

## DEVELOPMENT OF SOCIAL HEALTH INSURANCE IN GEORGIA

### ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარება საქართველოში

**Tengiz Verulava**

Doctor of Medicine, Caucasus University,  
Tbilisi, Georgia  
ORCID ID: 0000-0001-8110-5485  
(+995) 577 28 48 49; tverulava@cu.edu.ge

**Avtandil Jorbenadze**

Doctor of Medicine, Chairman of the Supervisory Board  
of Chapidze Emergency Cardiology Center,  
Tbilisi, Georgia  
ORCID ID: 0000-0001-5008-8600  
avtandil.jorbenadze@ecc.ge

#### **Abstract**

In 1995, the social health insurance system (Bismarck model) was introduced in Georgia. The social insurance system is more focused on the market mechanisms, where the responsibility for health will be equally and fairly distributed between the state, the employer and the employee. Despite the achievements, the introduction of social health insurance in Georgia turned out to be way too difficult. Due to ongoing economic crises, the state failed to finance its promised commitments, resulting in a chronic shortage of funding for health care system. In 2004, the United National Movement abandoned the idea of building a social insurance system and switched to a general tax financing model (Beveridge model), where the state takes a dominant lead, and the healthcare is financed from state budget. The same continued in 2012, by the new political party that came to power - "Georgian Dream - Democratic Georgia". Given that the social insurance system is the best way of mobilizing additional funds and therefore providing sustainable funding for health sector, it is advisable to promote social insurance development. The healthcare sector needs consistent, continued and successive reforms. Despite the change of governments, the strategic course should not change drastically in the long run and the achievement should not be denied due to the political climate change.

**Key words:** Social Insurance system, healthcare reforms, General Tax-financed healthcare model.

**თენგიზ ვერულავა**

მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი  
თბილისი, საქართველო  
ORCID ID: 0000-0001-8110-5485  
(+995) 577 28 48 49; tverulava@cu.edu.ge

**ავთანდილ ჯორბენაძე**

მედიცინის დოქტორი, ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის  
სამეთვალყურეო საბჭოს თავმჯდომარე  
თბილისი, საქართველო  
ORCID ID: 0000-0001-5008-8600  
avtandil.jorbenadze@ecc.ge

**აბსტრაქტი**

1995 წელს საქართველოში დაინერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა (ზისმარკის მოდელი). სოციალური დაზღვევის სისტემა უფრო მეტად არის ორიენტირებული საბაზრო მექანიზმების დანერგვაზე, სადაც პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობაზე თანაბრად და სამართლიანად გადანაწილდება სახელმწიფოზე, დამქირავებელსა და დაქირავებულზე. მიუხედავად მიღწევებისა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე რთული აღმოჩნდა. ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს. 2004 წელს ერთიანმა ნაციონალურმა მოძრაობამ უარი თქვა სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაზე და გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯის მოდელი) სისტემაზე, რომელიც გამორიცხავს დაზღვევის პრინციპს, რადგან სახელმწიფო დომინანტურ როლს ასრულებს, ხოლო დაზღვევის ნაცვლად, ჯანდაცვა მთლიანად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. იგივე გაგრძელდა 2012 წელს, ხელისუფლებაში მოსული ახალი პოლიტიკური პარტიის – „ქართული ოცნება - დემოკრატიული საქართველო“ მიერ. იმის გათვალისწინებით, რომ სოციალური დაზღვევის სისტემა ყველაზე უკეთ ახდენს ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებას და შესაბამისად მდგრად დაფინანსებას, მიზანშეწონილია ქვეყანაში სოციალური დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა. ჯანდაცვის სფერო საჭიროებს რეფორმირების თანმიმდევრულობას, უწყვეტობას და მემკვიდრეობითობას.

**საკვანძო სიტყვები:** სოციალური დაზღვევის სისტემა, ჯანდაცვის რეფორმები, ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელი.

**შესავალი**

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სოციალური დაზღვევის მოდელზე. შემოდებულ იქნა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანი 3%, რომელშიც 2%-ს იხდიდა დამქირავებელი, ხოლო 1%-ს დაქირავებული. სამედიცინო „გადასახადის“, ხოლო შემდეგ „სადაზღვევო

შენატანის” დაკანონებით შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი. სადაზღვევო შესატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში. გარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის შესატანისა, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროს შეადგენდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი, რომელიც იქმნებოდა ზოგადი სახელმწიფო შემოსავლებით. ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი უმთავრესად განკუთვნილი იყო იმ პირთა სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად, რომელნიც არ იყვნენ დასაქმებული.

ჯანდაცვის რეფორმების შედეგად ყოველწლიურად იზრდებოდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ და ის მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა.

მიუხედავად მიღწევებისა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე მეტად რთული აღმოჩნდა, რაც დაკავშირებული იყო საქართველოში არაფორმალური ეკონომიკის დიდ წილთან, უმუშევრობის მაღალ დონესთან და მძიმე მაკროეკონომიკურ შეზღუდვებთან. ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების დაფინანსებას.

2004 წელს საქართველომ უარი თქვა სოციალური დაზღვევის სისტემის ბისმარკის მოდელზე და გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელზე, რამაც შეიწირა სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარების საწყისი ჩანასახები. იგივე გაგრძელდა 2012 წელს, ხელისუფლებაში მოსული ახალი პოლიტიკური პარტიის – „ქართული ოცნება - დემოკრატიული საქართველო“ მიერ.

ნაშრომის მიზანია 1995 წელს საქართველოში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვის აუცილებლობის შესწავლა, კერძოდ, თუ რატომ აირჩია საქართველომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის მოდელი) და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელი და რა გამოწვევებთან იყო დაკავშირებული მისი განვითარება.

## მეთოდი

საკვლევი საკითხის შესასწავლად გამოყენებულია ანალიტიკური მეთოდი; კვლევა ეფუძნება სამეცნიერო ლიტერატურაში გამოთქმული მოსაზრებების, პუბლიკაციების მოძიება-შეკრებას, მონაცემთა კრიტიკულ გააზრებას, სინთეზს და შინაარსობრივ ანალიზს. მოპოვებული წყაროებისა და მონაცემების შეკრება-შეჯერებისა და გააზრების საფუძველზე გამოტანილია შესაბამისი დასკვნები.

## შედეგები

სოციალური დაზღვევის სისტემა უფრო მეტად არის ორიენტირებული საბაზრო მექანიზმების დანერგვაზე, სადაც პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობაზე თანაბრად და სამართლიანად გადანაწილდება სახელმწიფოზე,

დამქირავებელსა და დაქირავებულზე. 1995 წელს საქართველოში დაინერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა (ბისმარკის მოდელი). ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევით საქართველო მიყვებოდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მიმდინარე პროცესებს. მიუხედავად მიღწევებისა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე რთული აღმოჩნდა. ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს. შემდგომ პერიოდში ახალმა მთავრობამ უარი თქვა სოციალური დაზღვევის სისტემაზე და გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯის მოდელი) სისტემაზე, რომელიც გამორიცხავს დაზღვევის პრინციპს, რადგან სახელმწიფო დომინანტურ როლს ასრულებს, ხოლო დაზღვევის ნაცვლად, ჯანდაცვა მთლიანად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. იმის გათვალისწინებით, რომ სოციალური დაზღვევის სისტემა ყველაზე უკეთ ახდენს ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებას და შესაბამისად მდგრად დაფინანსებას, მიზანშეწონილია ქვეყანაში სოციალური დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა.

### **მსჯელობა**

საბჭოთა პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ეფუძნებოდა სემაშკოს ტიპის ჯანდაცვის მოდელს. სახელი მომდინარეობს საბჭოთა ექიმ ნ.ა. სემაშკოგან, რომელმაც 1918 წელს შემოიღო ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალიზებული სისტემა, რაც უზრუნველყოფდა უფასო სამედიცინო დახმარებას მთელი მოსახლეობისთვის. სემაშკოს ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა და ადმინისტრირება ხორციელდებოდა მკაცრად ცენტრალიზებულად და სრულიად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას. ჯანდაცვის ყველა დაწესებულება იყო სახელმწიფო საკუთრებაში. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყაროს შეადგენდა სახელმწიფო ზოგადი გადასახადები. სამედიცინო ორგანიზაციები ფინანსდებოდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების საფუძველზე და დამოკიდებული იყო საავადმყოფოს სიმძლავრეზე, პერსონალის რაოდენობასა და საწოლთა ფონდზე (გზირიშვილი 2012); (ვერულავა, 2016). ის განაპირობებდა რესურსების მართვისა და დაგეგმარების მოუქნელობას. დანახარჯის თითოეული მუხლის მკაცრად განსაზღვრის გამო, საავადმყოფოს არ ჰქონდა უფლება ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების სახეობებს შორის მოეხდინა რესურსების გადანაწილება. დაფინანსების გაზრდის მიზნით სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებული იყო გაეზარდა პერსონალის და საწოლების რაოდენობა, რაც ამცირებდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

დაფინანსების არსებული სისტემის პრობებში სამედიცინო პერსონალს არ ჰქონდა სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხით გაწევის სტიმული. მოძველებული კლინიკური პრაქტიკის შედეგად სისტემა არ ახდენდა მოსახლეობის საჭიროებებზე სათანადო რეაგირებას (Figueras et al., 2005).

ამავე დროს, ერთმანეთისაგან არ იყო გამოყოფილი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი (სამედიცინო დაწესებულება) და დამფინანსებელი

(ჯანდაცვის სამინისტრო), ანუ ჯანდაცვის სამინისტრო წარმოადგენდა როგორც სამედიცინო მომსახურების ექსკლუზიურ მიმწოდებელს, ასევე შემსყიდველს, რაც ამცირებდა ჯანდაცვის ხარჯებზე მონიტორინგის და შესაბამისად ხარჯების შეკავების სტიმულს (Grielen et al. 2000).

მიუხედავად იმისა, რომ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის დროს სახელმწიფოს მიერ გაცხადებული იყო მედიცინის პროფილაქტიკური ხასიათი, ძირითადი ძალისხმევა და ინვესტიციები მიმართული იყო ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე. ჯანდაცვის სისტემა ორიენტირებული იყო ჰოსპიტალურ სექტორის განვითარებაზე და შედარებით ნაკლები ყურადღება ექცეოდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და პრევენციას, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის როლის ზრდას (ვერულავა, 2021). პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არასათანადოდ განვითარების გამო მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა მას, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ძირითადი სახეობების მიწოდება ხდებოდა საავადმყოფოებისა და სპეციალიზებული პოლიკლინიკების საშუალებით (Verulava, Jorbenadze, 2022). აქედან გამომდინარე, რესურსის უმრავლესობა ნაწილდებოდა ჰოსპიტალურ სექტორზე, სადაც მუშაობდნენ ექიმ-სპეციალისტები. სისტემის წარმატებით ფუნქციონირების ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად ითვლებოდა გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა, რაც, თავის მხრივ, იწვევდა სწრაფვას საწოლებისა და ექიმ-სპეციალისტების სიჭარბისაკენ. ყოველივე აღნიშნული უარყოფითად მოქმედებდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

სისტემას აინტერესებდა არა იმდენად პაციენტის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება და მისი პრობლემების გადაჭრა, არამედ ქსელის ხელოვნური გაფართოება. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის ობიექტების ტექნოლოგიური და მატერიალური ფუნდამენტი მორალურად და ფიზიკურად მოძველებული ან თითქმის დანგრეული იყო (ჯანდაცვის ობიექტების ნახევარზე მეტი 1940 წლამდე იყო აშენებული), სახელმწიფო არსებულის განახლებისა ან თუნდაც შენარჩუნების ნაცვლად გამოყოფდა სახსრებს ახალი ობიექტების ასაშენებლად. 1988 წელს ჯანდაცვის 115 ობიექტი რჩებოდა მშენებარე სტადიაზე, რომელთა უმრავლესობა შემდგომ პერიოდშიც დიდხანს რჩებოდა დაუმთავრებელი (Roeder et al. 2014).

საქართველოში არსებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემა ვერ პასუხობდა თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებს და დღევანდელი მზარდ მოთხოვნებს. საბჭოთა პერიოდში სამედიცინო პროფესიის პრესტიჟულობამ, საბჭოთა პროფესიული დახელოვნების სისტემაში არსებულმა ნაკლოვანებებმა გამოიწვია საექიმო კადრების სიჭარბე და შედარებით დაბალი კვალიფიკაცია. ექიმთა უზრუნველყოფის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო მსოფლიოში, რაც ხარისხის ნაცვლად ჯანდაცვის სისტემის ექსტენსიური გზით განვითარებაზე მიუთითებდა. ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული იყო 120 ათასზე მეტი ადამიანი. 1990 წელს მოსახლეობის 1000 სულზე მოდიოდა 5.2 ექიმი, მაშინ როცა ყოფილ საბჭოთა კავშირში ეს მაჩვენებელი 3.9-ს, ევროგაერთიანებაში – 3.1-ს (საფრანგეთში – 2,6-ს, იტალიაში – 2,2-ს,) შეადგენდა, ხოლო ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში – 2.4-ს (Chanturidze et al. 2002), აშშ-ში – 2,8-ს, იაპონიაში

- 2,1-ს. ჯანდაცვის მუშაკების დაბალი შრომის ანაზღაურების გამო, ნაკლები იყო მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სტიმული.

ჯანდაცვის საბჭოურ მოდელში პაციენტი აღიქვამდა საკუთარ ჯანმრთელობას არა როგორც ეკონომიკურ კატეგორიას, რომლისადმი მას უნდა გააჩნდეს საკუთარი წილი პასუხისმგებლობა, არამედ როგორც უმთავრესად სოციალისტური სახელმწიფოს საზრუნავს. სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება „საყოველთაო და უფასო სამედიცინო დახმარება“ გულისხმობდა, რომ მოსახლეობა უნდა ყოფილიყო უზრუნველყოფილი განსაზღვრულად გარანტირებული სამედიცინო დახმარებით. მაგრამ, ამგვარი გარანტიების მიუხედავად, პიროვნების უფლება მისი ჯანმრთელობის დაცვაზე გარკვეულწილად ირღვეოდა, ვინაიდან მას არ ჰქონდა სურვილისამებრ სამკურნალო დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის თავისუფალი არჩევის საშუალება. მომსახურება უფასო იყო ყველასთვის, თუმცა მაღალი იყო არაფორმალური, ე.წ. ჯიბიდან გადახდის დონე, რადგან უმეტეს შემთხვევებში, ავადმყოფს მაინც უხდებოდა “ექიმის ჰონორარის” თავისი სახსრებით გადახდა.

1991 წელს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, პირველი ოთხი წლის განმავლობაში, საქართველომ განიცადა სამამულო და სამოქალაქო ომების, საბჭოთა კავშირის დანგრევის შემდგომ შექმნილი მძიმე ეკონომიკური კრიზისების რთული პერიოდი. 1990-1994 წლებში მოსახლეობის ერთ სულზე მთლიანი შიგა პროდუქტი (მშპ) დაახლოებით \$8,000-დან \$2,200-მდე, ანუ 70%-ით შემცირდა. 1994 წელს ინფლაციის წლიურმა დონემ 7840%-ს გადააჭარბა, ხოლო სამრეწველო წარმოება შემცირდა ნახევარზე მეტით (პაპავა 2013).

ქვეყანაში შექმნილმა მწვავე ეკონომიკურმა კრიზისმა გამოიწვია ჯანდაცვის სისტემის მოშლა. მკვეთრად შემცირდა ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. 1990-იანი წლების დასაწყისში სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის წილი 13.2%-დან (1991) 0.54%-მდე (1994) შემცირდა (World Bank, 2012). 1985–1994 წლებში ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები მოსახლეობის ერთ სულზე \$95,5-დან \$0,81-მდე შემცირდა (ჯინჯოლავა 1998). ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 1995 წელს 4.9%-მდე შემცირდა (Gzirishvili et al. 1997). ჯანდაცვის ხარჯები მოსახლეობის ერთ სულზე 1985 წელს 95,5 აშშ დოლარს შეადგენდა, 1990 წელს - 13 დოლარს, ხოლო 1994 წლისათვის 0,90 დოლარამდე დაეცა (Gamkrelidze et al. 2002).

სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის დასაფინანსებლად გამოყოფილი სახსრები მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა სამედიცინო მომსახურების მინიმალურად აუცილებელ საჭიროებას (ჯორბენაძე, 1995). არსებული ეკონომიკური კრიზისის შედეგად, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება იმდენად სიმბოლური გახდა, რომ წლიური შემოსავალი თვიურ საარსებო მინიმუმზე ნაკლებს შეადგენდა. დაბალი ანაზღაურების გამო, მკვეთრად შემცირდა ექთნების რაოდენობა. საქართველოში ერთ ექიმზე ექთნების თანაფარდობა 1991 - 1994 წლებში 2.2-დან 1.9-მდე შემცირდა, რითაც ის ერთ-ერთ ბოლო ადგილზე აღმოჩნდა ევროპაში. შედარებისათვის, ევროპის

რეგიონში ეს თანაფარდობა შეადგენს 2.3-ს ექთანს ერთ ექიმზე, ბელგიაში - 6-ს, შვეიცარიაში - 5.3-ს, ხოლო გერმანიაში - 3.4-ს. ჯანდაცვის სექტორში საექთნო კადრების ასეთი სიმცირე უარყოფითად ზემოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. დაბალი ხელფასებისა და არასტაბილური ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, ბევრმა ცნობილმა სპეციალისტმა დატოვა სამუშაო და ქვეყანაც (Kalandadze et al. 1999).

ჯანდაცვაზე მწირი სახელმწიფო დანახარჯების შედეგად ადამიანებს საკუთარი ჯიბიდან უწევდა სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები. უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობა უსახსრობის გამო ვერ იღებდა სასიცოცხლოდ აუცილებელ სამედიცინო დახმარებას. გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები: გაიზარდა ავადობა, შემცირდა შობადობა, მოიმატა სოციალურად საშიში დაავადებების (ტუბერკულოზი, ვენსნეულეზი) რიცხვმა. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 3 წლით შემცირდა და 1995 წელს 70.3 წელი შეადგინა (WHO, 1996). 1990-იანი წლების დასაწყისში მნიშვნელოვნად გაუარესდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. 1990 წლიდან 1995 წლამდე პერიოდში დედათა სიკვდილიანობა 20.5-დან 55.1-მდე (100000 ცოცხალშობილზე), ხოლო ბავშვთა მოკვდაობა – 20.7-დან 28.6-მდე გაიზარდა. ექსპერტთა შეფასებით, შეიძლებოდა ბავშვთა სიკვდილიანობის 57%-ის თავიდან აცილება სამედიცინო მომსახურების უკეთ მართვის პირობებში (World Bank, 1996). მკვდრადშობადობის შემთხვევებიდან 74.2% დაიღუპა მშობიარობის დაწყებამდე, მაშინ როდესაც 1 წლამდე ასაკის პაციენტთა 72%-ის ჰოსპიტალიზაცია საავადმყოფოში 36-48 საათის დაგვიანებით მოხდა (ჯანდაცვის სამინისტრო, 1999).

ჯანდაცვის სისტემის მოშლამ, სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გაუარესებამ და პროფილაქტიკური ღონისძიებების უკმა-რისობამ განაპირობა ინფექციური დაავადებების მნიშვნელოვნად ზრდა. შექმნილი მდგომარეობა კიდევ უფრო გაართულა ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციების ვადების დარღვევამ, რამაც განაპირობა დიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება. 1991-1992 წლებში გეგმიური ვაქცინაციის ჩავარდნამ ასაცრელი მასალის უქონლობის გამო განაპირობა დიფთერიის ეპიდემია. მკვეთრად გაიზარდა ტუბერკულოზით ავადობა და სიკვდილიანობა, რაც 90%-ით აღემატებოდა დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებელს. ასევე გაიზარდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გამო სიკვდილიანობა (35%-ით), რაც დაკავშირებული იყო შედარებით ახალი რისკ-ფაქტორების (სოციალურ-ეკონომიკურ კრიზისი, უმუშევრობა, სიღატაკე და მუდმივი სტრესი) წარმოშობასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესებასთან, მედიკამენტებზე ნაკლებ ხელმისაწვდომობასთან, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარების მაღალ მაჩვენებლებთან, არაჯანსაღ კვებასთან. ასევე გაიზარდა ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის შემთხვევების რაოდენობა, რაც დაკავშირებული იყო ექიმთან დაგვიანებით მიმართვასთან.

მთლიანობაში, ქვეყანაში არსებულმა მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ, დაშლის პირას მიიყვანა ჯანდაცვის სისტემა, პრაქტიკუ-

ლად შეუძლებელი გახადა სამედიცინო დაწესებულებების ეფექტიანი ფუნქციონირება. სახელმწიფო უკვე ვერ ახორციელებდა თავის თავზე აღებულ მოვალეობას მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის საქმეში. ქართული მედიცინა, ფაქტობრივად, კოლაფსში აღმოჩნდა.

ჯანმრთელობის დაცვის დარგში შექმნილი მწვავე კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსასვლელად, 1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან, დღის წესრიგში დადგა მისი ძირეული რეორგანიზაციის, პრინციპულად ახალი მოდელის ამოქმედების საკითხი. კერძოდ, 1994 წლის ოქტომბრიდან ამოქმედდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრული რეორგანიზაციის კონცეფცია, რომელიც მოიცავდა რეფორმის 13 მიმართულებას:

1. ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
2. ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია;
3. ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
4. სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების დანერგვა;
5. პირველადი ჯანდაცვის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი) პრიორიტეტულობა;
6. პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
7. სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
8. წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
9. სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
10. სამედიცინო განათლების რეფორმა;
11. სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
12. სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
13. მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

ეს კონცეფცია მოიცავდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის ყველა ასპექტს და განსაზღვრავდა მომდევნო წლებში განსახორციელებელი ცვლილებების სამართლებრივი ბაზას, სფეროს ორგანიზაციული მოწყობისა თუ დაფინანსების პრინციპებს.

ჯანდაცვის სექტორში სტრუქტურული და ხარისხობრივი რეფორმის პროცესს მხარი დაუჭირა აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ, საერთაშორისო სავალუტო ფონდმა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ, მსოფლიო ბანკმა, აშშ-ის იაპონიის, გერმანიის, შვედეთის, ბრიტანეთის მთავრობებმა.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის უმთავრეს მიზანს შეადგენდა ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პროცესში ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ისეთი მოდელის მომზადება და ამოქმედება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან (Gzirishvili et al. 1997). თუმცა ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო დახმარებას, რის გამოც აუცილებელი გახდა სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის



სფეროში დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან. საქართველოს 1995 წლის კონსტიტუციის (მიღებულ იქნა 1995 წლის 24 აგვისტოს) 37-ე მუხლით, სახელმწიფომ პირველად განაცხადა, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებლობა ნაწილდება სახელმწიფოს სხვადასხვა სუბიექტზე და სამედიცინო მომსახურება აღარ არის უფასო. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა აღარ არის ყოვლისმომცველი და ვალდებულებები განისაზღვრება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით, აგრეთვე, დარგის მართვის (რეგულირების) მექანიზმებით. საზოგადოებას რჩება უფლება, ხელი მიუწვდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაზე.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის რთული, მტკივნეული და მრავალეტაპიანი პროცესი დაიწყო 1995 წლის 10 აგვისტოდან. ჯანდაცვის სფეროს რეფორმა წარმოადგენდა საქართველოს უახლესი ისტორიის მანძილზე განხორციელებული სახელმწიფოებრივი რეფორმებიდან ერთ-ერთ პირველს, რომლის უმთავრესი მიზანი იყო დაქვევის პირას მდგარი, თვითდინებით ფუნქციონირებადი ჯანდაცვის სფეროს აღდგენა, სისტემაში თვისებრივად ახალი ურთიერთობების დამკვიდრება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან (ჯორბენაძე, 2021) (Gzirishvili et al. 1997). 1999 წელს შემუშავდა საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკა და ჯანმრთელობის სტრატეგიული გეგმა 2000–2009. რეფორმის მიზნად განისაზღვრა მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის მომსახურების თანასწორობის და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება (ჯორბენაძე, ვერულავა, 2022).

ჯანდაცვის სისტემების ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ნიშანია დაფინანსება. ჯანმრთელობის დაფინანსების ორი ძირითადი ვარიანტი არსებობს: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის) მოდელი და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული (ბევერიჯის) მოდელი.

ბისმარკის მოდელში მოქალაქეები ვალდებულნი არიან გადაიხადონ წინასწარ დადგენილი სადაზღვევო გადასახადები სადაზღვევო ფონდებში. სადაზღვევო პაკეტი მოიცავს სამედიცინო მომსახურების ყველაზე საჭირო სახეობებს. იდეა ისაა, რომ მოქალაქეებს სადაზღვევო სისტემაში შენატანების გადახდით ეძლევათ სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება. ამრიგად, ბისმარკის მოდელის მეშვეობით იქმნება გარკვეული კავშირი შენატანებსა და მიღებულ სარგებლებს შორის.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული (ბევერიჯის) მოდელი საკმაოდ ჰგავს სემაშკოს სისტემას, რომელიც მთლიანად გამორიცხავს დაზღვევის პრინციპს. დაზღვევის ნაცვლად, ჯანდაცვა მთლიანად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და ზოგადად საგადასახადო შემოსავლებიდან. ბევერიჯის მოდელში სახელმწიფო უფრო დომინანტურ როლს ასრულებს, ვიდრე ბისმარკის მოდელში, რადგან ჯანდაცვის ორგანიზაციები უფრო მეტად არიან დამოკიდებულნი სახელმწიფოზე.

საქართველოში დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სოციალური დაზღვევის მოდელზე, რაც განპირობებული იყო მრავალი ფაქტორით:

ქვეყანაში საბაზრო მექანიზმების დანერგვა; ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის თანაბრად და სამართლიანად გადანაწილება სახელმწიფოზე, დამქირავებელზე და დაქირავებულზე; ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებისკენ სწრაფვა; მდგრადი დაფინანსების ძიება; ხარჯების შეკავება; გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა; ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში ბისმარკის წარმატებული მოდელის მიბაძვა; საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ მკაცრად ცენტრალიზებული სახელმწიფო სისტემის და მთავრობის ჩარევების მიმართ უნდობლობა.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელზე გადასვლის უმთავრესი უპირატესობა დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის თანაბრად და სამართლიანად გადანაწილებაზე სახელმწიფოს, დამქირავებელს და დაქირავებულს შორის. სახელმწიფოს ნაცვლად სოციალური დაზღვევის ფონდს უნდა მოეხდინა დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა. რეფორმის მიხედვით, ერთმანეთისაგან უნდა გამიჯნულიყო სამედიცინო მომსახურების ყიდვა და მიწოდება, რაც განიხილებოდა, როგორც სამედიცინო მომსახურების გაწევის ეფექტურობის გაუმჯობესების მექანიზმი (World Bank, 2003). ამით სახელმწიფო თავისუფლდებოდა სამედიცინო მომსახურების უშუალო მიწოდების როლისაგან. მას უნდა შეენარჩუნებინა ზეგავლენა ჯანდაცვის სისტემაზე ძლიერი მარეგულირებელი, ფინანსური და ლიცენზირების მექანიზმების მეშვეობით (ზოიძე და სხვ. 1999).

საბჭოთა პერიოდში დეკლარირებული უფასო ჯანდაცვის ნაცვლად, სახელმწიფომ დაიწყო ჯანდაცვის სფეროში საკუთარი მოსახლეობის მიმართ ვალდებულებების შემოფარგვლა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და სამედიცინო სტანდარტების შექმნით. ამოქმედდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები (ფედერალურ და მუნიციპალურ დონეებზე), რასაც უნდა უზრუნველყო მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება მოცემული პროგრამის მოცულობით, რაც დაბალანსებული იქნებოდა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან.

სხვა ფაქტორებს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებისკენ სწრაფვა და ხარჯების შეკავება, გამჭვირვალობის გაზრდის მოთხოვნა, მდგრადი დაფინანსების ძიება და პოლიტიკოსების მხრიდან ჯანმრთელობის სახსრების სხვა სფეროებში გადამისამართების შესაძლებლობის შეზღუდვა, პაციენტების მოთხოვნების შესაბამისი სერვისების შექმნა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის სურვილი, რაც დაკავშირებული იყო სამედიცინო მომსახურების პრივატიზებასთან (Mossialos et al. 2002).

საქართველოში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაში დიდია საერთაშორისო სააგენტოებისა და დონორების წვლილი, თუმცა, თავად ქვეყანაში მიმდინარე პროცესებმა ითამაშეს გადამწყვეტი როლი (ჯორბენაძე და ვერულავა, 2023). ამასთან, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და მსოფლიო ბანკი ბევრ ქვეყანაში რეკომენდაციას უწევს სოციალურ დაზღვევაზე დაფუძნებულ ჯანდაცვის სისტემას (World Bank, 2003).

აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევით საქართველო მიყვებოდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მიმდინარე პროცესებს. რეგიონის 28 ქვეყნიდან 22-მა დანერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა.

1995 წელს საქართველოში შეიქმნა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, რომელიც შედგებოდა 12 რეგიონული ფილიალისაგან. კომპანიას ჰქონდა ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა; კანონის მიხედვით კომპანიის უმაღლესი სათათბირო ორგანოს წარმოადგენდა სამეთვალყურეო საბჭო.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროს შეადგენდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანი 3%, რომელშიც 2%-ს იხდიდა დამქირავებელი, ხოლო 1%-ს დაქირავებული. სამედიცინო „გადასახადის“, ხოლო შემდეგ „სადაზღვევო შენატანის“ დაკანონებით შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი. სადაზღვევო შესატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში (ცინცაბაძე, 2007). გარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანისა, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროს შეადგენდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი. ცენტრალური ბიუჯეტი იქმნება ზოგადი სახელმწიფო შემოსავლებით. ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი უმთავრესად განკუთვნილი იყო იმ პირთა სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად, რომელნიც არ იყვნენ დასაქმებული (უმუშევრები, არაშრომისუნარიანი მოსახლეობის ნაწილი, უმწეოები, პენსიონერები, ბავშვები, იძულებით გადაადგილებული პირები).

ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაციის მიზნით, სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის, რისთვისაც შეიქმნა ჯანდაცვის ადგილობრივი ფონდები, რაც შემოსავლებს ღებულობდა მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან (ჯორბენაძე, 2022). შენატანები ჯანდაცვის ფონდებში წარმოადგენდა გასაშუალოებულ მაჩვენებელს მოსახლეობის ერთ სულზე, რომელიც დამოკიდებული იყო მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე. საქართველოს კანონით – „1997 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“, განისაზღვრა, რომ მმართველობის ადგილობრივი ორგანოებს ადგილობრივი ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად მოსახლეობის ერთ სულზე უნდა გამოეყოთ მინიმუმ 2,5 ლარი და არანაკლებ 10%-ისა მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილისა. მუნიციპალიტეტებს უფლება ჰქონდათ გაეზარდათ აღნიშნული თანხა, თუ მათი ბიუჯეტი ამის საშუალებას იძლეოდა. ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების ოპტიმალურად შედგენა და მათი ეფექტიანი განხორციელება დიდად განსაზღვრავდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და განმტკიცებას.

ჯანდაცვის რეფორმების შედეგად ყოველწლიურად იზრდებოდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ და ის მოსახლეობის სულ უფრო

ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა. 1996 წლის თებერვლიდან 1997 წლის 1 მარტამდე, სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია ახორციელებდა მხოლოდ ღარიბი მოსახლეობის სოციალური დახმარების სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას, რომლის ბიუჯეტი შეადგენდა 1,400,000 ლარს. 1997 წლის 1 მარტიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ახორციელებდა 6 სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას (29 მლნ ლარი). 1998 წლის იანვრიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ახორციელებდა ჯანმრთელობის დაზღვევის 9 პროგრამას (38.8 მილიონი ლარი). 1999 წლისათვის სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა რაოდენობა 700 ათას პირამდე გაიზარდა.

მიუხედავად მიღწევებისა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე მეტად რთული აღმოჩნდა, რაც დაკავშირებული იყო საქართველოში არაფორმალური ეკონომიკის დიდ წილთან, უმუშევრობის მაღალ დონესთან და მძიმე მაკროეკონომიკურ შეზღუდვებთან. საქართველოს ორ ათწლეულზე მეტი დასჭირდა მოსახლეობის ერთ სულზე მშპ-ის დამოუკიდებლობამდე დონის მისაღწევად. შედეგად შემოსავლების ბაზა ძალიან მცირე იყო.

ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების დაფინანსებას. შედეგად, 1999 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ მიიღო თავისი დამტკიცებული ბიუჯეტის მხოლოდ 64,2% (World Bank, 1999). ანალოგიური ვითარება იყო როგორც წინა, ასევე შემდგომ წლებში. სახელმწიფო დაფინანსების დეფიციტი ნეგატიურ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის სპეციფიკური პროგრამების დაფინანსებაზე. 1999 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ სოფლის მოსახლეობის დისპანსერული მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის დასაფინანსებლად დამტკიცებული ბიუჯეტის მხოლოდ 55.6% მიიღო, ხოლო ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამისათვის კი მხოლოდ 23,6%. დაფინანსების დაბალი დონე ნიშნავს, რომ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულები ვერ შეძლებს მიიღონ მათთვის გარანტირებული სამედიცინო მომსახურება. მაგალითად, 1999 წელს ონკოლოგიური სერვისებისთვის გამოყოფილი თანხები მხოლოდ 700 პაციენტისთვის იყო საკმარისი, მაშინ, როდესაც დაახლოებით 2100 პაციენტი საჭიროებდა ამ მომსახურებას.

ჯანმრთელობის სისტემის დაბალი სახელმწიფო დაფინანსების შედეგად, საქართველოში ჯიბიდან პირდაპირი გადასახადების წილი ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების უმეტეს ნაწილს შეადგენდა. მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 1999 წელს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯებში მხოლოდ 22%-ს შეადგენდა სახელმწიფო ან მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან ან სადაზღვევო ფონდებიდან გაწეული ხარჯები (UNICEF, 1997).

რეფორმის საწყის პერიოდში სახელმწიფო დაფინანსების უწყვეტმა დეფიციტმა ხელი შეუწყო არაფორმალური, ე.წ. "მაგიდის ქვეშ" გადასახადების ფართოდ გამოყენებას, რაც ჯანდაცვის ბევრი პერსონალის შემოსავლის მთავარ წყაროდ იქცა (Staines, 1999). ჯიბიდან პირდაპირი

გადახდები ხელს უშლის ჯანდაცვის თანაბარ ხელმისაწვდომობას (Balabanova, 2004), ექიმებში ქმნის ნეგატიურ სტიმულებს, ჩნდება სისტემის გამჭვირვალობის პრობლემა და მოქმედებს როგორც რეფორმის განხორციელების სერიოზული დაბრკოლება. ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში პაციენტების მიერ თანხების “ჯიბიდან” გადახდის მაღალი წილი ეწინააღმდეგება ჯანდაცვის დაფინანსების ამოცანებს, რადგან ამ დროს ხელმისაწვდომობა დამოკიდებული ხდება უფრო თანხის გადახდის შესაძლებლობაზე, ვიდრე სამედიცინო საჭიროებაზე.

არაფორმალური გადახდების რეგულირების ეფექტიანი მექანიზმია ლეგალური თანაგადახდების შემოღება, რაც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ექიმების და სავადმყოფოების მიერ მომსახურების გასაუმჯობესებლად. 1995 წელს დაწყებული რეფორმების შედეგად, ჯანმრთელობის გარკვეულ მომსახურებებზე, რაც არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამით, ლეგალიზებულ იქნა გადასახადები, რამაც ლეგალიზებამ შეამცირა პაციენტის არაფორმალური გადასახადები. თუმცა, სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო, ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები გრძელდებოდა, რაც არაიშვიათად განაპირობებდა ოჯახებისთვის კატასტროფულ ფინანსურ შედეგებს (Gamkrelidze et al. 2002).

მუდმივი ეკონომიკური კრიზისების გამო, მთავრობამ ვერ შეძლო შემოსავლებისა და ხარჯების დაბალანსება, რამაც გამოიწვია სახელმწიფო დაფინანსების შემცირება, სამედიცინო ორგანიზაციების მიმართ დიდი დავალიანებების დაგროვება და ჯიბიდან კერძო გადახდების გაზრდა (ვერულავა, 2020). სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებით მიღებული შემოსავლები 2001 წელს 21 მლნ ლარიდან 2003 წელს 36,3 მლნ ლარამდე გაიზარდა, თუმცა, ეს ჯანმრთელობის მთლიანი ხარჯების მხოლოდ 5% -ს შეადგენდა.

საქართველოში სოციალური დაზღვევის შემდგომი რეფორმირების მიზანი იყო ფინანსური წყაროების ინტეგრირება, კერძოდ, დაფინანსების ნაკადების გაერთიანება ერთიან “არხში”, ანუ ცენტრალური და ადგილობრივი, მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანების შერწყმა. ის გულისხმობს გადაუდებელი დახმარების მუნიციპალური პროგრამების და სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების გაერთიანებას სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში.

მუნიციპალური და სადაზღვევო პროგრამების გაერთიანება გაზრდიდა სადაზღვევო სისტემით მოცული მოსახლეობის მოცულობას, რაც თავის მხრივ, ხელს შეუწყობდა დამსაქმებელთა მიერ დასაქმებულების სადაზღვევო ფონდში რეგისტრაციას. რაც უფრო მეტი დამსაქმებელი და დასაქმებული იხდის ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანს, მით უფრო შემცირდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გადარიცხვები.

გათვალისწინებული იყო დამსაქმებლისა და დასაქმებულის რეგისტრაციის, გადასახადების გადახდის და სადაზღვევო სარგებლების კომპიუტერული სისტემის უზრუნველყოფა. აღნიშნულის შედეგად ქვეყანაში დაინერგებოდა უნივერსალური სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტი და უნივერსალური ჯანმრთელობის დაზღვევის ბარათი.

ჯანმრთელობის ფონდების შერწყმის გარდა, რეფორმას უნდა მოეცვა: ა) სადაზღვევო პროგრამებში რეგისტრაციისა და ანაზღაურების მექანიზმების გაერთიანებას, უნივერსალური გარანტიის შექმნის თვალსაზრისით; ბ) სადაზღვევო პროგრამების დაფინანსებისათვის საჭირო რესურსების სტაბილიზაციას; გ) ინფორმაციული სისტემების მართვას და კომუნიკაციური ქსელის განვითარებას დ) სტრუქტურულ განვითარებას, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის რეგიონალური ოფისების როლის გაზრდას, კერძოდ საზედამხედველო ფუნქციების გარდა მათთვის რეგიონულ დონეზე ინფორმაციის მართვისა და სადაზღვევო პრემიების შეგროვების ფუნქციების მინიჭებას (Kalandadze et al. 1999).

სოციალური დაზღვევის სისტემის შემდგომი რეფორმირების სტრატეგიის მთავარ მიზანს შეადგენდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ცენტრალური ბიუჯეტის ხარჯების შემცირება, სამკურნალო დანახარჯების ძირითადი ფინანსური ტვირთის გადაცემა დამსაქმებლისა და დასაქმებულისთვის გადაწევა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმიზაცია. სტრატეგიული გეგმის განხორციელება ჯანდაცვის სისტემას საშუალებას მისცემდა გამხდარიყო უფრო მართვადი და ეფექტიანი.

„ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ, 2003 წლის ნოემბერში, შეიცვალა საქართველოს პოლიტიკური ხელმძღვანელობა. ახალი მთავრობის მიერ განხორციელებული რეფორმების შედეგად გარკვეულწილად მოწესრიგდა საგადასახადო სისტემა და გაჩნდა მოლოდინი, რომ ყოველივე ამის შედეგად მთავრობა გააუმჯობესებდა სადაზღვევო ფონდის მიერ სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების შეგროვების სისტემას. თუმცა, მოხდა საწინააღმდეგო პროცესი – ყოფილი მთავრობის სრული უარყოფის მიზნით, შეიწირა საქართველოში სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარების საწყისი ჩანასახები. 2004 წელს საქართველომ უარი თქვა სოციალური დაზღვევის სისტემის ბისმარკის მოდელზე და გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელზე.

ოიგვე გაგრძელდა 2012 წელს, ხელისუფლებაში მოსული ახალი პოლიტიკური პარტიის – „ქართული ოცნება - დემოკრატიული საქართველო“ მიერ. მიუხედავად იმისა, რომ ახალმა მთავრობამ შემოიღო უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპები და ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, არ შეცვლილა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელი და ინერციით ისევ გაგრძელდა ჯანდაცვის დაფინანსება ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებით შექმნილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.

საქართველოში ჩატარებული რეფორმების შედარება აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებთან გვიჩვენებს, რომ ჩვენთან რეფორმებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებების მიღება უმთავრესად დაკავშირებულია ქვეყანაში მთავრობების ცვლასთან, ვიდრე აუცილებლობასა და მტკიცებულებებთან. აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში, მიუხედავად სამთავრობო ცვლილებებისა, საქართველოსაგან განსხვავებით, არ მომხდარა სოციალური დაზღვევის სისტემის შეცვლა

ზოგადი გადასახადების სისტემით. აღნიშნული ქვეყნები დღესაც არ ლატობენ დაზღვევის პრინციპებით დაფინანსებას. ისინი ერთგულნი დარჩნენ ჯანდაცვის რეფორმირების იმ სტრატეგიული გეგმის, რომელიც უარს ამბობს ჯანდაცვის დაფინანსების ისეთ სისტემაზე, რომელშიც სახელმწიფოს უკავია უფრო დომინანტური როლი (ვერულავა, ჯორბენაძე, 2021).

### დასკვნა

იმის გათვალისწინებით, რომ სოციალური დაზღვევის სისტემა ყველაზე უკეთ ახდენს ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებას და შესაბამისად მდგრად დაფინანსებას, ასევე უკეთ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლებას, მიზანშეწონილია ქვეყანაში სოციალური დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა.

საქართველოს უახლოესი წარსულის განხილული შემთხვევები გვიჩვენებს, რომ ჯანდაცვის სფერო, რომლის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, საჭიროებს რეფორმირების თანმიმდევრულობას, უწყვეტობას, მემკვიდრეობითობას, სისტემურ მიდგომას და არ შეიძლება განიცდიდეს გაუთავებელ პერმანენტულ რყევებს. ქვეყანას განსაზღვრული უნდა ჰქონდეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების გრძელვადიანი სტრატეგიული მიმართულებები და სამოქმედო ხედვა, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიან და თანმიმდევრულ განვითარებას. სტრატეგიის შემუშავების პროცესში ჩართული უნდა იყოს დაინტერესებული მხარეების ფართო წრე. გრძელვადიანი პოლიტიკის განსაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ზეპარტიული კონსენსუსის თემა და საგანია. მიუხედავად მთავრობების ცვლისა, გრძელვადიან პერიოდში სტრატეგიული კურსი კარდინალურად არ უნდა იცვლებოდეს და მიღწეულის უარყოფა პოლიტიკური კონიუნქტურის ცვლილების გამო არ უნდა ხდებოდეს.

### დამოწმებული წყაროები და ლიტერატურა

gzirishvili, d. (2012). *damoukidebeli sakartvelo – sotsialuri da janmrteლობის datsvis sistemebi. analitikuri mimokhilva*. tbilisi.(გზირიშვილი, დ. (2012). *დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა*. თბილისი.).

verulava, t. (2016). *jandacvis politika*. tbilisi: ilias saxelmcifo universitetis gamomcemloba. ვერულავა, თ. (2016). *ჯანდაცვის პოლიტიკა*. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.

verulava, t. jorbenazde, a. (2021). *janmrteლობის socialuri dazgveva saqartveloshi: ganvitarebis barierebi. Ekonomika da biznesi*. 13 (2). ვერულავა, თ. ჯორბენაძე, ა. (2021). *ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა საქართველოში: განვითარების ბარიერები. ეკონომიკა და ბიზნესი*. 13 (2).

verulava, t. (2021). *pirveladi jandacvis sistema da misi roli janmrtelobis kapitalis amaglebashi*. Tbilisi. ვერულავა, თ. (2021). *პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამბლღებაში*. თბილისი.

verulava, t. (2020). *jandacvis politikis gamotsvevebi saqartveloshi: samedicino momsaxurebis organizaciuli da finansuri perspeqtiva*. Tbilisi. ვერულავა, თ. (2020). *ჯანდაცვის პოლიტიკის გამოწვევები საქართველოში: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული და ფინანსური პერსპექტივა*. თბილისი.

zoidze, a. gzirishvili, d. gotsadze, g. (1999). *saqartveloshi saavadmyofoebis dafinansebis kvleva*. Tbilisi. ზოიძე, ა. გზირიშვილი, დ. გოცაძე, გ. (1999). *საქართველოში საავადმყოფოების დაფინანსების კვლევა*. თბილისი.

papava, v. (2013). *saqartvelos ekonomikuri ganvitarebis ziritadi tendenciebisa da perspeqtivis shesaxeb*. *ekonomisti*. N2. პაპავა, ვ. (2013). საქართველოს ეკონომიკური განვითარების ძირითადი ტენდენციებისა და პერსპექტივის შესახებ. *ეკონომისტი*. N2.

tsintsabadze, t. (2007). *2001-2005 tslebis jandacvis erovnuli angarishebis momzadebis metologiiis shefaseba da misi gaumjobesebis rekomendaciebi. saqartvelos shromis, janmrtelobisa da socialuri dacvis saminstros masalebi*. Tbilisi. ცინცაბაძე, თ. (2007). *2001-2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მასალები*. თბილისი.

jinjolava, t. (1998). *sazogadoebrivi jandacvis reformirebis socialur-ekonomikuri aspeqtobi*. *gazeti medicina*. 23 agvisto. ჯინჯოლავა, თ. (1998). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეფორმირების სოციალურ-ეკონომიკური ასპექტები. *გაზეთი მედიცინა*. 23 აგვისტო.

jorbenadze, a. (2021). *rogor iqmneboda janmrtelobis dacvis axali Sistema*. 1993-1997 wlebi. cigni 1. Tbilisi. ჯორბენაძე, ა. (2021). *როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა*. 1993-1997 წლები. წიგნი I. თბილისი.

jorbenadze, a. (2022). *qartuli medicinis istoriuli gza*. Tbilisi. ჯორბენაძე, ა. (2022). *ქართული მედიცინის ისტორიული გზა*. თბილისი.

jorbenadze, a. verulava, t. (2023). *amerikis sheertebuli shtatebis daxmareba saqartvelos jandacvis sistemis ganvitarebashi*. Tbilisi. ჯორბენაძე, ა. ვერულავა, თ. (2023). *ამერიკის შეერთებული შტატების დახმარება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში*. თბილისი.

jorbenadze, a. Verulava, t. (2023). *sazogadoebrivi jandacvis ganvitarebis pirveli nabijebi damoukidebel saqartveloshi*. *ekonomika da biznesi*. 1. ჯორბენაძე, ა. ვერულავა, თ. (2023). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების პირველი ნაბიჯები დამოუკიდებელ საქართველოში. *ეკონომიკა და ბიზნესი*. 1.

Balabanova, D. McKee, M. Pomerleau, J. Rose, R. Haerpfner, C. (2004). Health Service Utilisation in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries. *Health Serv Res*;39



Chanturidze, T. Ugulava, T. Durán, A. Ensor, T. and Richardson, E. (2002). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 11(8).

Gamkrelidze, A., Atun R., Gotsadze G., MacLehose, L. (2002). *Health Care Systems in Transition – Georgia 2002*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems

Gzirishvili, D. Zoidze, A. Gotsadze, G. (1997). *Health Care Reforms in Georgia*, Tbilisi.

Grielen, SJ. Boerma, WG. Groenewegen, PP. (2000). Science in practice: can health care reform projects in central and eastern Europe be evaluated systematically? *Health Policy*; 53.

Kalandadze, T. Bregvadze, I. Takaishvili, R. Archvadze, A. Moroshkina, N. (1999). Development of State Health Insurance System in Georgia. *Croatian Medical Journal*.

Mossialos, E. Dixon, A. Figueras, J. Kutzin, J. eds. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. Maidenhead: Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies Series).

Roeder, FC. Urushadze, A. Bendukize, K. Tanner MD. *Healthcare (2014)*. Reform in the Republic of Georgia. *Healthcare Reform Roadmap for Post-Semashko Countries and Beyond*.

Verulava, T. Jorbenadze, A. (2022). Primary health care reforms in Georgia: the experience and challenges. *Arch Balk Med Union*. 57(4).

WORLD BANK. Georgia (1999). - Health II Project Details. <http://www.world-bank.org/pics/pid/ge40555.txt> (ხელმისაწვდომია 5.8.2014).

World Bank. (2012). Georgia. Health Sector Development Project.

World Bank. (2003). *Health, nutrition and population in Europe and central Asia (ECA). A decade of experience: lessons learned, implications for the future*. Washington: World Bank,.

WHO. (1996). Joint Experts Group. *Aide Memoir on Health Sector in Georgia*. Tbilisi.

UNICEF. (1997). *The Georgian Centre for Transition Economy and Sustainable Development, Report on the Survey of the Demand for Health Care Services and Expenditures in Georgia*. Tbilisi.