиси, 1990, с.12-26.
48. А.Н.Bindari-Hammad,D.L.Smith. Primary Health Care Reviews. Guidelines and methods.Geneva, WHO,1992,1-215
49. Adolescent medicine training in pediatric residency programs: are we doing a good job? Pediatrics. 2000, 2,12-34
50. An International Conference on Health Promotion.The move towards a new Public Health. November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada, 1986, 1-520
51. Appels A. Psychosocial stress: methods for its evaluation for the prevention purposes //Internacional conference on preventive cardiology. - Adstracts. Moscow, 1985, 37-37.
52. Arnason S. et al The Legal Rights of the Elderly : Everything You and Your Family Need to Know About Government Benefits, Health Care, Social Security, Veterans Benef). Published 1995
53. Barbara J. Logue Last Rights : Death Control and the Elderly in America (Lexington Books Series on Social Issues) Published 1993
54. Betty R. Navedo Barsa The Independence of Urban Hispanic Elderly : The Growing Need for Social Support Networks (Garland Studies on the Elderly in America) Published 1998

55. Bettyclare Moffatt *An Authentic Woman : Soulwork for the Wisdom Years*. Published 1999
56. Bickman L. Noser K. Summerfelt WT. Long-term effects of a system of care on children and adolescents. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 1999, 26(2):185-202
57. Bobbie R. Graubarth-Szyller, et al *Longevity Therapy : An Innovative Approach to Nursing Home Care of the Elderly* Published 1990
58. Bosse A. Anwendung des biosozial Krankheitsmodells in der Kardiologieam Beispiel einer psychosozialen Anamnese für Patienten mit ischämischer Herzkrankheit //
59. Brothwood M., Nolked D., Jamsu H., Cooper D. Mortality, morbidity, growth and development of babies weighing 501-1000 grams and 1001-1500 grams at birth *Qefa paediatrics*, 1988, 77, 1, 10-18.
60. Brown L., Franco I., Rafeh N., Hatzel T. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Center for Human services, Bethesda, Maryland, 1993, 1-342
61. Bruyniks NP. *Reproductive Health in Central and Eastern Europe*: 23(3): 203-15, 1994 Jul.
62. Burleigh Muten, Sian Bailey *Grandmothers' Stories : Wise Woman Tales from Many Cultures* Published 1999
63. Cam Donaldson, Karen Gerard. *Health Care Financing. The visible Hand*. London. The Macmillan Press LTD. 1994, 1-209
64. Caroline Rob, Janet Reynolds *The Caregiver's Guide : Helping Elderly Relatives Cope With Health and Safety Problems*. Published 1992
65. Carter Henderson *Funny, I Don't Feel Old! : How to Flourish After 50* Published 1997
66. Cathleen Rountree *On Women Turning 60 : Embracing the Age of Fulfillment* Published 1998
67. Cathleen Rountree, et al *On Women Turning 60 : Embracing the Age of Fulfillment* Published 1997
68. Cay E.L. Vetter H.J. et al. Practical aspects of Cardiac Rehabilitation. Psycho-social factors. *J. of Cardiology*, 1983, 5, 646-655
69. Chambers C. *Our Aging Population : The Social Security Crisis*. 1999
70. Charan I.S. Causes of early neonatal mortality *Indian Pediatr*, 1992, 29, 6, p 781-783
71. Charles M. Brain *Social Security at the Crossroads : Public Opinion and Public Policy (Garland Studies on the Elderly in America)*. Published 1991

72. Christopher Garbacz. Economic Resources for the Elderly : Prospects for the Future.1998
73. Consoli S.M. Stress as arisk factor // Ann Cardiol Angeiol. Paris. 1989, Dec. 15., 38 (9 pt2); 591-594.
74. Corehiu C, Paone M. - Morthality in the first week of and mode of deliury. Qefa pediatr. Seand, 1985, 74, 41, 70-76
75. Cornelia Blair Growing Old in America Published 1919
76. Country Report Turkey. World Health Organization (WHO), Geneva 1996,
77. David Tomb Growing Old : A Handbook for You and Your Aging Parent Published 1984
78. Delius L. Pshychosomatic syndromes associated with cardiovascular diseases. Reabilitation Therapy for psychosomatic disorders. Basle, 1981, 58-68
79. Derek A. Sanders Management of Hearing Handicap: Infants to Elderly Published 1992
80. Diana Star Helmer Let's Talk About When Someone You Love Is in a Nursing Home Published 1999
81. Donald E.Kieso, Jerry J.Weygandt. Intermediate accounting. New-York, John Wiley and Sons,1996,1-1283
82. Donald J. Murphy Honest Medicine : Shattering the Myths About Aging and Health Care Published 1996
83. Doyal L., Gough I. A theory of social needs. London, Macmilan, 1991,
84. Duane Brown How to Find Your New Career upon Retirement Published 1994
85. Eda J. Leshan It's Better to Be over the Hill Than Under It : Thoughts on Life over Sixty Published 1990
86. Eda Leshan I Want More of Everything Published 1994
87. Edward Miles Grant Funding for Elderly Health Services Published 1996
88. Enid O. Cox, Ruth J. Parsons Empowerment-Oriented Social Work Practice With the Elderly Published 1993
89. Eveline M. Burns and the American Social Security System, 1935-1960 (Garland Studies on the Elderly in America). Published 1991
90. F. Ellen Netting(Editor), Frank G. Williams Enhancing Primary Care of Elderly Persons (Garland Reference Library of Social Science, V. 1142) Published 1998
91. F. Hampton Roy, Charles Russell The Encyclopedia of Aging and the Elderly Published 1992

92. Galdeberg RL, Koski I, Serguson C, Wogne J, Nelson Kg. Infant mortality, relationship between neonatal and postneonatal mortality during a period of increasing perinatal center utilization *J Fedatr.*, 1985, 106, 2, 301-303
93. Gene Rothert, Laurie Noffs *The Enabling Garden : A Guide to Lifelong Gardening* Published 1993
94. George H. Zimny *Guardianship of the Elderly : Psychiatric and Judicial Aspects* (Springer Series on Ethics, Law and Aging Published 1998)
95. Gerald A. Larue *Long-Term Care in an Aging Society : Choices and Challenges for the '90s* Published 1992
96. Galdeberg RL, Humphrey I.L., Hale C.B. Lethal congenital anomalies as a cause of birth-weight specific neonatal mortality *Jama*, 1983, vol 250, 4, 513-515
97. Halpern-Felsher BL. Ozer EM. Millstein SG. Wibbelsman CJ. Fuster CD. Elster AB. Irwin CE Jr. Preventive services in a health maintenance. Organization: how well do pediatricians screen and educate adolescent patients? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 154(2):173-9, 2000 Feb.
98. *Healing the Female Heart : A Holistic Approach to Prevention and Recovery from Heart Disease* ~ Elizabeth Ross, Judith Sachs, Published 1996, 1-8
99. Hobbs M., Jamrozik K. *Medical Care and Public Health.* Oxford Text-book of Public Health. 2nd Ed. Oxford:Oxford University Press. 1990:1.197-213.
100. Hodges K. Wong MM. Latessa M. Use of the Child and Adolescents Functional Assessment Scale (CAFAS) as an outcome measure in clinical settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research.* 1999, 1,212-219.
101. Holst K., Menningsen J., Hildebrand J. The unborn and newborn. Child; Risk Factors predicting perinatal morbidity and mortality in 4138 infants. *Acta obstet. gynecol. Scand.*, 1989, 68, 8, 707-712
102. James A. Wilkinson *A Family Caregiver's Guide to Planning and Decision Making for the Elderly.* Published 1999
103. James E. Birren et al *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly.* Published 1991
104. James G. Snell *The Citizen's Wage : The State and the Elderly in Canada, 1900-1951* Published 1996
105. Jane Stoneham *Landscape Design for Elderly and Disabled People* Published 1996
106. Jane Weston Wilson *Eating Well : When You Just Can't Eat the Way You Used to* Cookbook Published 1998

107. Janet K. Belsky *Here Tomorrow : Making the Most of Life After Fifty* Published 1988
108. Janna L. Dieckmann, et al *Caring for the Chronically Ill : Philadelphia, 1945-1965* (Garland Studies on the Elderly in America). Published 1999
109. Jeffrey A. Rhoades *The Nursing Home Market : Supply and Demand for the Elderly* (Garland Studies on the Elderly in America Published 1998)
110. John C. Rife *Employment of the Elderly* Published 1995
111. Jon Pynoos *Housing Frail Elders : International Policies, Perspectives, and Prospects* Published 1995
112. Jon Qiang Lu, Jon Quiang Lu *Ethnic Choices and Independent Living Among the Elderly : Change and Transition in Rhode Island* (Garland Studies on the Elderly in America) Published 1998
113. Joseph E. Teaff *Leisure Services With the Elderly* Published 1990
114. Ken Woodhouse, Juanita Pascual *Hypertension In Elderly People* Published 1996
115. Kevin F. McCarthy. *The changing geographic distribution of the elderly : estimating net migration rates with social security data.* 1998
116. Kevin H. Kirkland, Howard McIlveen *Full Circle : Spiritual Therapy for the Elderly* (Haworth Activities Management) Published 1998
117. Key JD. Marsh LD. Darden PM *Adolescent medicine in pediatric practice: a survey of practice and training.* *American Journal of Medical Sciences.* 1999, 6, 43-56.
118. Laura Katz Olson *The Graying of the World : Who Will Care for the Frail Elderly? ~* Published 1994
119. Lawrence A. Frolik, Melissa C. *Advising the Elderly or Disabled Client : Legal, Health Care, Financial and Estate Planning,* 1992
120. Leon Chertok, Ramond de Saussure. *The therapeutic Revolution.* From Mesmer to Freud. New York, Brunner Masel, Publ. 1979, 1-207
121. Luke Gormally *The Dependent Elderly : Autonomy, Justice and Quality of Care* Published 1992
122. Lynn Peters Adler *Centenarians : The Bonus Years* Published 1995 Chung Lee *Loves Lobsters,* 1995
123. Marilyn Moon, Janemarie Mulvey *Entitlements and the Elderly : Protecting Promises, Recognizing Reality* Published 1996
124. Mark E. Williams. *The American Geriatrics Society's Complete Guide to Aging & Health.* Published 1995

125. Mark R. Wicclair Ethics and the Elderly Published 1993
126. Mary Ann Anderson, Judith V. Braun Caring for the Elderly Client. Published 1995
127. Mary Joy Quinn, et al Elder Abuse and Neglect : Causes, Diagnosis, and Intervention
128. Mary K. Kouri Keys to Survival for Caregivers (Barron's Keys to Retirement Planning) Published 1992
129. Mary M. Burke Gerontologic Nursing : Wholistic Care of the Older Adult Published 1996
130. Meireis H Achieving uniformity of documentation in child and adolescent health care. Child and adolescent medicine electronic data processing scope convention as the basis of GBE, Dresden Public Health Service Congress, May 1995
131. Meireis H. Quality assurance in child and adolescent public health care. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing.
132. Nigeria 1990: results from the Demographic and Health Survey. Studies in Family Planning. 1992, 23(3):211-215,.
133. Pamela Camille Getting Older, Getting Fleeced : The National Shame of Financial Elder Abuse and How to Avoid It Published 1996
134. Parker Sandra, Will Carol Activities for the Elderly : A Guide to Working With Residents With Significant Physical and Cognitive Disabilities (Activities Series). Published 1998
135. Patricia J. Brownell Family Crimes Against the Elderly : Elderly Abuse and the Criminal Justice System (Garland Studies on the Elderly in America) Published 1998
136. Patricia Stockton, David L. Rabin Long-Term Care for the Elderly Published 1987
137. Patrick B. Mullen Listening to Old Voices : Folklore, Life Stories, and the Elderly (Folklore and Society) Published 1997
138. Peggy Downes The New Older Woman : A Dialogue for the Coming Century Published 1995
139. Perrin JM Innovations in clinical care for children and adolescents AHSR & FHSR Annual Meeting Abstract Book. 13:64
140. Peter J. Strauss, Nancy M. Lederman The Elder Law Handbook : A Legal and Financial Survival Guide for Caregivers and Seniors Published 1996
141. Peter Townsend, Nick Davidson. Inequalities in Health. The Bleack Report. New Edition Revised and Updated. Penguin books S. 1987, 1-449
142. Poowell P.I. Accident prevention -a practical framework. Society for the Prevention of Accidents. UK, Surrey, 1972, 14-19

143. Promoting Health in the Community. Course Manual. University of Toronto,1996,1-546
144. Quetelet A. - Влияние времени года на смертность в детском возрасте. *Kinderarzt. Peakis*, 1981, 12, 9, 1331-1336
145. Regnier Victor, et al Assisted Living for the Aged and Frail : Innovations in Design, Management, and Financing. Published 1995
146. Richard A. Posner Aging and Old Age. Published 1996
147. Richard D. Thau Generations Apart : Xers Vs. Boomers Vs the Elderly (Contemporary Issues) Published 1997
148. Richard P.Wenzel Assessing quality Health Care. Perspectives for Clinicians. Baltimor, Williams and Wilkins, 1992, 1-516
149. Robert Coles, et al. Old and on Their Own. Published 1998
150. Robert D. Orr, et al More Life & Death Decisions : Help in Making Tough Choices About Care for the Elderly, Euthanasia, and Medical Treatment Options Published 1997
151. Robert J.Taylor, Susan B.Taylor Manual of Health Services Management. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publ. Inc. 1994, 1-608
152. Rocha SM. De Lima RA. Scochi CG. Vendrusculo DM. Mello DF. Qualitative study on integrated care for children and adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 1998, 6(5):5-15,.
153. Ruth Harriet Jacobs. Be an Outrageous Older Woman. Published 1997
154. Ruth Whybrow Caring for Elderly Parents. Published 1996
155. Schirm H Quality assurance in child and adolescent public health care. Dresden Public Health Service Congress, 1995.
156. Scope of health care benefits for newborns, infants, children, adolescents, and young adults through age 21 years. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing.
157. Settertobulte W Wishes and realities: regional structures of cooperation and coordination of medical and psychosocial services for children and adolescents. Dresden Public Health Service Congress, May 1995
158. Sherman Y., Mattheus D., Bogd R. Qvoidable factors in child death. *Qrch. Dis. Child*, 1983, 51, 11-13
159. Sheryl Mara Zang Home Care of the Elderly Published 1998
160. Stein Ringen Fighting Poverty : Caring for Children, Parents, the Elderly and Health (International Studies in Social Security Published 1999

161. Stein Ringen Fighting Poverty : Caring for Children, Parents, the Elderly and Health (International Studies in Social Security Published 1999
162. Stevens A., Raftery J. Health care needs assesment. Oxford, Radcliffe, 1994,9
163. Strategies (Springer Series on Social Work) Published 1997
164. Susan C. Walker Keeping Active : A Caregiver's Guide to Activities With the Elderly Published 1994
165. Syme S.L. Social and psychological risk-factors in coronary heart disease. Medical concepts of cardiovascular diseases. 1985, 44, 4, 17-21
166. Tasch C. Dutting T. Zieger B. Troger J. The quality of the care of children and adolescents within the realm of conventional x-ray diagnosis-a pilot study. Rofo. Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen und der Neuen Bildgebenden Verfahren. 1999, 171(2):121-5.
167. The American Medical Women's Association Guide to Cardiovascular Health ~ Roseline Epps (Editor), American Medical Women's Association (Editor) / Mass Market Paperback / Published 1997,46-51
168. The Elderly person with failing vision : a report to the Department of Health and Social Security, May, 1979
169. The Heart Attack Prevention & Recovery Handbook, Heart Disease (Health Watch)~John Coopersmith Gold et al, Published 1995,451
170. Thomas W. Miller, et al Clinical Handbook of Adult Exploitation and Abuse Published 1998
171. Update on adolescent health care in pediatric practice [see comments]. Journal of Adolescent Health. 1999, 4, 31-39.
172. Walter J. Gaffney Aging. Published 1976
173. Warren R. Selman, Edward C. Benzel Neurosurgical Care of The Elderly Published 1999
174. Webb E. Naish J. MacFarlane A. Planning and commissioning of health services for children and young people. Journal of Public Health Medicine 1999, 12,:1-21.
175. Wickizer TM. Lessler D. Boyd-Wickizer J. Effects of health care cost-containment programs on patterns of care and readmissions among children and adolescents.American Journal of Public Health 1999, 89(9):1353-8,.
176. William B. Abrams The Merck Manual of Geriatrics (1995) Published 1995
177. William M.Pride, O.C.Ferrell. Marketing. Seventh Edition.Houghton Mifflin Co.Boston, 1991,1-774

178. Wise PH, First L.R, Lamb G.A. Qn avoling repationship among infant mortality, health core and spcio-economic change. Pediatrics, 1988, 81, 4, 542-548.
179. Wissensch. Zkarl Marx Univ. 1986, 35, N 2, 161-167.
180. Yerard P, Bachy A, Battisti O. Mortaliti of 504 infants weiting less than 1501g. of birth and treatsd in four neonatol inteusive care units of South Between. 1976 and 1980 Eurip. of. Pediatr., 1985, 144, 3, 219-224.
181. Dialogue on International Migration and Development Round Table 1 September 14, 2006 p.1-9

დანართი I

კითხვარი: სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

1. სქესი:

1. მამრობითი 2. მდედრობითი

2. ასაკი: -----

3. ოჯახური მდგომარეობა:

1. დაოჯახებული
2. დასაოჯახებელი
3. განქორწინებული
4. ქვრივი
5. სხვა

4. საცხოვრებელი ადგილი

1. ქალაქი
2. რაიონი
3. სხვა

5. საშუალოდ ყოველთვიური შემოსავალი ?

1. 100-200;
2. 200-400;
3. 400-1000;
4. 1000-მეტი
5. სხვა

6. განათლება:

1. უმაღლესი;
2. საშუალო;
3. არასრული
4. არც ერთი

7. თქვენი საქმიანობის ტიპი:

1. ფიზიკური სამუშაო;
2. ინტელექტუალური სამუშაო;
3. უმუშევარი
4. არც ერთი

8. ოჯახის წევრთა რაოდენობა : -----

9. გყავთ თუ არა ოჯახის ექიმი?:

1. დიახ
2. არა

10. რამდენად ხშირად მიმართავთ ექიმს?

1. თვეში ერთხელ,
2. წელიწადში ერთხელ,
3. საჭიროებისამებრ;
4. უკიდურესი აუცილებლობის შემთხვევაში
5. არასოდეს

11. რამდენად ხშირად გიხდებდა საავადმყოფოში მკურნალობა?

1. წელიწადში ერთხელ
2. მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში
3. არასოდეს
4. სხვა

12 რას ანიჭებთ უპირატესობას ?

1. მკურნალობა;
2. პროფილაქტიკური გამოკვლევა.

13 როდესაც ექიმის კონსულტაცია გჭირდებათ ვის მიმართავენ ?

1. თქვენთვის ნაცნობ ექიმს
2. ნებისმიერ უახლოეს პოლიკლინიკის (უბნის) ექიმს.
3. საავადმყოფოს ექიმს
- 4 სხვა

14. თქვენი აზრით საჭიროებს თუ არა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებას?

1. დიახ
2. არა
3. არ ვიცი
4. სხვა

15. რა აზრისა ხართ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიმდინარე რეფორმის შესახებ, რომელიც

გულისხმობს 100 ახალი საავადმყოფოს აშენებას?

1. ძალიან მომწონს
2. მომწონს
3. ვფიქრობ ეს არაფერს შეცვლის
4. არ მომწონს
5. წინააღმდეგი ვარ
6. არც ერთი.

16 თქვენთვის რა წარამოადგენს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პრიორიტეტს?

1. მკურნალობის გაიაფება
2. მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება
3. მკურნალობის თანაბრად ყველასათვის ხელმისაწვდომობა
4. არც ერთი

17 თქვენი აზრით პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შედეგად:

1. გაიზრდება მკურნალობის ფასი
2. შემცირდება მკურნალობის ღირებულება
3. გახდება თანაბრად ხელმისაწვდომი
4. გახდება უფრო ეფექტური

5. სხვა

18 თქვენი აზრით რომელი დაავადებებია დღესდღეობით საქართველოში ყველაზე მეტად გავრცელებული?

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები
2. ენდოკრინული დაავადებები
3. ინფექციური დაავადებები
4. ონკოლოგიური დაავადებები
5. სხვა.

19 თქვენი აზრით არის თუ არა ამჟამად ჯანდაცვის სერვისი ძვირი?

1. კი
2. არა
3. არ ვიცი
4. სხვა

20 თქვენი აზრით რა ტიპის გადასახადია უფრო მოსახერხებელი პაციენტისთვის ?

1. არაოფიციალური
2. ფიქსირებული
3. დაზღვევით
- 4 არც ერთი
5. სხვა

21 ახერხებთ თუ არა ექიმის მიერ გამოწერილი წამლების შეძენას?

1. კი
2. არა
3. სხვა.

22 როგორია თქვენი ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობა?

1. კარგი
2. ცუდი
3. არც ერთი
4. სხვა

23 რამდენად ხშირად სვამთ ალკოჰოლურ სასმელებს ?

1. ყოველ დღე
2. ხშირად;
3. იშვიათად;
4. არასოდეს
5. სხვა

24 ხართ თუ არა მწვეველი?

1. კი
2. არა

25 რადენად ახერხებთ სრულფასოვან კვებას?

1. 1-2 დღე კვირაში;
2. 3-5 დღე კვირაში
3. 6-7 დღე კვირაში
4. ვერასოდეს,
5. სხვა

26. მისდევთ თუ არა ცხოვრების ჯანსაღ წესს (რაიმე სპორტის სახეობას)?

1. კი 2. არა 3. სხვა

27. მიგაჩნიათ თუ არა რომ სამედიცინო მომსახურება დღესდღეობით ხელმისაწვდომია?

1 კი 2. არა 3. არ ვიცი 4. სხვა

28. მოგწონთ თუ არა სადაზღვეო სისტემა?

1. კი 2. არა 3. არ ვიცი 4. სხვა

29. მიგაჩნიათ თუ არა რომ დაზღვევით სამედიცინო სერვისი უფრო ხელმისაწვდომია?

1. კი 2. არა 3. არ ვიცი 4. სხვა

30. ხართ თუ არა დაზღვეული?

1. კი 2. არა 3. სხვა