

თენგიზ ვერულავა

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის კრიზისი: მიზეზების ანალიზი

შესავალი

საბჭოთა ჯანდაცვის მოდელი სათავეს იღებს 1918 წლიდან, როდესაც ნიკოლაი სემაშკომ (1874-1947 წწ.) საბჭოთა რუსეთში შემოიღო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა. სემაშკოს სისტემად მიიჩნევენ ჯანდაცვის იმ სისტემას, რომელიც საბჭოთა კავშირში არსებობდა 70 წლის განმავლობაში 1918 წლიდან 1991 წლამდე. ის წარმოადგენდა ჯანდაცვის ცენტრალიზებულ სისტემას სახელმწიფო დაფინანსებით. სამედიცინო დაწესებულებები და მომსახურების საშუალებები იყო სახელმწიფო საკუთრებაში და ფინანსდებოდა სახელმწიფო შემოსავლებიდან. თითქმის ყველა რესურსის დაგეგმვა, ორგანიზაცია, კონტროლი და განაწილება ხდებოდა ცენტრიდან. მომსახურება უფასო იყო ყველასათვის, თუმცა მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე, არ არსებობდა (ფორმალურად) კერძო სექტორი, ჯანდაცვის ბიუჯეტი დგებოდა ე.წ. ნარჩენი ბიუჯეტის პრინციპით.

მიუხედავად საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკისა, რაც ბევრ შემთხვევაში მკვლევარების მიერ სამართლიანადაა დასაბუთებული, საბჭოთა კავშირის პირველ წლებში სემაშკოს ჯანდაცვის მოდელი წარმოადგენდა ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მოწინავე მოდელს მსოფლიოში (Sheiman, 2013).

ბევრი ქვეყნები ცდილობდნენ შეესწავლათ საბჭოთა მოდელის გამოცდილება. ასე მაგალითად, მაღარიის ლიკვიდაციის გამოცდილება საზღვარგარეთის სპეციალისტების მიერ დღემდე განიხილება როგორც საოცრება, რომლის ასეთი მასშტაბით განხორციელება ვერსად ვერ მოხერხდა. ამასთან, საბჭოთა პერიოდის პირველ წლებში, ომის პერიოდში და ომის შემდეგ წარმატებები მიღწეულ იქნა მნიშვნელოვნად მცირე ხარჯებით, ვიდრე სხვა ქვეყნებმა იმავე მიზნით და იმავე პერიოდში. საკმარისად ეკონომიური აღმოჩნდა ის ზომები, რომლებიც მიმართული იყო ისეთი პროფილაქტიკური ღონისძიებებით მოსახლეობის ფართო მოცვაზე, როგორიცაა: მასიური გასინჯვები, დისპანსერული მეთოდი, ინფექციურ დაავადებების წინააღმდეგ იმუნიზაცია, საყოველთაო სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა. როგორც თეორიულად, ასევე პრაქტიკული თვალსაზრისით საბჭოთა ჯანდაცვა წარმოადგენდა ლიდერს 30-40-იანი წლების მსოფლიოში და სამართლიანად უწოდებდნენ ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ეფექტურ ჯანდაცვის სისტემას.

1970 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მიიღო რეზოლუცია, რომლითაც რეკომენდაციას იძლეოდა გამოეყენებინათ ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის ცალკეული პრინციპები სხვა ქვეყნებში. სემაშკოს მოდელის გარკვეული ნიშნები გამოყენებულ და ტრანსფორმირებულ იქნა ნაციონალური პირობების გათვალისწინებით თითქმის ყველა ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნის მიერ. სემაშკოს მოდელი ფართოდ იყო გავრცელებული ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებსა, ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, ჩინეთში, ვიეტნამში, ჩრდილოეთ კორეასა და კუბაში.

მიუხედავად მიღწევებისა, საბჭოთა ჯანდაცვის უაღრესად ცენტრალიზებული სისტემა გადაიქცა მედიცინის განვითარების შეფერხების ფაქტორად. ჯანდაცვის სისტემის საბჭოურ მოდელში ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობამ განაპირობა მისი სრული ბიუროკრატიზაცია (Eberstadt, 2006). სისტემას აინტერესებდა არა იმდენად პაციენტის საჭიროებების დაკმაყოფილება, არამედ ქსელის ექსტენსიური გაფართოება. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის ობიექტების ტექნოლოგიური და მატერიალური ფუნდამენტი ფიზიკურად მოძველებული იყო, სახელმწიფო არსებულის განახლების ნაცვლად გამოყოფდა სახსრებს ახალი ობიექტების ასაშენებლად. საექიმო კადრების სიჭარბე და შედარებით დაბალი კვალიფიკაცია მიუთითებდა ხარისხის ნაცვლად ჯანდაცვის სისტემის ექსტენსიური გზით განვითარებაზე.

ნაშრომში მოცემულია საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვა. კერძოდ, განხილულია საბჭოთა ხალხის ჯანმრთელობის მთავარი მაჩვენებლები, საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურული თავისებურებები, მისი ძირითადი პრობლემები.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის არსი

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა აგებული იყო ყველა საბჭოთა მოქალაქის ჯანმრთელობის დაცვის კონსტიტუციურ უფლებაზე. ჯერ კიდევ 1917 წლის 22 დეკემბერს მიღებულ იქნა დეკრეტი „სრული სოციალური დაზღვევა დაქირავებული მუშაკებისთვის“, ასევე ქალაქისა და სოფლის ღარიბებისთვის. სამთავრობო განკარგულება საავადმყოფოს საღაროებს ავალდებულებდა – მუშებისთვის, მოსამსახურეებისთვის და მათი ოჯახის წევრებისათვის გაეწიათ უფასო სამედიცინო მომსახურება. აღნიშნულმა დეკრეტმა საფუძველი დაუდო უფასო, საერთო ხელმისაწვდომობის და კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების პრინციპების განხორციელებას.

• დაზღვევა გამოწვევის გათვალისწინებით ყველა დაქირავებული მუშაკისთვის, ასევე ქალაქისა და სოფლის ღარიბებისთვის.

• დაზღვევა მოიცავს შეზღუდული შესაძლებლობის ყველა ფორმას, როგორცაა ავადმყოფობა, ტრავმა, შეზღუდული შესაძლებლობა, სიბერე, დედობა, ქვრივობა, ობლობა და უმუშევრობა.

• დაზღვევის სრული ღირებულება დამსაქმებელმა უნდა გადაიხადოს.

• სრული კომპენსაცია შეზღუდული შესაძლებლობის ან უმუშევრობის შემთხვევაში.

• დაზღვეულის სრული კონტროლი სადაზღვევო ინსტიტუტების მიერ.

1925 წელს ნ. ა. სემაშკომ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის საფუძველად შემდეგი ძირითადი პრინციპები ჩამოაყალიბა (Семашко, 1967):

• სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვაზე, როგორც უმთავრეს სოციალურ სფეროზე;

• უფასო სამედიცინო დახმარება და მისი საერთო ხელმისაწვდომობა;

• პროფილაქტიკური მიმართულება – პროფილაქტიკური (გამაჯანსაღებელი) ღონისძიებების პრიორიტეტულობა სამკურნალო მედიცინის კერძო ამოცანებთან შედარებით;

• ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება;

- სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის მჭიდრო კავშირი;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროპაგანდის ერთიანობა.

1977 წელს მიღებული საბჭოთა კონსტიტუციის 42-ე მუხლი აცხადებდა, რომ საბჭოთა მოქალაქეებს აქვთ უფლება მიიღონ სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის მიერ მოწოდებული უფასო და პროფესიული სამედიცინო მომსახურება (Конституция СССР, 1977). ამ მანდატის ფარგლებში მთავრობას ევალებოდა ჯანდაცვის სერვისების ქსელის გაფართოება, შრომის დაცვის წესების და ტექნოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, ბავშვთა შრომის აკრძალვა, დაავადების მკურნალობის და პრევენციის კვლევისა და განვითარების და სიცოცხლის გახანგრძლივების მხარდაჭერა.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა შეიძლება დავახასიათოთ 4 მთავარი ნიშნით: (1) სამედიცინო მომსახურება უფასოა და, შესაბამისად, ყველასთვის ხელმისაწვდომი. (2) დაავადების პრევენცია ჯანდაცვის სისტემის უმთავრესი მიმართულებაა. (3) ჯანდაცვის სფეროში ყველა საქმიანობას ხელმძღვანელობდა ცენტრალური ორგანოები, ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატები, რის შედეგადაც (4) ჯანდაცვა იგეგმებოდა.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია

საბჭოთა კავშირი იყო პირველი ქვეყანა, სადაც განხორციელდა ჯანდაცვის სისტემის მთლიანი ნაციონალიზაცია. ჯანდაცვის სისტემა ექვემდებარებოდა ერთიან გეგმას. ერთიანი დაგეგმარება შესაძლებელს ხდიდა სახელმწიფო ღონისძიებების თანმიმდევრულ განხორციელებას. ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გადაწყვეტილების მიღება და ფინანსური კონტროლი მკაცრად ცენტრალიზებული იყო. საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სამინისტრო მთელი ქვეყნის მასშტაბით აკონტროლებდა ჯანდაცვის ობიექტებს, სამედიცინო განათლების სისტემას, ადამიანურ და ფინანსურ რესურსებს.

1989 წლის მდგომარეობით ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოყო ჯანდაცვის ეროვნული დანახარჯების 80%, საავადმყოფოს საწოლების 96% და ამბულატორიული მომსახურების 94% (Народное хозяйство СССР в 1989 году, 1990). ჯანდაცვის სფეროები, რომლებიც არ ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს კონტროლს, არის თავდაცვის სამინისტროს, სახელმწიფო უსაფრთხოების კომიტეტის სამსახურები.

ჯანდაცვის სამინისტრო ძალაუფლებას რამდენიმე მიმართულებით ახორციელებდა. პირველ რიგში, ის აკონტროლებდა რესურსებს ხუთწლიანი გეგმის, ასევე წლიური გეგმების მეშვეობით, რომლებიც ადგენდნენ ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებს და ანაწილებდნენ საოპერაციო, კაპიტალური და საინვესტიციო ფონდებს შორის სამედიცინო პროვადერების კონკრეტული კატეგორიისთვის. შემდეგ ამ თანხებს ცენტრალური, საკავშირო სამინისტრო გამოყოფდა თხუთმეტი საბჭოთა რესპუბლიკისათვის. მეორეც, სამინისტრო ადგენდა ჯანდაცვის პერსონალის რაოდენობას, ტიპს და გეოგრაფიულ საცხოვრებელ ადგილსამყოფელს სასწავლო პროგრამების, სამედიცინო დაწესებულებებისა და სამედიცინო უნივერსიტეტების კურსდამთავრებულთა განაწილების კონტროლის გზით. მესამე, როგორც

სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარების მონოპოლიური მყიდველი, ის აკონტროლებდა სამედიცინო აღჭურვილობის, წამლებისა და სხვა მარაგების რაოდენობას და ხარისხს ქვეყანაში. და ბოლოს, სამინისტრო აფინანსებდა ბიოსამედიცინო კვლევებს საბჭოთა სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის მეშვეობით და აკონტროლებდა ეპიდემიოლოგიურ მეთვალყურეობას და მონიტორინგს.

საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროს ქვეშ ჯანდაცვის პირამიდულ სტრუქტურაში იყვნენ თხუთმეტი რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტროები. ისინი ასრულებდნენ იმავე ფუნქციებს თავიანთი რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, როგორც ჯანდაცვის ცენტრალური სამინისტრო, თუმცა, მათი ქმედებები შესაბამისობაში უნდა ყოფილიყო საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მათთვის დაწესებულ ბიუჯეტთან და წესებთან. ამგვარად, რესპუბლიკების სამინისტროები ექვემდებარებოდნენ ცენტრალურ სამინისტროს და მოქმედებდნენ როგორც ცენტრალური სააგენტოს ადგილობრივი ფილიალები.

თითოეულ რესპუბლიკაში ადგილობრივ მართველობას ახორციელებდა ჯანდაცვის მართვის სამხარეო ან ადგილობრივი ორგანოები. ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოები კოორდინაციას უწევდნენ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებს, მართავდნენ სამედიცინო დახმარებას დაწესებულებებში და გამოყოფდნენ ჯანდაცვის ადგილობრივ ფონდებს. მათი ძალაუფლება შეზღუდული იყო, რადგან ისინი დამოკიდებულნი არიან ცენტრალურ და რესპუბლიკურ მთავრობებზე. თეორიულად, ადგილობრივი ორგანოები უნდა ყოფილიყო ხალხის ხმა მათი ჯანდაცვის საჭიროებების უზრუნველსაყოფად. რეალურად, ადგილობრივი ჯანდაცვის ორგანოები გახდნენ პასიური შუამავლები რესპუბლიკის მთავრობისგან ადგილობრივ სამედიცინო დაწესებულებებზე თანხების განაწილებაში.

ჯანდაცვის მართვის ოთხდონიანი სისტემა, საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროდან რესპუბლიკურ სამინისტროებამდე, სამხარეო ხელისუფლების (ოლქების) და ადგილობრივი რაიონულ ორგანოებამდე, თავდაპირველად დაინერგა როგორც დემოკრატიული ორმხრივი დაგეგმვისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესი. ცენტრალურ გეგმაში რესურსების საჭიროებების ფორმირება ადგილობრივი ტერიტორიების მოთხოვნილებებიდან უნდა მომხდარიყო, რომელიც ასახავდა ადგილობრივი საჭიროებების მთლიანობას. თუმცა, საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროში განაწილების პროცესი განსაზღვრავდა ჯანდაცვის რესურსებს და დაფინანსებას ყველა დონეზე. ეს ზემოდან ქვევით მართვის პირამიდული სტრუქტურა ადგილობრივ ტერიტორიებს ადგილობრივი საჭიროებებისა და პრიორიტეტების დასაკმაყოფილებლად მოქნილობის გარეშე ტოვებდა.

ჯანდაცვის საკავშირო სამინისტრო ახორციელებდა მკაცრ კონტროლს ჯანდაცვის რესურსების მარაგებსა და ნაკადებზე და ახდენდა ყველა სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრეების რეგულირებას, განსაზღვრავდა სიმძლავრის ან პროდუქტის ერთეულზე დაფინანსებას, ადგენდა

ახალი დაწესებულებებისთვის ინვესტიციის/სიმძლავრის თანაფარდობას, აკონტროლებდა ექიმებისა და სხვა პროფესიონალების მიწოდებასა და ბალანსს. აღნიშნული ცენტრალური რეგულაციები გადაიხედებოდა მხოლოდ ცენტრალური ხელისუფლების პერიოდული დადგენილებებით და არ იცვლებოდა რეგიონულ ან ადგილობრივ დონეზე.

სემაშკოს პრინციპები მისაღებს წარმოადგენდა საგანგებო პერიოდებში (სამოქალაქო და სამამულო ომებს შორის პერიოდი), ომის პერიოდში და ომის შედეგად დანგრეული მრეწველობის თანმიმდევრული აღდგენის პერიოდში. შემდგომ პერიოდებში იგი უფრო მეტად ტოტალური სახელმწიფოებრიობის ანტიდემოკრატიულობას ავლენდა (Schechter, 1992).

საბჭოთა სისტემაში ჯანმრთელობის დაცვის დამფინანსებლად, მწარმოებლად და მაკონტროლებლად გვევლინება სახელმწიფო. სახელმწიფო საკუთარი მოტივაციიდან გამომდინარე განსაზღვრავს იმ აუცილებელი ფორმების, მეთოდების და სახეების არსებობას, რომელსაც თვითონ თვლის საჭიროდ. სახელმწიფო წარმოადგენს როგორც დამკვეთს, ისე მიმწოდებელს, რითაც ქმნის წარმოების მონოპოლისტურ სისტემას, რაც თავის მხრივ გულისხმობს მკაცრად ცენტრალიზებული და რეგლამენტირებული სისტემების შექმნას.

ზედმეტად ცენტრალიზებული სისტემის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა ბიუროკრატია, შეიქმნა სამსახურების დაქვემდებარების მრავალსაფეხურიანობა, ხოლო პერიფერიაზე გაქრა ექიმის პირდაპირი პასუხისმგებლობა მასთან მიმაგრებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე. სხვადასხვა დონის ხელმძღვანელების კორპუსი იზრდებოდა, მაშინ როცა პრაქტიკის ექიმების მდგომარეობა უარესდებოდა როგორც მატერიალურად, ისე დატვირთვის თავლსაზრისით. ექიმების ჭარბი რაოდენობით მათი მუშაობის ეფექტურობა მკვეთრად შემცირდა.

სახელმწიფოს ცენტრალური დაგეგმარება, რომელიც შეიქმნა მასიური დაავადებების სალიკვიდაციოდ საჭირო ამოცანების გადასაწყვეტად, შემდგომ წლებში ნაკლებად ხელსაყრელი აღმოჩნდა და გადაიქცა ყოვლისმომცველი ნორმატივების ჩამონათვლად, რომელიც სისტემას აიძულებდა ემუშავა ფორმალურად უხეში მეთოდების მიხედვით. აღნიშნული განაპირობებდა ჯანდაცვის სისტემის მართვის მოშლას. ქვეყანაში სხვადასხვა ნორმატივებით განსაზღვრული იყო ჯანდაცვის საწარმოო სტრუქტურა, მისი მუშაობის მოცულობა. ნორმატივების მიხედვით იქმნებოდა ჯანდაცვის ორგანიზაციათა ქსელი. მიმწოდებელი შეზღუდული იყო ამ ნორმატივებით.

ჯანდაცვის რესურსები

ერთი შეხედვით, საბჭოთა კავშირი წარმოგვიდგება რესურსებით მდიდარ ქვეყნად, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე ექიმთა და საავადმყოფოების საწოლების ყველაზე მეტი რაოდენობაა. თუმცა, რესურსების დონე არ იყო თანაბარი რესპუბლიკებში, მიუხედავად ცენტრალური ხელისუფლების შესაძლებლობისა, დაგეგმვის ცენტრალიზებული მექანიზმის მეშვეობით გაენაწილებინა და გაეკონტროლებინა რესურსები. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი მერყეობდა ყოველ ათას მოსახლეზე 2,7 ექიმიდან

ტაჯიკეთში, 5,7 ექიმამდე საბჭოთა საქართველოში. ცენტრალური აზიის რესპუბლიკებს ასევე ქონდათ ნაკლები საავადმყოფო საწოლები (ცხრილი 1).

საქართველოში არსებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემა ვერ პასუხობდა თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებს და 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, აშშ-ში - 2,8-ს, იაპონიაში - 2,1-ს. ჯანდაცვის მუშაკების დაბალი შრომის ანაზღაურების გამო, ნაკლები იყო მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სტიმული.

ცხრილი 1: ექიმები და საწოლთა ფონდი 1000 მოსახლეზე, საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში, 1987 წ.

	ექიმები	საავადმყოფოს საწოლები
საქართველო	5.7	10.8
ლატვია	4.9	14.1
ესტონეთი	4.8	12.3
რუსეთი	4.6	13.6
ლიეტუვა	4.4	12.6
უკრაინა	4.3	13.3
ბელორუსია	3.9	13.4
ყაზახეთი	3.9	13.3
მოლდავეთი	3.9	12.9
აზერბაიჯანი	3.9	9.8
სომხეთი	3.9	8.6
უზბეკეთი	3.5	12
ყირგიზეთი	3.5	11.9
თურქმენეთი	3.5	10.9
ტაჯიკეთი	2.7	10.4
საბჭოთა კავშირი სულ	4.3	13.6

წყარო: Rowland D, Telyukov AV. Soviet health care from two perspectives. Health Aff (Millwood). 1991 Fall;10(3):71-86.

საბჭოთა ჯანდაცვის დაგეგმვის პრიორიტეტს წარმოადგენდა ექიმების და ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობრივი ზრდა, შედარებით ნაკლები აქცენტით ხარისხობრივ მიზნებზე. ეს პროვოცირებები დაქირავებულები იყვნენ სახელმწიფოს მიერ და მუშაობდნენ სახელმწიფო ამბულატორიულ დაწესებულებებში, სასწრაფო დახმარების სისტემებში და საავადმყოფოებსა და სანატორიუმებში. სამედიცინო დაწესებულებების ხარისხი და პერსონალის კვალიფიკაციის დონე მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა.

ჰოსპიტალური სექტორი რეგიონალიზებული იყო და იყოფოდა ზოგად და სპეციალიზებულ საავადმყოფოებად. ის მოიცავდა ადგილობრივ სათემო საავადმყოფოებს, რომლებიც ემსახურებოდნენ დაახლოებით 5000 ადამიანით დასახლებულ თემებს; სასოფლო და ქალაქის რაიონულ საავადმყოფოებს, რომლებიც ემსახურებოდნენ დაახლოებით 50,000 მოსახლეობით ტერიტორიებს; ცენტრალური ქალაქის საავადმყოფოებს, რომელიც ემსახურებოდნენ დაახლოებით 200,000 მოსახლეობას; და რეგიონულ საავადმყოფოებს, რომლებიც ემსახურებოდნენ ორ-სამ მილიონ ადამიანს. საავადმყოფოს ზომა მერყეობდა საშუალოდ ოცდათექვსმეტი საწოლიდან ადგილობრივ სათემო საავადმყოფოში 900-ზე მეტ საწოლამდე რეგიონულ საავადმყოფოში. ცენტრები. ამ სისტემაში უფრო რთული შემთხვევების სამკურნალოდ მიმართვა ხდებოდა რეგიონულ ცენტრებში.

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.

პირველადი ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემა მოწყობილი იყო მომსახურების საუბნო-ტერიტორიული პრინციპით, კერძოდ პაციენტების კონტიგენტი პოლიკლინიკის ექიმთა შორის განაწილებული იყო თანაბრად და ტერიტორიული ანუ საცხოვრებელი ადგილის პრინციპის მიხედვით დაყოფილი იყო უბნებად. ამ სისტემაში პაციენტს არ ჰქონდა უბნის ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლება. უბნის ექიმებს არ გააჩნდათ "მეკარიბჭის" ფუნქცია, რადგან პაციენტებს ჰქონდათ მარტივი და შეუზღუდავი წვდომა ამბულატორიის ექიმ სპეციალისტებზე (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2022).

ცენტრალიზებულ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში ექიმები იყვნენ სახელმწიფო მოხელეები. კონკრეტული გეოგრაფიული ტერიტორიის მოსახლეობას ემსახურებოდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დანიშნული ფელდშერი, უბნის თერაპევტი და უბნის პედიატრი, რომელიც კოორდინაციას უწევდა პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას. სოფლად, სადაც საბჭოთა მოქალაქეების ერთი მესამედი ცხოვრობდა, ამბულატორიული მომსახურების ძირითადი ელემენტი იყო ფელდშერის კაბინეტი. ფელდშერი წარმოადგენდა საშუალო დონის პრაქტიკოსს, რომელიც პასუხისმგებელი იყო იმუნოზაციაზე, პირველადი ჯანდაცვის, ნორმალური მშობიარობისა

და მცირე ქირურგიულ სერვისებზე. ფელდშერი ემსგავსებოდა ამერიკელი ექთან პრაქტიკოსს, მაგრამ ასრულებდა უფრო მეტ მომსახურებას. არათანაბრად დასახლებულ სოფლებში ფელდშერის მომსახურებას ცვლიდა უბნის ექიმის მომსახურება. პაციენტი მომსახურების საჭიროებისას პირველად მიმართავდა ფელდშერს ან უბნის ექიმს. თუ ამ დონეზე ვერ ხდებოდა დახმარების გაწევა, პაციენტები უფრო რთულ შემთხვევებში მიმართავდნენ პოლიკლინიკებს ან რაიონულ საავადმყოფოებს. ამ მხრივ, ფელდშერი ან უბნის ექიმი აგრეთვე იყო სამედიცინო მომსახურების დამაკავშირებელი რგოლი სოფლის ამბულატორიას, პოლიკლინიკასა და საავადმყოფოს შორის.

საბჭოთა კავშირში პროფილაქტიკური მედიცინა უმეტეს შემთხვევაში მხოლოდ ქალაქში იყო დაწერილი და რეალურად არ ხორციელდებოდა. ექიმების ძირითადი ძალისხმევა მიმართული იყო დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე, შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემა უმთავრესად ორიენტირებული იყო ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებაზე და სპეციალისტებზე (ჯორბენაძე, 2023). საოჯახო მედიცინის ინტეგრირებული მოდელი არ არსებობდა. სამედიცინო განათლების სისტემისათვის დამახასიათებელი იყო ადრეული სპეციალიზაცია და ნაკლები ყურადღება ექცეოდა თანამედროვე პირველადი ჯანდაცვის მიდგომებს, როგორცაა საოჯახო მედიცინის პრაქტიკა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. საოჯახო მედიცინის პროფესიას დაბალი პატივისცემა ჰქონდა სხვა სამედიცინო სპეციალისტთა შორის.

უბნის ექიმები ნაკლებად მუშაობდნენ, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ექიმები. ისინი მუშაობდნენ როგორც ე.წ. დისპეტჩერები, რომელთა უმთავრეს პასუხისმგებლობას შეადგენდა პაციენტის მიმართვა ექიმ სპეციალისტებთან. ექიმების სპეციალიზაციისკენ სწრაფვამ უარყოფითად იმოქმედა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პროფესიულ დონეზე. პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწეობდნენ სამედიცინო უნივერსიტეტის ახალი კურსდამთავრებულები და ექიმ სპეციალისტები, რომელთაც არ ჰქონდათ პირველადი ჯანდაცვის სფეროში სათანადო კლინიკური სპეციალიზაცია. იმდენად დაბალი იყო მათი საოჯახო მედიცინის კომპეტენციები, რომ აღარ შეეძლოთ მარტივი დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების დასრულება. შედეგად, პაციენტების მხოლოდ 18-26%, ვინც მკურნალობას იწყებდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან, ამთავრებდა მკურნალობას იმავე დონეზე, მაშინ, როდესაც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში პაციენტთა 70-75% ასრულებს მკურნალობას ოჯახის ექიმთან (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2023).

გარდა ამისა, სამკურნალო მომსახურებას ძირითადად აწვდიდნენ პოლიკლინიკის ექიმ სპეციალისტები, რომლებიც ჩვეულებრივ ქალაქებში მოღვაწეობენ. სოფლის ამბულატორიები უზრუნველყოფდნენ შეზღუდულ სამედიცინო მომსახურებას. ასე რომ, პირველადი ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის დროს ჯანდაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპი არ განხორციელებულა.

საბჭოთა პერიოდში პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ანაზღაურება ხორციელდებოდა ფიქსირებული ხელფასის მეთოდით, რომელიც ძალიან

დაბალს შეადგენდა. სამედიცინო პერსონალის შემოსავლებს შორის მცირე განსხვავება აღინიშნებოდა, რაც მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ნაკლებ შესაძლებლობას იძლეოდა. არარსებობდა ფინანსური და მატერიალური წახალისების მექანიზმები. აქედან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს არ ჰქონდა მომსახურების ეფექტურად გაწევის და ხარისხის გაუმჯობესების სტიმული. დაბალი ხელფასის გამო ფართოდ იყო გავრცელებული არაფორმალური ანაზღაურება უკეთესი ხელმისაწვდომობის ან უფრო მაღალი ხარისხის სერვისების მისაღებად.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არასათანადოდ განვითარების გამო მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა მას, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ძირითადი სახეობების მიწოდება ხდებოდა საავადმყოფოებისა და სპეციალიზებული პოლიკლინიკების საშუალებით. 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.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში ბოლოდროინდელ სიახლეს წარმოადგენდა სამედიცინო კოოპერატივი. ეს კოოპერატივები არსებობდნენ როგორც დამოუკიდებელი პროვაიდერები პოლიკლინიკური სისტემის გარეთ, მაგრამ დამოკიდებულნი იყვნენ ადგილობრივ ხელისუფლებაზე საქმიანობის დაწყების და იჯარის ნებართვისთვის. საბჭოთა მოქალაქეებს შეეძლოთ აერჩიათ სამედიცინო კოოპერატივებით სარგებლობა მათთვის დანიშნული პოლიკლინიკის ნაცვლად, მაგრამ კოოპერატივების მომსახურება მოითხოვდა ანაზღაურებას.

ჯანდაცვის პერსონალის შემადგენლობა დროთა განმავლობაში შეიცვალა როგორც ექიმი-დამხმარე პერსონალის თანაფარდობაში, ასევე ექიმ სპეციალისტების განაწილებაში. 1989 წელს თითო ექიმზე 2,7 საშუალო დონის პრაქტიკოსი მოდიოდა, 1970 წელს კი 3,2. აღნიშნული მიგვანიშნებს საბჭოთა კავშირში ექთნების, სამედიცინო ტექნიკოსების და ლაბორატორიული პერსონალის ნაკლებობაზე. გაიზარდა თერაპევტებისა და ფსიქიატრების რაოდენობა, ხოლო შემცირდა სტომატოლოგების, ფთიზიატრების, ეპიდემიოლოგების რაოდენობა.

ჯანდაცვის სისტემის საბჭოურ მოდელში ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობამ, მის ფუნქციონირებაში სახელმწიფოს აქტიურმა ჩარევამ იგი სრულ ბიუროკრატიზაციამდე მიიყვანა. 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 განახლების ან თუნდაც შენარჩუნების ნაცვლად გამოყოფდა სახსრებს ახალი ობიექტების ასაშენებლად.

1988 წელს ჯანდაცვის 115 ობიექტი რჩებოდა მშენებარე სტადიაზე, რომელთა უმრავლესობა შემდგომ პერიოდშიც დიდხანს რჩებოდა დაუმთავრებელი.

ჯანდაცვის დაწესებულებების მატერიალური ბაზა, განსაკუთრებით რაიონებსა და სოფლებში, როგორც წესი, არ შეესაბამებოდა თანამედროვე სანიტარიულ მოთხოვნებს შენობის, წყლით მომარაგების, კანალიზაციის, ელექტრომომარაგების, მართვის საინფორმაციო ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფის და ა.შ. თვალსაზრისით. მათი უმეტესობა განთავსებული იყო შეუფერებელ შენობა-ნაგებობაში, ტიპური შენობები კი მოუვლელობის გამო ნაკლებად ასრულებდნენ თავის ფუნქციურ დანიშნულებას. აპარატურა, მოწყობილობები და ინვენტარი მოძველებული ან უვარგის წარმოადგენდნენ. განსაკუთრებით მძიმე ვითარებაში აღმოჩნდნენ რაიონული და სოფლის ჯანდაცვის დაწესებულებები. დაზიანებული შენობები ცივი ზამთრის განმავლობაში არ თბებოდნენ და არ გააჩნდათ წამლისა და აღჭურვილობის უმარტივესი მარაგი.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების პრინციპები

1937 წლამდე ჯანდაცვის სექტორისათვის განკუთვნილი დასაქმებულთა ფინანსური საშუალებები თავს იყრიდა ჯანსაზღვრის ბიუჯეტში. 1937 წლიდან იგი გადავიდა საერთო ბიუჯეტში, საიდანაც ხდებოდა მათი გადა-ნაწილება ცალკეულ საზღვარსა და სფეროებს შორის.

სამედიცინო ორგანიზაციები ფინანსდებოდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების საფუძველზე და დამოკიდებული იყო საავადმყოფოს სიმძლავრეზე, პერსონალის რაოდენობასა და საწოლთა ფონდზე. ქვეყნის ჯანდაცვის ბიუჯეტი ხუთ სხვადასხვა საფინანსო კარში იყო გათვალისწინებული:

- კარი N 203 – ჯანმრთელობა;
- კარი N 200 – განათლება (სამედიცინო განათლება);
- კარი N 202 – მეცნიერება (სამედიცინო);
- კარი N 201 – მუზეუმები (სამედიცინო);
- კარი N 214 – მმართველობის აპარატის შენახვა.

კარები იყოფოდა თავებად, თავები პარაგრაფებად, პარაგრაფები მუხლებად. კარი N 203 კარის 63-ე თავში შედიოდა ცხრა პარაგრაფი:

1. საავადმყოფოები;
2. პოლიკლინიკები (დისპანსერები);
3. კატასტროფის მედიცინა;
4. სისხლის გადასხმის სადგური;
5. სანეპიდსადგური;
6. დეზსადგური;
7. ეპიდემიის ფონდი;
8. სანგანათლების სახლი;
9. ცენტრები, კურორტები, სპეც. ბაზა.

ნებისმიერი ზემოთ ჩამოთვლილი პარაგრაფი დაყოფილი იყო მუხლებად, რომლებიც ითვალისწინებდნენ არა მარტო დაწესებულებების, არამედ ხარჯვის მიმართულებებსაც. კერძოდ, 203 კარის 63-ე თავის პარაგრაფი I-ში გათვალისწინებული იყო 13 მუხლი:

1. ხელფასი;
2. დარიცხვა ხელფასზე;
3. სამეურნეო ხარჯები;
4. მივლინების ხარჯები;
5. სამეცნიერო ხარჯები;
6. სტიპენდია;
7. კვება;
8. მედიკამენტები;
9. მაგარი ინვენტარი;
10. რბილი ინვენტარი;
11. კაპიტალური მშენებლობა;
12. კაპიტალური შეკეთება;
13. სხვა ხარჯები.

ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება 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. საჭიროებისამებრ სახსრების გადატანა ბიუჯეტის ერთი კარიდან მეორეში, ან ერთი მუხლიდან მეორეში ფინანსთა სამინისტროს ჩარევის გარეშე ფაქტიურად შეუძლებელს წარმოადგენდა.

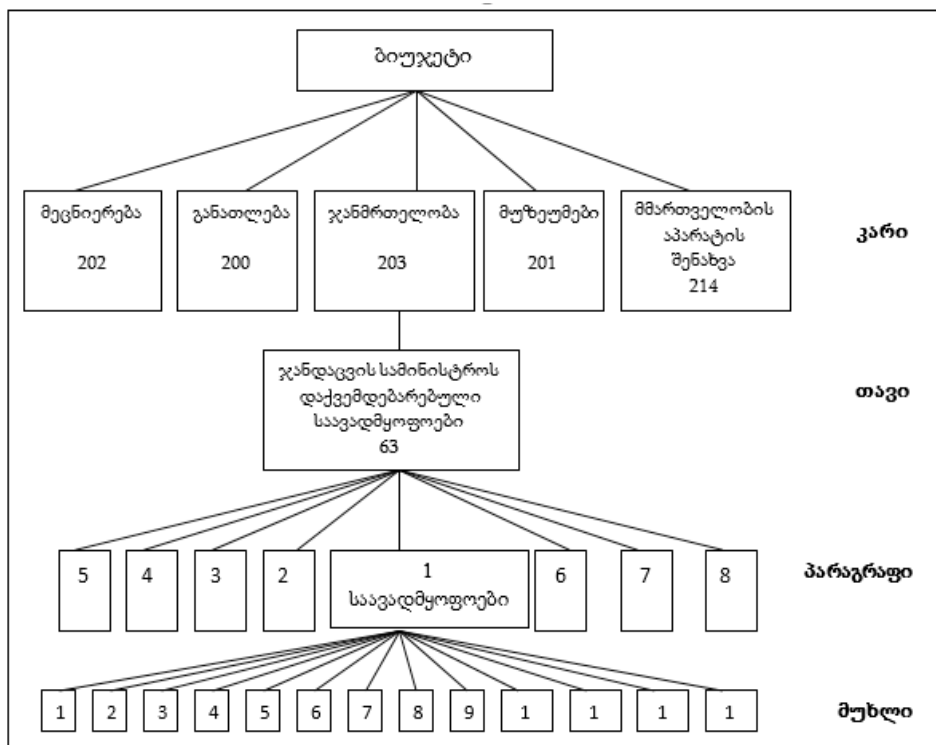
ასეთი სახის დაგეგმარება მოითხოვდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მკაცრად რეგლამენტირებულ სისტემას და სრულიად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისათვის სახსრების გამოყოფა ხორციელდებოდა ნარჩენი დაფინანსების პრინციპით, სადაც გათვალისწინებული იყო არა კონკრეტული მოთხოვნა სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე, არამედ არსებული დაწესებულებების შენახვის ხარჯები. დაფინანსების გაზრდის მიზნით სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებული იყო გაეზარდა პერსონალის და საწოლების რაოდენობა. დაფინანსების არსებული სისტემის პირობებში სამედიცინო პერსონალს არ ჰქონდა სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხით გაწევის სტიმული. მოძველებული კლინიკური პრაქტიკის შედეგად სისტემა არ ახდენდა მოსახლეობის საჭიროებებზე სათანადო რეაგირებას.

საბჭოთა კავშირი იყო ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, რომელმაც გამოაცხადა უფასო სამედიცინო მომსახურება (გერმანიამ უფრო ადრე შემოიღო ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ იგი არ ითვალისწინებდა საერთო ხელმისაწვდომობის პრინციპს). სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება „საყოველთაო და უფასო სამედიცინო დახმარება“ გულისხმობდა, რომ მოსახლეობა უნდა ყოფილიყო უზრუნველყოფილი განსაზღვრულად გარანტირებული სამედიცინო დახმარებით. კონსტიტუციით განსაზღვრული უფასო სამედიცინო მომსახურების უფლება ატარებდა არამარტო სოციალურ, არამედ პოლიტიკურ ხასიათს, რადგან მას უნდა ეჩვენებინა სოციალისტური სისტემის პროგრესულობა და იგი საბჭოთა პროპაგანდის

ნაწილს წარმოადგენდა. თუმცა, პიროვნების უფლება მისი ჯანმრთელობის დაცვაზე გარკვეულწილად ირღვეოდა, ვინაიდან მას არ ჰქონდა სურვილისამებრ სამკურნალო დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის თავისუფალი არჩევის საშუალება. მიუხედავად დეკლარირებული უფასო სამედიცინო დახმარებისა, მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე. უმეტეს შემთხვევებში, ავადმყოფს მაინც უხდებოდა “ექიმის ჰონორარის” თავისი ჯიბიდან გადახდა. უფასო სამედიცინო დახმარება საშუალო ნორმის ფარგლებში იყო. ამგვარად, ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი წარმოადგენდა უფრო მეტად მოსახლეობის სოციალური დაცვის, ვიდრე კლასიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას.

ჯანდაცვის დაფინანსების პრინციპს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებების შენახვის პრინციპი და არა საზოგადოების მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე. მოთხოვნა დინამიური პროცესია, ხოლო დაფინანსების სემამკოს მოდელი სტატიური და დროულად ვერ რეაგირებდა ამ პროცესზე.

დიაგრამა 1: ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება



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.

1987 წელს საბჭოთა კავშირმა ჯანდაცვაზე დახარჯა მშპ-ის 3,1 პროცენტი, მაშინ როდესაც ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) წევრ ქვეყნებში საშუალოდ მშპ-ის 7,5%-ს შეადგენდა. 1980 წლიდან, 1989 წელს მიაღწია 3.4 პროცენტს. ჯანდაცვის ხარჯები საბჭოთა კავშირის მთლიანი სახელმწიფო ბიუჯეტის ძალიან მცირე კომპონენტს შეადგენდა (ცხრილი 2).

ცხრილი 2: ჯანდაცვის ხარჯები მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (GNP), ბიუჯეტის და სოციალური ხარჯების პროცენტული წილი, საბჭოთა კავშირი, 1960-1989 წწ.

	1960	1970	1980	1985	1989
მშპ-ის %	-	-	3%	2.8%	3.4%
ბიუჯეტის ხარჯების %	5.8%	6.0%	4.9%	4.5%	5.1%
სოციალური ხარჯების %	17%	20.1%	18.1%	17%	17.9%

წყარო: Rowland D, Telyukov AV. Soviet health care from two perspectives. Health Aff (Millwood). 1991 Fall;10(3):71-86

პირდაპირი სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე შეადგენდა 1989 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯების მხოლოდ 5.1%-ს. ჯანდაცვის ცენტრალური ბიუჯეტის წილი რეალურად შემცირდა 1970 წლის 6%-დან 5.1%-მდე 1989 წელს. თუმცა, მთავრობა წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურების ძირითად მყიდველს და ჯანდაცვის ხარჯების უმეტესი წილი მასზე მოდიოდა.

ჯანდაცვის დანახარჯებში დომინანტური ძალას შეადგენდა ჰოსპიტალური სექტორი. 1988 წელს ჯანდაცვის დანახარჯების 78% გამოიყო საავადმყოფოებზე. შედარებისათვის, აშშ-ში დანახარჯების მხოლოდ დაახლოებით 40% მოდიოდა ჰოსპიტალური სექტორი. ჯანდაცვის ხარჯების დარჩენილი 22 პროცენტი განაწილდა ამბულატორიულ დაწესებულებებზე (11%), სასწრაფო დახმარების სამსახურებზე (2%) და სანატორიუმებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობებზე (9%). ჯანდაცვის ხარჯების განაწილება თითქმის უცვლელი რჩებოდა ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა არაადეკვატურ დაფინანსებას და ზედმეტად მკაცრ ცენტრალიზებულ კონტროლს. ბოლო ოცდაათი წლის განმავლობაში ფედერალური ბიუჯეტისა და მშპ-ში ჯანდაცვის ხარჯების წილის კლებამ შეაფერხა ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა, სამედიცინო დაწესებულებების მოდერნიზაცია, აღჭურვილობის გამოცვლა ან განახლება. აღნიშნულმა გამოიწვია ჯანდაცვის მუშაკთა პროდუქტიულობისა და მომ-

სახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტიმულის ნაკლებობა (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2024). თავის მხრივ, მომხმარებელთა ნდობა ჯანდაცვის მიწოდების სისტემის მიმართ დაქვეითდა, რადგან ფართოდ გავრცელდა მომსახურების მისაღებად ქრთამი და არალეგალური გადასახადები (Shishkin, 1999).

მკაცრმა ცენტრალიზებულმა დაგეგმვამ და კონტროლმა გაამწვავა დაფინანსების დეფიციტი. ხუთწლიან გეგმებში ასახული ცენტრალიზებული დაგეგმვის პროცესი ხაზს უსვამდა რაოდენობრივ და არა ხარისხობრივ მიზნებს, რასაც მოჰყვა სამედიცინო დაწესებულებების სიჭარბე ხარისხის გათვალისწინების გარეშე. სისტემა ხელს უწყობდა ახალ მშენებლობებს და არა არსებულის რეკონსტრუქციას. უფრო მეტი ძალისხმევა მიმართული იყო ცენტრალური გეგმების მკაცრად აღსრულებაზე, და შედარებით მცირე ადგილი რჩებოდა ადგილობრივ პირობებთან და პრიორიტეტებთან ადაპტაციისთვის. უფრო მეტიც, გაიზარდა უთანასწორობა რესპუბლიკებს შორის.

ამგვარად, საბჭოთა ხელისუფლების პირველ წლებში საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემამ შესაძლებელი გახდა ქვეყანა გამოეყვანა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კრიზისიდან. თუმცა, შემდგომ პერიოდებში საბჭოთა ჯანდაცვის პრინციპები გადაიქცა მედიცინის განვითარების შეჩერების ფაქტორად. შეზღუდული დაფინანსების, მკაცრი ცენტრალიზებული კონტროლისა და ინოვაციების ნაკლებობის შედეგად, საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა მკვეთრად ჩამორჩა მედიცინის ტექნოლოგიურ მიღწევებს.

დამოწმებული წყაროები და ლიტერატურა

ვერულავა, თ., ჯორბენაძე, ა. (2024). ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარება საქართველოში. *საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე- ისტორიის, არქეოლოგიის, ეთნოლოგიისა და ხელოვნების ისტორიის სერია*. № 1.

ვერულავა, თ., ჯორბენაძე, ა. (2022). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების 1995-2003 წლების გამოცდილება და რეკომენდაციები. *ეკონომისტი*. 2.

ვერულავა, თ., ჯორბენაძე, ა. (2022). ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში. *ეკონომისტი*. 3.

ვერულავა, თ., ჯორბენაძე, ა. (2023). ამერიკის შეერთებული შტატების დახმარება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში. *ეკონომისტი*. 3.

ჯორბენაძე, ა. ვერულავა, თ. (2022). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების პირველი ნაბიჯები დამოუკიდებელ საქართველოში. *ეკონომიკა და ბიზნესი*. 1.

ჯორბენაძე, ა. (2021). *როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა. წიგნი I (1993-1997 წლები)*. თბილისი.

ჯორბენაძე, ა. (2023). *როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა. წიგნი 2 (1998-2003 წლები)*. თბილისი.

Семашко, Н. (1967). *Избранные произведения* .Ред. П.И. Калью. М.: Издательство „Медицина“.

Rowland, D. Telyukov, AV. (1991). Soviet health care from two perspectives. *Health Aff (Millwood)*. Fall;10(3).

Конституция СССР (Основной Закон). М.: Издательство „Красная Звезда“.

Народное хозяйство СССР в 1989 году. (1990). Москва: Издательство «Финансы и статистика»,

Sheiman, I. (2013). Rocky road from the Semashko to a new health model. *Interview by Fiona Fleck. Bull World Health Organ*. 1;91(5):320-1. doi: 10.2471/BLT.13

Eberstadt, N. (2006). The Health Crisis in the USSR. *International Journal of Epidemiology*. Volume 35. Issue 6:1384–1394, <https://doi.org/10.1093/ije/dyl238>

Shishkin, S. (1999)“Problems of Transition from Tax-Based System of Health Care Finance to Mandatory Health Insurance Model in Russia.” *Croatian Medical Journal*. 40.

Schecter, K. (1992). Soviet Socialized Medicine and the Right to Health Care in a Changing Soviet Union. *Human Rights Quarterly*. 14(2), 206–215. <https://doi.org/10.2307/762424>

Tengiz Verulava

THE CRISIS OF THE SOVIET HEALTH CARE SYSTEM: AN ANALYSIS OF THE CAUSES

Abstract

For seven decades, the Soviet healthcare system was the country's most exceptional and forward-looking institution as well as people's welfare was declared to be essential for its prosperity and proper functioning. Moreover, health was viewed as one of the necessary goods entitled to every human being. Thus, the state had full authority to provide medical care. The centralized Soviet system became a model for developing countries and other socialist states. It was established to ensure access to basic services, immunizations, and maternal and child care for all citizens, and achieved significant results in the fight against infectious diseases and epidemics. However, in the later period, the highly centralized system became a factor of delay in the development of medical science. Lack of economic motivation and active state intervention in the sector led it to complete bureaucratization. The system was interested not so much in satisfying the patient's needs and solving his problems, but in artificially expanding the network. Although the technological and material foundation of healthcare facilities was morally and physically obsolete or almost ruined, the state allocated funds for the construction of new facilities instead of renovating or even maintaining the existing ones. Then system of higher medical education in Georgia could not respond to modern global standards

and growing demands. Deficiencies of professional skills led to an overabundance of medical personnel and relatively low qualifications. The rate of provision of doctors was the highest in the world, which indicated the build-out of the health-care system in an extensive way instead of quality. Due to the low wages of health workers, there was less incentive to provide high quality medical care.

Keywords: Soviet healthcare, Semashko model, Soviet Georgia, healthcare system.