



ა(ა)იპ საქართველოს საპატრიარქოს წმიდა ტბელ აბუსერისძის სახელობის სასწავლო  
უნივერსიტეტი

აგრარულ მეცნიერებათა და ბიზნესის ადმინისტრირების ფაკულტეტი

**ნარგიზ ქობულაძე**

**სამედიცინო მომსახურების ბაზარი და მისი ეფექტიანობა  
საქართველოში**

ნაშრომი შესრულებულია ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრის აკადემიური ხარისხის  
მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: **ლაშა ბერიძე**

ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი,

ასოცირებული პროფესორი

ხიჯაური

2019

## ა ნ ო ტ ა ც ი ა

ჯანმრთელობის დაცვა მომსახურების განსაკუთრებულ სფეროს წარმოადგენს, რომელიც უდიდეს როლს ასრულებს ეკონომიკური ზრდის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მაჩვენებლების ფორმირებაში. სამედიცინო მომსახურება განაპირობებს შრომითი რეზერვების ხარისხს და კვლავწარმოებას, ქმნის სოციალური და ეკონომიკური ზრდის ბაზას. ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტური სისტემა ეროვნული უსაფრთხოების გარანტიაა. ამდენად, ჯანდაცვის სისტემის გამართული და წარმატებული მუშაობა უმნიშვნელოვანესია ქვეყნის კეთილდღეობის მაჩვენებლების გაზრდისათვის.

ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური და კონსტიტუციით განსაზღვრული უფლებაა ჯანმრთელობის დაცვა. გამომდინარე აქედან, განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ქვეყანაში მოქმედი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ანალიზს და მისი ეფექტიანობის კვლევას, რომელიც განხორციელდა წინამდებარე ნაშრომის ფარგლებში. ჩატარებული კვლევების შედეგად მიღებული მონაცემების შეჯერების საფუძველზე, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლების მიზნით, მომზადდა თეორიული და პრაქტიკული სახის რეკომენდაციები.

## ANNOTATION

### **Medical service market And its effectiveness in Georgia**

Health care is a special part of service, which plays a major role in the formation of quantitative and qualitative indicators of economic growth. The medical service provides the reproduction and quality of labor reserves, greates a base for social and economic growth. National security guarantee is an effective health care system. Thus, the well-being and successful work of the health care system, it is important to increase the country's wellbeing indicators.

One of the fundamental and constitutional rights of human beings is the right to health. Therefore, it is of particular importance to analyzing the public health system in the country and

researching its effectiveness. Were prepared theoretical and practical recommendations In order to improve the efficiency of the health system.

Nargiz Kobuladze

## ს ა რ ჩ ე ვ ი

<b>შესავალი</b>	4
<b>I - სამედიცინო მომსახურების ბაზარი და მისი ძირითადი მახასიათებლები</b>	6
1.1 - სამედიცინო მომსახურების ბაზრის არსი, სპეციფიკა და თავისებურებანი	6
1.2 - სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება და რეგულირება	11
1.3 - სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სისტემა და მომსახურების მიწოდება	19
<b>II - სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ანალიზი</b>	28
2.1 - ჯანდაცვის ბაზარი და მისი განვითარების ტენდენციები	28
2.2 - სამედიცინო მომსახურების ბაზრის დაფინანსება და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები	33
2.3 - კონკურენტული გარემოს დახასიათება საქართველოს ჯანდაცვის ბაზარზე	44
<b>III - საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მომხმარებელთა მარკეტინგული კვლევა</b>	57
3.1 - კვლევის მეთოდოლოგია და კვლევაში მონაწილე ჯგუფის სტრუქტურა	57
3.2 - სამედიცინო მომსახურებით მომხმარებელთა კმაყოფილების დონის კვლევა	59
3.3 - ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ მომხმარებელთა ინფორმირებულობის კვლევა	65

დასკვნები და რეკომენდაციები -----	67
გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა -----	70
დანართი №1 -----	73

## შესავალი

**თემის აქტუალობა.** ნებისმიერი ადამიანი, თავისი არსებობის ობიექტური პირობებიდან გამომდინარე, საჭიროებს ჯანმრთელობის დაცვას, რომელიც მთლიანობაში საზოგადოებრივი კვლავწარმოების პროცესის წარმმართველი ძირითადი ინდიკატორია. მოსახლეობის ჯანმრთელობას დიდი წვლილი შეაქვს ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაში და სწორედ იგი წარმოადგენს ეკონომიკური აღმავლობის ძირითად რესურსს.

**კვლევის მიზანი და ამოცანები.** ჯანმრთელობის დაცვა, ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა. გამომდინარე აქედან, განსაკუთრებით აქტუალურია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი ეფექტიანობის ხარისხის გამოკვლევა და ერთგვარი გაანალიზება სამედიცინო მომსახურების კუთხით. საზოგადოებას და მის თითოეულ ინდივიდს აქვს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული უამრავი პრობლემა. ზოგჯერ მათი პრობლემები ურთიერთთანხვედრია, ზოგჯერ კი პირიქით. როდესაც ეს პრობლემები ერთმანეთს მასიურად ემთხვევა, ივარაუდება, რომ საქმე გვაქვს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაბალ დონესთან და ეფექტიანობის ნაკლებობასთან.

ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, დავინტერესდით რა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვით, გადაწყვიტეთ გამოგვეკვლია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა და ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორცაა სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ეფექტიანობა და მოსახლეობის კმაყოფილების დონე.

**კვლევის საგანი.** წინამდებარე ნაშრომის კვლევის საგანს წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, სამედიცინო მომსახურების ბაზარი და მოსახლეობის დამოკიდებულება არსებული სამედიცინო მომსახურების მიმართ.

**კვლევისათვის გამოყენებული მეთოდები.** ნაშრომის შედგენისას გამოყენებული იქნა სისტემური მიდგომის, სტატისტიკური დაკვირვების, ანალიზის და შედარების მეთოდები. კვლევაში გამოყენებული იქნა შემდეგი საინფორმაციო ბაზა: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების, მართვისა და პოლიტიკის მიმართულებებთან დაკავშირებული საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და

სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდები და ნორმატიული მასალები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მასალები და ჯანდაცვის სფეროში სხვადასხვა მეცნიერთა ნაშრომები.

**ნაშრომის სტრუქტურა.** ნაშრომის პირველ თავში განხილულია ზოგადად სამედიცინო მომსახურების ბაზარი და განსაზღვრულია მისი ძირითადი მახასიათებლები. აღწერილი და განმარტებულია განსხვავებები, რომლებიც ახასიათებს ჩვეულებრივ ბაზარსა და სამედიცინო მომსახურების ბაზარს. მოცემულია სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების და რეგულირების მექანიზმები. წარმოდგენილია საქართველოში არსებული სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სისტემა და მომსახურების მიწოდების თავისებურებები.

მეორე თავში წარმოდგენილია სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ანალიზი, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის ისტორიულ მიმოხილვას, სისტემაში არსებულ მდგომარეობას და განვითარების ტენდენციებს, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის დაფინანსების საკითხებს და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებს. აგრეთვე გამოკვლეული და დახასიათებულია კონკურენტული გარემო სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე და ახსნილია თავისებურებები.

ნაშრომის მესამე თავი დაეთმო უშუალოდ კვლევის პროცესს, კერძოდ მეთოდის ფარგლებში განხორციელდა საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მომხმარებელთა კვლევა, განსაზღვრული იქნა კვლევაში მონაწილე ჯგუფის სტრუქტურა და გადმოცემული იქნა სამედიცინო მომსახურებით მომხმარებელთა კმაყოფილების დონის და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ მომხმარებელთა ინფორმირებულობის კვლევის შედეგები.

დასკვნით ნაწილში გადმოცემულია ნაშრომის ფარგლებში მოპოვებული ინფორმაციების და ჩატარებული კვლევების შედეგების შეჯერების საფუძველზე მიღებული შედეგების ანალიზი და გაკეთებული დასკვნებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლების მიზნით, მითითებულია თეორიული და პრაქტიკული სახის რეკომენდაციები.

## თავი 1. სამედიცინო მომსახურების ბაზარი და მისი ძირითადი მახასიათებლები

### 1.1 სამედიცინო მომსახურების ბაზრის არსი, სპეციფიკა და თავისებურებანი

თანამედროვე ეკონომიკის ერთ-ერთ პერსპექტიულ მიმართულებას წარმოადგენს მომსახურების ბაზარი, რომელშიც მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სამედიცინო მომსახურებას. სამედიცინო მომსახურება უდიდეს როლს ასრულებს მოსახლეობის სოციალური საჭიროებების და პრობლემების გადაწყვეტაში. ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა და განვითარება ნებისმიერი ხელისუფლების ზრუნვის ძირითადი საგანია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, „ჯანმრთელობა განისაზღვრება როგორც ადამიანის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადებათა არარსებობა“ [1].

ფიზიკური კეთილდღეობა ხასიათდება მოსახლეობის დაავადებათა არარსებობით, საკმარისი ფიზიკური განვითარებით, არსებული პოპულაციისათვის სტანდარტული შობადობის უნარით.

სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვებას, სამედიცინო დახმარების ხარისხს, გარემოს, ცხოვრების წესს, შრომის პირობებს, დასვენებას, დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს (მოსახლეობის ზრდა, მოსახლეობის დაბერება, მიგრაციული პროცესები).

ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა ხასიათდება ფსიქიკური დაავადებების ნაკლები გავრცელებით და პიროვნებათაშორისი ნორმალური ურთიერთობებით.

საუკეთესო ჯანმრთელობის მდგომარეობა მნიშვნელოვანია მოსახლეობის კეთილდღეობისა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთავარ მიზნებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენება, მომხმარებელთა ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, ტვირთის თანაბარი გადანაწილება და ჯანდაცვის საჭიროებებზე რეაგირება წარმოადგენს [8, გვ. 5].

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს, როგორც ეკონომიკის უმნიშვნელოვანეს დარგს, თავისი სპეციფიკურობა ახასიათებს. ეს სპეციფიკა ეკონომიკური ურთიერთობების განსხვავებულ ფორმებს წარმოშობს, რითაც სამედიცინო მომსახურების ბაზარი განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან.

ცნობილი ამერიკელი ეკონომისტის უილიამ ჰსიაოს მიხედვით, ჯანდაცვა „პათოლოგიური ეკონომიკაა, სადაც საბაზრო ძალების გავლენა სერვისების მოცულობაზე, მათ ფასსა და ხარისხზე არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრებისგან“. სამედიცინო ბაზრის ასეთი განსხვავება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობით. სამედიცინო მომსახურების ბაზრისათვის დამახასიათებელია უფრო მეტი რისკები და გაურკვეველობა, ვიდრე ეს ახასიათებს ჩვეულებრივ ბაზარს [3, გვ. 79-90].

ჩვეულებრივი ბაზრისათვის დამახასიათებელია მომხმარებლის გარკვეულობა. ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი საკუთარი შესაძლებლობით საზღვრავს თუ სად, როდის და რა ფასად შეიძინოს ესა თუ ის საქონელი ან/და მომსახურება. ამის საპირისპიროდ, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, ხშირ შემთხვევაში, წინასწარ არავინ იცის თუ როდის წარმოიშობა მოთხოვნა მომსახურებაზე, ამასთან იგი სავარაუდო ხასიათს ატარებს და ერთგვარ გაურკვეველობას ქმნის. მომხმარებლისათვის უცნობია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა და შესაბამისად მომსახურების საჭიროება. შეუძლებელია სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაგეგმვა რაციონალურად, რომლის მოცულობა საჭიროებისას შეიძლება განსაკუთრებულად დიდი აღმოჩნდეს. ამასთან, მომხმარებლებს არ შეუძლიათ არც მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა. ეს გარემოებები აჩვენებს, რომ მომხმარებელთა მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე განსხვავებულია ჩვეულებრივ ბაზარზე მოთხოვნისაგან.

გაურკვეველობა ახასიათებთ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლებსაც. ჩვეულებრივ ბაზარზე მწარმოებლებმა იციან თუ რა საქონელი ან მომსახურება აწარმოონ



და მიანოდონ მომხმარებლებს. სამედიცინო ბაზარზე მიმწოდებლებს არ შეუძლიათ წინასწარ დაადგინონ ამა თუ იმ სერვისზე მოთხოვნის რაოდენობა. სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე როგორც მიწოდების, ასევე მოთხოვნის კუთხით არსებული გაურკვევლობები, სხვადასხვა რისკის არსებობის გამო, განაპირობებს მესამე მხარის (სადაზღვევო კომპანია/სახელმწიფო) ჩართვის საჭიროებას. შედეგად, როდესაც ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი ფინანსდება მესამე მხრიდან და პირდაპირი კავშირი მყიდველსა და გამყიდველს შორის არ არსებობს, „ფასი“ ნაკლებად შეესაბამება ჩვეულებრივ ბაზარზე მოთხოვნით და მიწოდებით წარმოშობილ წონასწორულ ფასს. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების ფასი ხანდახან სრულყოფილად არ ასახავს წარმოებაზე დახარჯულ რესურსებს და შესაძლებელია დანახარჯებს აღემატებოდეს კიდევ. გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები ძალზედ რთულ საქმიანობას ეწევიან. სამედიცინო მომსახურება ადამიანის სიცოცხლეს უკავშირდება და შესაბამისად, ასეთი სახის მომსახურების სერვისების რეალიზაცია არ არის მარტივი.

სამედიცინო მომსახურების როგორც მოთხოვნა, ასევე მიწოდება არ არის პროგნოზირებადი, ვინაიდან არავინ იცის თუ როდის დადგება მისი საჭიროება. ამასთან, მისი მომსახურების მიღება და მასზე ხელმისაწვდომობა (როგორც ფინანსური, ასევე გეოგრაფიული) ძალიან მნიშვნელოვანია სწორედ იმ დროს, როდესაც პაციენტს დაუდგება მისი საჭიროება.

ამგვარად, გაურკვევლობა სამედიცინო ბაზრის გამოკვეთილი მახასიათებელი, რაც განასხვავებს მას ჩვეულებრივი ბაზრისაგან და აქედან გამომდინარე, უმნიშვნელოვანესია სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების კუთხით.

საბაზრო ეკონომიკის ფუნქციონირების ერთ-ერთი ძირითადი მახასიათებელია მომხმარებელთა სრული და თანაბარი ინფორმირებულობა საქონლის ან/და მომსახურების ფასთან, მოცულობასთან და ხარისხთან დაკავშირებით. სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კი ადამიანების დიდი ნაწილი ფლობს არასრულ ინფორმაციას. შედეგად, იმ სუბიექტებს რომლებიც ფლობენ სრულყოფილ ინფორმაციებს,

შესაძლებლობა აქვთ მიიღონ ეკონომიკური მოგება ეკონომიკური საქმიანობის სხვა მონაწილეთა ხარჯზე. სიტუაცია, როდესაც ინფორმაცია საქონელზე/მომსახურებაზე ხელმისაწვდომია ბაზრის მხოლოდ მონაწილეთა გარკვეული ნაწილისათვის და არა ყველასათვის, წარმოადგენს ინფორმაციის ასიმეტრიას.

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, ამგვარი ბაზრისათვის დამახასიათებელია გართულებული მდგომარეობა, რაც მოთხოვნასა და მიწოდებაზე ინფორმაციების ნაკლებობით და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განსაზღვრის ზუსტი კრიტერიუმების არარსებობით არის განპირობებული. სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელს არ გააჩნია ისეთი სახის ცოდნა, რომლითაც შეძლებდა განეხორციელებინა სამედიცინო ორგანიზაციისა და ექიმის რაციონალური არჩევანი და მიეღო მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება. რეალურად, ექიმები უფრო მეტად არიან განსწავლულები ვიდრე მომხმარებლები, ანუ მიმწოდებლებმა უფრო მეტი იციან, ვიდრე მომხმარებლებმა. პაციენტის ინფორმაციულობა ძირითადად განპირობებულია წინა მკურნალობით მიღებული გამოცდილებით ან/და სხვა მომხმარებელთა აზრით, რომელიც რათქმუნდა არასრულყოფილია.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ღირებულების არჩევანთან დაკავშირებით პაციენტის განათლება შეზღუდულია. სამედიცინო მომსახურება ძალზედ სპეციალიზებულია, გამომდინარე აქედან, მასთან დაკავშირებული ხარჯების წინასწარი დადგენა შეუძლებელია. როგორც წესი, მომხმარებლებისთვის უცნობია სამედიცინო დახმარების რომელი სახეა მათთვის ყველაზე ეფექტიანი და რა რაოდენობის სამედიცინო მომსახურება ესაჭიროებათ. ამასთან, წინასწარ უცნობია რა სარგებლობას მოუტანს შემოთავაზებული სამედიცინო დახმარება. მომხმარებლისათვის სირთულეს წარმოადგენს ჩატარებული მკურნალობის შედეგების და ხარისხის შეფასება. უმეტეს შემთხვევაში ასეთი არჩევანი საერთოდ გამორიცხულია ზოგიერთი სერვისის გადაუდებელი ხასიათის გამო. უფრო მეტიც, მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი სამედიცინო მომსახურების შემდეგ

უცებ არ მიიღება და გარკვეულ დროსთანაა დაკავშირებული, რაც კიდევ უფრო ართულებს მომსახურების აუცილებელი მოცულობის არჩევანს.

მომხმარებელსა და მიმწოდებლებს შორის გარიგების დადებისას, ჩვეულებრივ ბაზარზე პირდაპირი კავშირი მყარდება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე არსებული რისკებისაგან დასაცავად და ავადმყოფობის შემთხვევაში ერთდროულად დიდი დანახარჯების თავიდან ასაცილებლად, როგორც წესი ადამიანები წინასწარ ქმნიან დანაზოგებს, ან/და მიმართავენ დაზღვევას. სამედიცინო ბაზარზე არსებული მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი ფინანსდება დაზღვევისა და გადასახადების მეშვეობით, გამომდინარე აქედან, არ არსებობს პირდაპირი კავშირი მყიდველებსა და გამყიდველებს შორის და გადახდილ და დახარჯულ რესურსებს შორის. ასეთ შემთხვევაში ფაქტიურად, პაციენტები იზოლირებულნი არიან სამედიცინო მომსახურების პირდაპირი ხარჯებისაგან. სახელმწიფო საკანონმდებლო რეგულაციების გათვალისწინებით, ჩვეულებრივ ბაზარზე საქონლის წარმოება, დაფინანსება და განაწილება ხორციელდება უშუალოდ კერძო სექტორის მიერ, ხოლო ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების და მიწოდების კუთხით სახელმწიფო უმთავრეს როლს თამაშობს.

ჩვეულებრივი ბაზრებისაგან განსხვავებით, სამედიცინო ბაზარზე მომსახურების საჭირო მოცულობის დადგენის თვალსაზრისით გადამწყვეტი როლი ენიჭება მიმწოდებელს და არა მომხმარებელს. ჩვეულებრივ ბაზარზე მოთხოვნაზე გავლენას ახდენენ მომხმარებლები, მიმწოდებლები და მომსახურების სისტემის გეოგრაფიული განაწილება. მომხმარებლები, ბიუროკრატიული სისტემის ყოველგვარი ზემოქმედების გარეშე, დამოუკიდებლად წყვეტენ თუ რა შეიძინონ ბაზარზე და ისინი თავად არიან პასუხისმგებელნი გადაწყვეტილების მიღებაში. განსხვავებით ჩვეულებრივი ბაზრისაგან, სამედიცინო მომსახურების სფეროში მომხმარებლები არ ფლობენ საკმარის ცოდნას და ინფორმაციას, რომლებიც აუცილებელი და მნიშვნელოვანია კვალიფიციური გადაწყვეტილებების მისაღებად. სამედიცინო მომსახურების სფეროს მომხმარებლები იშვიათად ირჩევენ მათთვის საჭირო სამედიცინო დახმარებას, რადგან მათ მიერ

გაკეთებული არჩევანი შეიძლება სახიფათოც კი აღმოჩნდეს საკუთარი ჯანმრთელობისათვის. არაინფორმირებული ან არასრულყოფილად ინფორმირებული პაციენტები იძულებულნი არიან გადაწყვეტილების მიღებისას მთლიანად მკურნალი ექიმის რჩევებს დაეყრდნონ. გამომდინარე იქედან, რომ სწორედ ექიმი და არა მომხმარებელი (პაციენტი) განსაზღვრავს საჭირო სამედიცინო დახმარების მოცულობას, ამდენად იგი გვევლინება როგორც პაციენტის მრჩეველი და მისი ინტერესების გამომხატველი ე. წ. „ინფორმირებული აგენტი“, რომელსაც გააჩნია სპეციალური ცოდნა დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ. სწორედ ამიტომ, ექიმები განსაკუთრებულ მდგომარეობაში იმყოფებიან და ისინი არიან არამართო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელებიც.

მომსახურების მიმწოდებელ ექიმებს, პაციენტთა მდგომარეობის შეფასების და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების გარდა, შესაძლებელია გააჩნდეთ ეკონომიკური ინტერესები, რაც ქმნის პოტენციურ რისკებს იმისთვის, რომ განხორციელდეს მომსახურების ჭარბი მოცულობით განევა. ეკონომიკური თეორიაში ასეთი სიტუაცია ახსნილია, როგორც „მინოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა“. მინოდებით პროვოცირებული მოთხოვნითაა განპირობებული მიმწოდებელთა საბაზრო პოზიციების გაძლიერება სამედიცინო მომსახურების ფასებსა და მოცულობასთან მიმართებაში, რაც კიდევ უფრო ართულებს მომხმარებელთა რაციონალურ არჩევანს. მიმწოდებელს შეუძლია გავლენა მოახდინოს ჩასატარებელი მომსახურების რაოდენობაზე, რომელიც შესაძლებელია აღემატებოდეს პაციენტის რეალურ საჭიროებას.

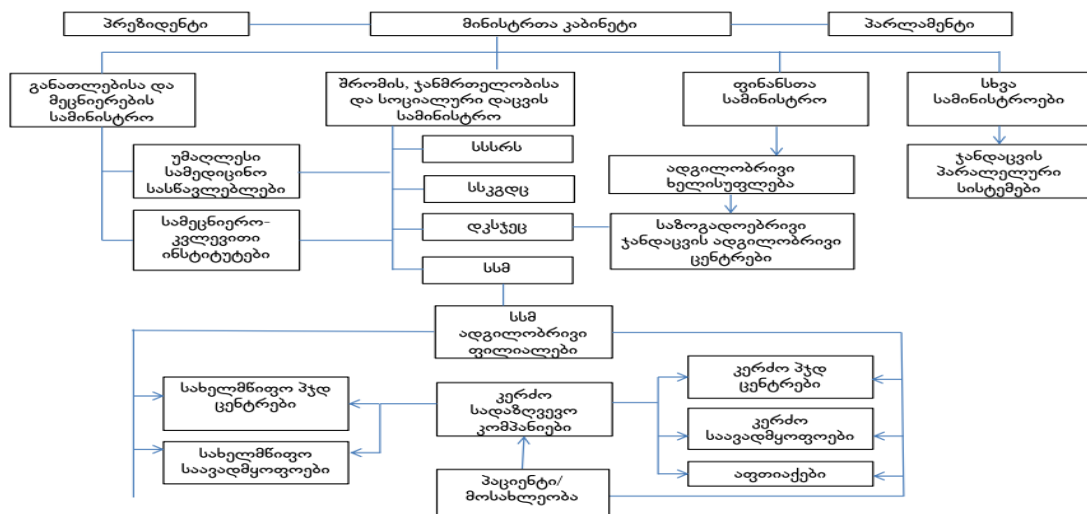
ამრიგად, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობა არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივ ბაზარზე არსებული ურთიერთობებისაგან, ხოლო სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ამგვარ სპეციფიკურობას ზემოთ აღწერილი თავისებურებები განაპირობებს.

## 1.2 სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება და რეგულირება

ჯანმრთელობის დაცვა, ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა. მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი ადამიანის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის დაცვის უზრუნველსაყოფად. საქართველოს კონსტიტუციაში განმარტებულია, რომ „მოქალაქის უფლება, ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე უზრუნველყოფილია კანონით“ და რომ „სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დანესებულებას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს“ [14, მუხლი 28]. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება ხორციელდება მკაცრი სახელმწიფო რეგულაციების საფუძველზე.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული მოწყობა წარმოდგენილია შემდეგი სახით (იხ. სქემა №1.1).

**ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა 2018 წ. - სქემა №1.1 [9]**



სსკვდც: სავანგებო სიტუაციებისა კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი  
 დკსჯეც: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი  
 სსსრს: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო  
 სსმ: სოციალური მომსახურების სააგენტო  
 ჰჯდ: პირველადი ჯანდაცვა

**წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.**

საქართველოს მთავრობა განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით ქვეყნის ძირითად მიმართულებებს, რომლებიც აისახება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ პოლიტიკაში, სტრატეგიაში და სხვადასხვა ნორმატიულ დოკუმენტებში [9].

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საქმიანობის ძირითადი სფეროა მოსახლეობის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება, განხორციელება და საქმიანობის კოორდინაცია; სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლი და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა; ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება; ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების წესების, პირობებისა და ნორმატივების შემუშავება და მათი შესრულების კონტროლი. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირება და მართვა ხორციელდება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ [9].

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი პასუხისმგებელია გადამდები და არაგადამდები დაავადებების პრევენციასა და კონტროლზე. ცენტრი შეიმუშავებს ეროვნულ სტანდარტებს, სახელმძღვანელო რეკომენდაციებს, ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, ახორციელებს ეპიდემიოლოგიას, ლაბორატორიულ სამუშაოებს და რეაგირებს საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საგანგებო მდგომარეობებზე.

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე ახორციელებს ფიზიკური და იურიდიული პირების სამედიცინო, საეფემო, სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირებას.

საგანგებო სიტუაციებისა კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის საქმიანობის სფეროა ქვეყნის ტერიტორიაზე სხვადასხვა სახის კატასტროფისა და საომარი მდგომარეობის დროს დამდგარი საგანგებო სიტუაციებისას და ყოველდღიურ რეჟიმში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, ხარისხიანი სასწრაფო სამედიცინო და რეფერალური დახმარების უზრუნველყოფა/კოორდინირება.

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის [14], საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებების,

სართველოს საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან. ქვეყანაში მოქმედი ძირითადი საკანონმდებლო ნორმატიული აქტებია:

- „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“- საქართველოს კანონი [15];
- „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [16];
- „პაციენტის უფლებების შესახებ“ - საქართველოს კანონი [17];
- „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [18];
- „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [19];
- „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [20];
- „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [21];
- „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [22];
- „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [23];
- „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“- საქართველოს კანონი [24];
- „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ - საქართველოს კანონი [25];
- „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ - საქართველოს კანონი; [26]
- „სალიცენზიო და სანებართვო მოსაკრებლების შესახებ“ - საქართველოს კანონი [27].

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი, ზემოთ მითითებული საკანონმდებლო რეგულაციებით და აგრეთვე სხვა კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით განისაზღვრება სახელმწიფო მართვის შემდეგი ძირითადი მექანიზმები:

- ექიმთა სერტიფიცირება, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება, სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემა;
- სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება;
- სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმწარმოების მონეხრიგება;
- ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;
- პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;
- სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;
- სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელის შეწყობა;
- სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი;
- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელის შეწყობა სათანადო ინსტიტუციური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით;
- პაციენტსა და სადაზღვევო ორგანიზაციას შორის, სადაზღვევო ორგანიზაციასა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის, ასევე პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის წარმოშობილი დავების განხილვისას სამედიცინო მედიატორის ფუნქციის შესრულებისათვის საჭირო ღონისძიებების განხორციელება.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკუთხეებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს [15].

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა პრაქტიკულად არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა და მომხმარებელთა უფლებრივ მდგომარეობას. კანონმდებლობის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და



ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა.

გამომდინარე იქედან, რომ სამედიცინო მომსახურების სფერო მუდმივად ვითარდება და განიცდის ცვლილებებს, ადეკვატური დაზუსტება/ჩასწორებები ხდება ჯანდაცვის მარეგულირებელ კანონმდებლობაში, რომელიც პერიოდულად მოქნილი ხდება არსებულ გამონვევებთან მიმართებაში.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, სამედიცინო საქმიანობის სტანდარტიზაციისა და რეგულირების თვალსაზრისით უმნიშვნელოვანესია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) არსებობა.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) - ეს არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელიც წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტს. იგი მტკიცდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ. გაიდლაინი ძირითადად მოიცავს: დაავადებათა დეფინიციას და კლასიფიკაციას, ეპიდემიოლოგიას, ეტიოპათოგენეზს, კლინიკურ სიმპტომატიკას, დაავადების დიაგნოზს, გამოკვლევის სქემას, მკურნალობის სქემას, რეაბილიტაციას/მეთვალყურეობას, ეთიკურ-სამართლებრივ რეკომენდაციებს და პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციებს [31].

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) - წარმოადგენს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრულ ეტაპებს და მოქმედებათა თანმიმდევრობას. პროტოკოლი მოიცავს: დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის განმარტებას, დამადასტურებელ და გამომრიცხავ კრიტერიუმებს, დამადასტურებელ და გამომრიცხავ სიმპტომებს/ნიშნებს, დროში განსაზღვრულ დიაგნოსტიკურ ლაბორატორიულ ტესტებს და სპეციალისტთა

კონსულტაციებს, მკურნალობის მეთოდებს (ალტერნატივებს), პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლებს, რეაბილიტაციისა და დაკვირვების (მონიტორინგის) მიზნობრივ საჭიროებას [31].

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავებას, შეფასებას და დანერგვას ანხორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით შექმნილი სპეციალური სათათბირო ორგანო - ეროვნული საბჭო [31]. საბჭოს საქმიანობის ძირითადი მიზნებია: მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარება და სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონსტროლის გაუმჯობესება, გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების, განხილვის, დამტკიცებისა და დანერგვის პროცესის კოორდინაცია, მათი ეტაპობრიობისა და გეგმურობის უზრუნველყოფა, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების დანერგვის პროცესის ზედამხედველობა და განხორციელებისათვის საჭირო რესურსების განსაზღვრა.

ჯანდაცვის საკითხებზე მომუშავე გაეროს სპეციალიზებულ სააგენტოს წარმოადგენს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის I მუხლი ამ ორგანიზაციის მიზნებს შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „მიღწეულ იქნეს ყველა ხალხის ჯანმრთელობის რაც შეიძლება მაღალი დონე“ [1].

საქართველოში, ისევე, როგორც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებებია [1]:

- მზარდი სიკვდილიანობის, ავადობის და უნარშემოღებულობის შემცირება, განსაკუთრებით კი ღარიბ მოსახლეობაში;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის იმ სახიფათო რისკ-ფაქტორების შემცირება, რომლებიც დაკავშირებულია გარემოს, ეკონომიკურ, სოციალურ და სხვა ფაქტორებთან;

- ისეთი ჯანდაცვის სისტემების განვითარება, რომლებიც გააუმჯობესებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას, შეესაბამება ხალხის მოთხოვნებს და ფინანსურადაც სამართლიანი იქნება;
- ჯანმრთელობის სექტორისათვის ინსტიტუციონალური გარემოს შექმნა, აგრეთვე სოციალური, ეკონომიკური, გარემოსდაცვითი და განვითარების პოლიტიკისათვის ეფექტური ჯანდაცვის მიდგომების ჩამოყალიბება.

საქართველო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრი გახდა 1992 წლიდან. 1993 წელს საქართველოში დაარსდა საკოორდინაციო ოფისი. 1995 წელს ოფისს სახელი შეეცვალა და მას დაერქვა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისი ექვემდებარება ევროპის რეგიონულ ოფისს. ოფისი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ქვეყანასთან თანამშრომლობის გაძლიერების, ადმინისტრირების, კონსოლიდაციის და მართვის საქმეში. იგი ხელს უწყობს კავშირების დამყარებას ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასა და მთავრობას შორის, უზრუნველყოფს მთავრობის დროულ ინფორმირებას ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკის შესახებ და შეიმუშავებს სტრატეგიასა და საქმიანობის სამოქმედო გეგმას ჯანდაცვის სექტორის განვითარებისა და ჯანდაცვის ინტერსექტორულ საკითხებთან დაკავშირებული რეკომენდაციების მიწოდებისას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ოფისი თავის საქმიანობას ქვეყანაში ახორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, გაეროს სააგენტოებთან და ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

საქართველოში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითადი მიზნებია:

- დაეხმაროს საქართველოს მთავრობას ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების საქმეში;

- საჭიროების შემთხვევაში გაუწიოს სათანადო ტექნიკური დახმარება;
- ხელი შეუწყოს საგანგებო სიტუაციებისათვის მზადყოფნის გაძლიერებას;
- ხელი შეუწყოს ჯანდაცვის სექტორში განათლების სტანდარტების დამკვიდრებასა და ტრენინგების ჩატარებას;
- გასწიოს მტკიცებულებებზე დამყარებული ექსპერტიზა და ჯანდაცვის სექტორს მიაწოდოს საჭირო ინფორმაცია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითადი მიზნის მისაღწევად.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია წევრ ქვეყნებთან თანამშრომლობს ეგრეთ წოდებული ორწლიანი თანამშრომლობის ხელშეკრულების ფარგლებში. თანამშრომლობის ხელშეკრულება მოიცავს შემდეგ სფეროებს:

- ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი ფუნქციების (პირველადი ჯანდაცვა, საავადმყოფოთა მართვა, ჯანდაცვის ფინანსირების საკითხები, ფარმაცევტული სექტორი, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემები, ადამიანური რესურსები) გაძლიერება;
- ჯანდაცვაში საგანგებო მდგომარეობისათვის მზადყოფნისა და რეაგირების შესაძლებლობების გაძლიერება;
- ინფექციურ დაავადებებზე კონტროლის გაძლიერება;
- არაინფექციურ დაავადებათა პრევენცია;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- გარემოს დაცვის უსაფრთხოების ხელშეწყობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს ქვეყნის პოტენციალის გაზრდაში. საქართველოს სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები რეგულარულად მონაწილეობენ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეხვედრებში, კონფერენციებში, სემინარებსა და ტრენინგებში როგორც საქართველოში, ასევე მის ფარგლებს გარეთ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსულტანტები რეგულარულად ჩამოდიან საქართველოში და უწევენ ტექნიკურ დახმარებას ადგილობრივ სპეციალისტებს, რომლებიც იღვნიან ქვეყნის საჭიროებებისა და მოთხოვნების

შესასრულებლად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკის შესაბამისად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად მონაწილეობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მმართველობითი ორგანოების, ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეისა და რეგიონული კომიტეტების მუშაობაში [1].

### 1.3 სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სისტემა და მომსახურების მიწოდება

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ღონისძიებების გასატარებლად მიმართული ყველა ორგანიზაციის, დაწესებულებების და რესურსების ერთობლიობას, რომლის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესება.

სამედიცინო მომსახურება, ცალკეული მომხმარებლის (პაციენტის) და მთლიანად საზოგადოების მხრიდან, აღიქმება როგორც ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველაზე მეტად თვალსაჩინო ელემენტი. იგი წარმოადგენს სხვადასხვა დაავადების დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასა და/ან პრევენციასთან ასოცირებული სერვისების ერთობლიობას, რაც მიმართულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება/გაუმჯობესებისაკენ. ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა შესაძლებელი ხდება ისეთი კომპონენტების კომბინირებით, როგორცაა სათანადო დაფინანსება, სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, აღჭურვილობა, მაღალხარისხიანი მედიკამენტები და მაღალკვალიფიციური პერსონალი [8].

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი შეიძლება იყოს იურიდიული ან ფიზიკური პირი, რომელიც განსაზღვრული საკანონმდებლო და მარეგულირებელი ნორმების პირობებში ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარი მოიცავს: ამბულატორიულ დაწესებულებებს, სტაციონარულ დაწესებულებებს, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებს, შინმოვლის დაწესებულებებს/ბინაზე სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელ სუბიექტებს, ჰოსპისებს, სასწრაფო გადაუდებელი დახმარებისა და სამედიცინო ტრანსპორტირების (რეფერალის) სამსახურებს, დამხმარე სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიებს.

სტაციონარულ მომსახურებად ითვლება სამედიცინო დაწესებულებაში განეული მომსახურება, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს და რომელიც არ წარმოადგენს დღის სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას. დღის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება არის სამედიცინო მომსახურება, რომლის დროსაც პაციენტი იკავებს საწოლს და რომლის ხანგრძლივობაც ერთჯერადად არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს [15].

ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება გულისხმობს ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციებს, სამედიცინო მანიპულაციებს და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს, რომელიც არ საჭიროებს სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას. იგი იყოფა გადაუდებელ და გეგმიურ სამედიცინო მომსახურებად. გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებაა სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის გადავადების ან განუხორციელებლობის შემთხვევაში გარდაუვალია დაზღვეულის სიკვდილი, უნარშემლედულობა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და როდესაც არ დგება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების განევის აუცილებლობა. გეგმიური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება ეს არის ყველა ტიპის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება, გარდა გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებისა [15].

ხანგრძლივი მოვლა ეს არის მომსახურებათა ერთობლიობა, რომლის მიზანია ქრონიკული დაავადების ან/და შემლედული შესაძლებლობის მქონე პირის როგორც

სამედიცინო, ისე არასამედიცინო საჭიროების დაკმაყოფილება, როდესაც პირს არ შეუძლია თავის მოვლა [15].

ჰოსპისური მზრუნველობა განკუთვნილია იმ პაციენტებისათვის, რომელთა სიცოცხლის საფარადო ხანგრძლივობა შეზღუდულია. ჰოსპისურ მზრუნველობას ახორციელებს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალიზირებული გუნდი. საჭიროებისამებრ, იგი ხორციელდება როგორც ჰოსპისში, ისე ბინაზე, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში ან მულტიპროფილურ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ჰოსპისური მზრუნველობის დროს დაავადების განკურნებაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩარევები აღარ გამოიყენება და ხორციელდება მხოლოდ დაავადების სიმპტომთა მართვისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მიმართული სამედიცინო ჩარევები.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება გულისხმობს ბრიგადის მიერ გადაუდებელ სამედიცინო დახმარების განწევას ბაზისური მედიკამენტებითა და ბაზისური სამედიცინო დანიშნულების საგნებით. საჭიროების შემთხვევაში კი სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფას (სამედიცინო ტრანსპორტირება) შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში.

დამხმარე სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებს წარმოადგენს მცირე ზომის ექიმამდელი სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ძირითად განლაგებულია რთული გეოგრაფიული მდებარეობის მქონე ადგილებში და სპეციალიზირებულია მინიმალურ სამედიცინო მომსახურებაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიებში ხორციელდება დაავადებათა გამოვლენა და დიაგნოსტიკა ბიოლოგიური (ლაბორატორიული) მასალის/ნიმუშის გამოკვლევის საფუძველზე. აგრეთვე ვირუსული და ბაქტერიული მიკროორგანიზმების შტამების კვლევა და მათზე ეფექტური ზემოქმედების შესაძლებლობების გამოვლენა.

სამედიცინო მომსახურების სერვისები იყოფა შემდეგი ძირითადი სპეციალობების მიხედვით: შინაგანი მედიცინა, პედიატრია, საოჯახო მედიცინა, დერმატო-ვენეროლოგია, ნევროლოგია, ფსიქიატრია, ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია, ზოგადი ქირურგია,

მეანობა-გინეკოლოგია, კარდიოქირურგია, ნეიროქირურგია, უროლოგია, ოტორინოლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია, ორთოპედია-ტრავმატოლოგია, გადაუდებელი მედიცინა, რადიოლოგია, კლინიკური ონკოლოგია, პათოლოგიური ანატომია-კლინიკური პათოლოგია, სასამართლო მედიცინა, ლაბორატორიული მედიცინა, სამედიცინო გენეტიკა, თერაპიული და ორთოპედიული სტომატოლოგია, ორთოდონტია, ყბა-სახის ქირურგია და ბირთვული მედიცინა.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე არსებული დანესებულებები, საქმიანობის სპეციალიზაციის მიხედვით იყოფა შემდეგ ტიპებად: არასპეციალიზირებული (მულტიპროფილური) დანესებულებები, სპეციალიზირებული (მონოპროფილური) დანესებულებები და შერეული ტიპის დანესებულებები. ერთიან სისტემაში მოქმედი სამედიცინო დანესებულებები ფუნქციონირებენ როგორც იზოლირებულად, აგრეთვე საჭიროების შემთხვევაში კომპლექსურად და ერთმანეთთან ურთიერთკავშირით.

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობისა და პროდუქტიულობის კუთხით, განსაკუთრებულ მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში ჯანდაცვის რესურსის სათანადო რაოდენობის არსებობას. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური მონაცემებით ჯანდაცვის რესურსები და სერვისები წარმოდგენილია შემდეგი სახით (იხ. ცხრილი №1.1):

ცხრილი №1.1 [2, გვ 27]

**ჯანდაცვის რესურსები და სერვისების უტილიზაცია, საქართველო, 2017**

ექიმების რაოდენობა	27362	სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა	280
ექიმებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	734.0	ამბულატორიულ/პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა	1092
ექთნების რაოდენობა	17998	ანტენატალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა	330
ექთნებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	482.8	სასწრაფო დახმარების სადგურების რაოდენობა	82
ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	15084	სისხლის გადასხმის სადგურების რაოდენობა	21
ჰოსპიტალური საწოლებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	404.6	ჩვილ ბავშვთა სახლების რაოდენობა	1
მიმართვა ექიმთან	10486447	ს/კ ინსტიტუტების რაოდენობა	9
ექიმის ვიზიტი ბინაზე	239103	სოფლის ექიმი (ფიზიკური პირი) რაოდენობა	1277



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური ცნობარი.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით ქვეყანაში არსებული საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, ექიმების რიცხოვნობა, საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობა და ექიმთან მიმართვიანობა წლების განმავლობაში წარმოდგენილი იყო შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი №1.2):

საწოლთა რაოდენობა, პერსონალის რიცხოვნობა და მიმართვიანობა ცხრილი №1.2 [12]

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, ათასი	13.6	12.1	12.8	11.3	11.6	11.7	12.8	13.8	15.1
ექიმების რიცხოვნობა, ათასი	20.6	21.2	21.8	19.4	22.4	24.3	22.9	26.6	27.4
მათ შორის სტომატოლოგები	1.0	1.0	1.3	1.5	1.9	1.8	2.1	2.4	2.2
საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობა, ათასი	18.6	19.3	17.9	14.1	15.5	15.6	16.4	17.6	18.0
ექიმთან მიმართვების რიცხვი, ათასი	7073.7	7623.3	7705.9	9494.7	10974.5	11881.1	13243.9	13079.0	11493.4

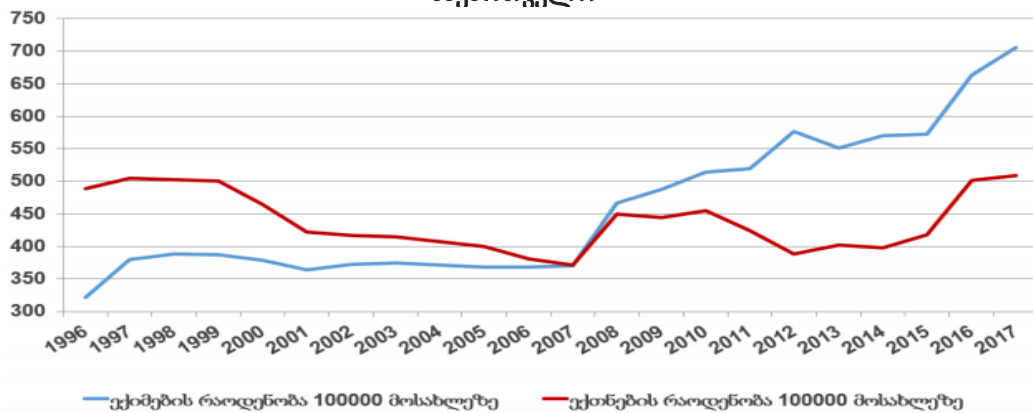
წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ჯანდაცვის რესურსებით უზრუნველყოფას განსაზღვრავს მოსახლეობის ექიმებით და ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები (იხ. გრაფიკი №1.1). საქართველოში 2006 წლიდან აღინიშნება ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის ზრდა:

გრაფიკი №1.1 [2, გვ. 28]

მოსახლეობის პროცესიულად აქტიური ექიმებით და ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები,

### საქართველო

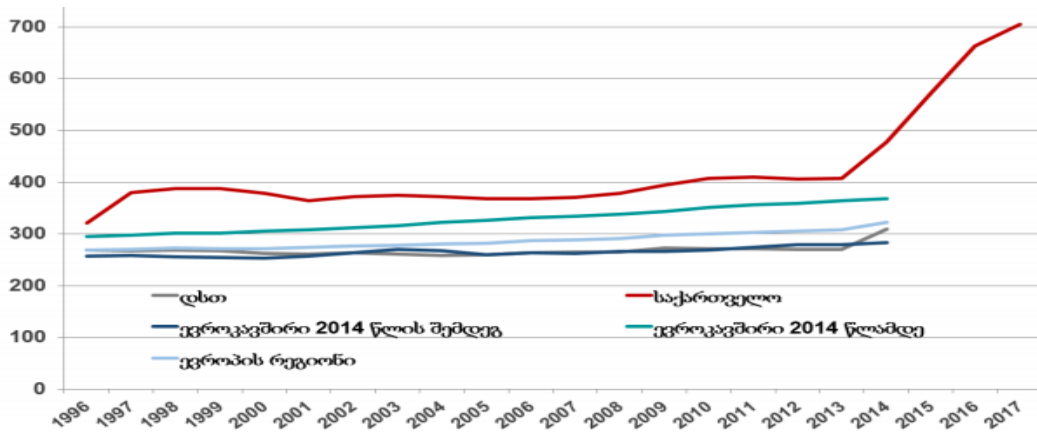


წყარო: ჯანმრთელობის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“;

საქართველოს მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და ღსთ ქვეყნების მაჩვენებლებს (იხ. გრაფიკი 1.2). ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები 1998 წლიდან 2013 წლამდე კლების ტენდენციით ხასიათდება და უკანასკნელ წლებში, ზრდის მიუხედავად, მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და ღსთ ქვეყნების მაჩვენებლებს.

გრაფიკი №1.2 [2, გვ. 28]

ექიმებით უზრუნველყოფა 100 000 მოსახლეზე



წყარო: ჯანმრთელობის მონიტორინგის ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“;

ექიმების რიცხოვნობა დაკავებული თანამდებობების მიხედვით 2002 – 2017 წლების განმავლობაში წარმოდგენილი იყო შემდეგნაირად (ცხრილი №1.3):

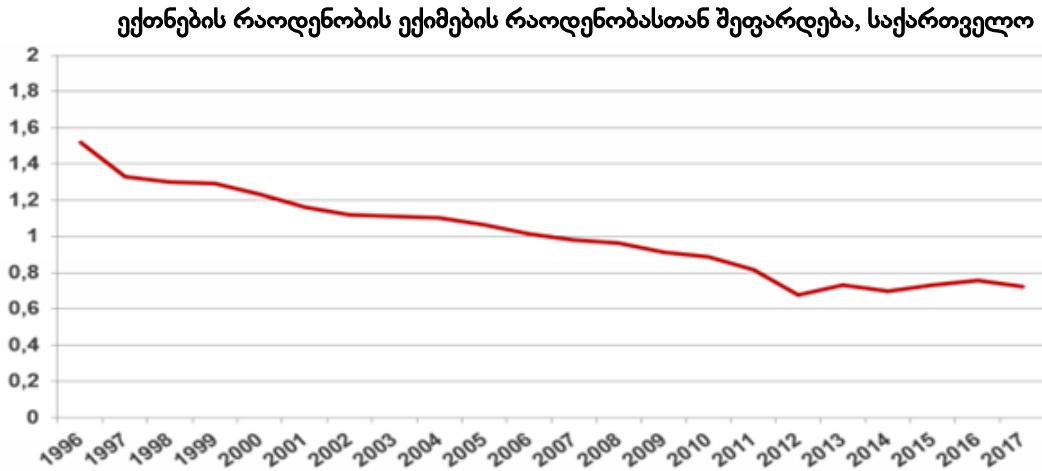
ექიმების რიცხოვნობა დაკავებული თანამდებობების მიხედვით ცხრილი №1.3 [12]

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>ექიმები, სულ</b>	<b>20225</b>	<b>20962</b>	<b>21396</b>	<b>20311</b>	<b>20555</b>	<b>19951</b>	<b>20253</b>	<b>20609</b>	<b>21162</b>	<b>21773</b>	<b>19404</b>	<b>22490</b>	<b>22925</b>	<b>24307</b>	<b>26552</b>	<b>27362</b>
მათ შორის																
შინაგანი მედიცინის ექიმები (თერაპევტები)	2354	2256	2470	1951	1966	1875	1885	1403	1263	1249	1238	1222	1131	1075	1084	1107
ქირურგები	1057	1108	1011	883	933	906	972	1034	1082	1110	1470	1634	1771	1998	2234	2220
მეან-გინეკოლოგები	1476	1466	1450	1418	1406	1370	1417	1444	1505	1411	1453	1561	1649	1681	1790	1844
პედიატრები	2067	1867	1812	1706	1674	1585	1509	1269	1208	1129	1440	1444	1367	1186	1333	1428
ოფთალმოლოგები	345	355	362	347	353	354	350	364	405	369	381	486	500	548	585	573
ოტოლარინგოლოგები	344	348	324	292	291	307	326	327	359	349	350	430	452	434	531	495
ნევროლოგები	631	655	658	609	612	593	634	610	615	619	669	801	809	855	976	1016
ფსიქიატრები და ნარკოლოგები	367	332	348	312	315	278	278	347	316	251	398	416	377	427	450	454
ფთიზიატრები	161	171	166	177	138	143	145	153	154	176	216	199	186	205	207	202
დერმატოვენეროლოგები	259	245	270	247	240	214	240	206	245	276	323	356	352	373	445	446
რადიოლოგები	355	380	365	347	326	363	396	398	444	520	1019	1212	1278	1409	1590	1702
სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სპორტის მედიცინის ექიმები	76	72	67	50	58	45	52	51	44	50	50	57	59	74	94	92
სტომატოლოგები	1274	1196	1071	1091	1049	1033	974	909	1004	1296	1701	1926	1846	2140	2281	2153
სხვა	9459	10511	11022	10881	11194	10885	11075	12094	12518	12968	8696	10746	11148	11902	12952	13630

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ევროპის რეგიონის და ევროკავშირის ქვეყნებში ერთ ექიმზე მოდის საშუალოდ 2-2.7 ექთანი და პოზიტიურ ტენდენციად არის მიჩნეული ამ მაჩვენებლის ზრდა [2, გვ. 29]. უკანასკნელი დეკადების განმავლობაში, საქართველოში ექიმების რაოდენობა ჭარბობს ექთნების რაოდენობას და ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება ბოლო 5 წლის განმავლობაში არ აღემატება 0.8-ს (გრაფიკი №1.3).

გრაფიკი №1.3 [2, გვ. 29]



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანი და სტაბილური უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია სამკურნალო პროფილაქტიკური ქსელის რაციონალიზაცია და ოპტიმიზაცია. 2017 წლის მონაცემებით ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულებების ქსელი წარმოდგენილი იყო შემდეგი სახით (იხ. ცხრილი №1.4)

ცხრილი №1.4 [2, გვ. 31]

**ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულებები**

დაწესებულება	რაოდენობა
<b>სტაციონარული დაწესებულებები</b>	<b>280</b>
საავადმყოფოები და სამედიცინო ცენტრები	272
მ.შ. სპეციალიზებული	117
მ.შ. დამოუკიდებელი სამშობიარო სახლები	32
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები (სტაციონარით)	6
დისპანსერები (სტაციონარით)	2
<b>ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები და სოფლის ექიმები</b>	<b>2369</b>
მ.შ. პოლიკლინიკური დაწესებულებები დამოუკიდებელი	945
მ.შ. სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები და კაბინეტები	625
ამბულატორიები	24
დამოუკიდებელი ქალთა კონსულტაციები	32
კაბინეტები (სტომატოლოგიურის გარდა)	70
სოფლის ექიმები	1277
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები (სტაციონარის გარეშე)	3
დისპანსერები (სტაციონარის გარეშე)	18
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგური	82
სისხლის გადასხმის ობიექტები	21
ეპიდემიოლოგიური სამსახური	64

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

პრივატიზაციისა და დეცენტრალიზაციის პროცესის შედეგად დაწესებულებების უმრავლესობა დამოუკიდებელია მათი საკუთრების ფორმის, მართვისა და მენეჯმენტის თვალსაზრისით. როგორც ჰოსპიტალური, ისე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მფლობელები, სხვა იურიდიულ პირთა შორის არიან კერძო სადაზღვევო და ფარმაცევტული კომპანიები.

საკუთრების ფორმის მიხედვით, ქვეყანაში არსებული ჰოსპიტალური ქსელის სურათი რადიკალურად განსხვავდება მსოფლიოს განვითარებული თუ განვითარებადი ქვეყნებში არსებულისთან. ევროპის რეგიონის ქვეყნებში სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული არამომგებიანი საავადმყოფოების ხვედრითი წილი საავადმყოფოთა მთლიან რაოდენობაში 60%-დან 75%-მდე მერყეობს, მაშინ როდესაც საქართველოში 15%-ია [2]. სახელმწიფო საკუთრებაში უმეტესწილად იმყოფება სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები (ფსიქიატრიული, ფთიზიატრიული, ნარკოლოგიური და სხვა სერვისები).

2014-2015 წლებში განხორციელდა საქართველოს რიგ მაღალმთიან რაიონებში მოქმედი, სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაში არსებული სამედიცინო ცენტრების სახელმწიფოს მხრიდან გამოსყიდვასთან დაკავშირებული პროცედურები, რათა უზრუნველყოფილი ყოფილიყო აუცილებელი სამედიცინო სერვისების მიწოდება მოსახლეობისათვის. აღნიშნული საავადმყოფოები, მუნიციპალურ დონეზე სახელმწიფო საკუთრებაში არსებულ სხვა მულტიპროფილურ/ზოგადპროფილურ სტაციონარულ დაწესებულებებთან ერთად გაერთიანებულია ერთიანი მართვის - რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის ქვეშ. მაღალმთიან რაიონებსა და საზღვრისპირა სოფლებში არსებული რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება მათი სუბსიდირება.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები ფუნქციების მიხედვით განსხვავდება სოფლის და მუნიციპალიტეტის დონეზე. 2009 წლიდან სოფლის ექიმები წარმოადგენენ ინდემწარმე/ფიზიკურ პირებს, რომლებიც უმეტესად განთავსებული არიან სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ამბულატორებში, მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში არსებულ შენობებსა და ხანდახან საკუთარ სახლებშიც კი. მუნიციპალურ დონეზე პოლიკლინიკები და ამბულატორები ინტეგრირებულია სამედიცინო ცენტრებში/ჰოსპიტლებში. დიდ ქალაქებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების უმეტესობა პრივატიზებულია.

ცენტრალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების მაკოორდინირებელი ორგანოა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი. მუნიციპალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურები მუნიციპალიტეტების გამგეობების დაქვემდებარებაშია და გააჩნია საკუთარი დელეგირებული ვალდებულებები.

ფარმაცევტული სექტორის რეგულირება და მართვა ხდება საქართველოს კანონით წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ და საქართველოს კანონით ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ. 1997 წლიდან განხორციელდა ფარმაცევტული სექტორის სრული პრივატიზება. 2007 წლიდან სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო არის პასუხისმგებელი ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებულ სამკურნალწამლო საშუალებების ხარისხზე, რაც მოიცავს წამლების იმპორტს, ექსპორტს და წარმოებას და რეგისტრაციას, ასევე, კლინიკური კვლევების ავტორიზაციას.

ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის დაშვება ხდება ორი გზით: აღიარების რეჟიმით (მაგ., ევროპის წამლების სააგენტოს ან აშშ-ის და ევროპის განვითარებული ქვეყნების ეროვნული სააგენტოების მიერ დარეგისტრირებული წამლების აღიარება) და ეროვნული რეგისტრაციის სისტემით. არ ხდება ბაზარზე წამლების ფასები კონტროლი და რეგულირება. 2014 წლიდან სავალდებულო გახდა რეცეპტი მეორე ჯგუფის

პრეპარატებისთვის, ხოლო 2017 წლიდან დაიწყო ელექტრონული რეცეპტის სისტემის დანერგვა [9, გვ. 1-6].

## თავი 2. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ანალიზი

### 2.1 ჯანდაცვის ბაზარი და მისი განვითარების ტენდენციები

ჯანმრთელობის დაცვა სოციალური სფეროს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დარგია. მისი განვითარება ნებისმიერი ხელისუფლების ზრუნვის ძირითადი საგანია. ცივილიზებულ საზოგადოებაში, ადამიანთა სოციალური მდგომარეობისა და მატერიალური უზრუნველყოფის დონის მიუხედავად, ჯანდაცვის მომსახურება ყველასათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

საქართველოში, საბჭოთა პერიოდში ჯანდაცვა ათწლეულების მანძილზე სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯზე ხორციელდებოდა და იგი პრაქტიკულად ხელმისაწვდომი იყო ყველასათვის. ამ პერიოდში ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მოწინავე მოდელს, როგორც საბჭოთა კავშირში აგრეთვე მსოფლიოში, წარმოადგენდა სემაშკოს მიერ (1874-1947წწ.) ოქტომბრის რევოლუციის პირველ წლებში შემუშავებული ჯანდაცვის მოდელი [4, გვ. 237-250].

სემაშკოს სისტემად მიიჩნევდნენ ჯანდაცვის იმ სისტემას, რომელიც საბჭოთა კავშირში არსებობდა 70 წლის განმავლობაში 1918 წლიდან 1991 წლამდე. იგი 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 ცენტრის მხრიდან. მომსახურება უფასო იყო ყველასათვის თუმცა მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე, არ არსებობდა (ფორმალურად) კერძო სექტორი, ჯანდაცვის ბიუჯეტი დგებოდა ე.წ. „ნარჩენი ბიუჯეტის“ პრინციპით. სემაშკოს მოდელი ფართოდ იყო გავრცელებული ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებსა და ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, ჩინეთში, ვიეტნამში, ჩრდილოეთ კორეასა და კუბაში.

საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენდა სახელმწიფოს ერთ-ერთ სფეროს, რომელსაც დადებითად აფასებდნენ კაპიტალისტური ქვეყნების სპეციალისტები.

საბჭოთა კავშირი იყო ერთ-ერთი პირველი, რომელმაც გამოაცხადა უფასო სამედიცინო მომსახურება. კონსტიტუციით განსაზღვრული უფასო სამედიცინო მომსახურების უფლება ატარებდა არა მარტო სოციალურ, არამედ პოლიტიკურ ხასიათს, რადგან მას უნდა ეჩვენებინა სოციალისტური სისტემის პროგრესულობა და იგი საბჭოთა პროპაგანდის ნაწილს წარმოადგენდა.

საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალ პერიოდში სოციალური სფეროს ყველა დარგი მძიმე პირობებში აღმოჩნდა. ეს სიტუაცია განსაკუთრებით აისახა ჯანდაცვის სფეროზე. მოსახლეობის ცხოვრების დონის მკვეთრი დაცემის, სახელმწიფო საბიუჯეტო შემოსავლების შემცირებისა და სტრუქტურის არსებითი ცვლილების, დარგის სახელმწიფო დაფინანსების მკვეთრი დაქვეითების პირობებში, ადამიანთა უმეტესობისათვის ჯანდაცვის მომსახურება თითქმის ხელმიუწვდომელი გახდა [7, გვ. 70-77].

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველომ უნივერსალური მოცვის მიღწევის მიმართულებით მრავალფეროვანი და საინტერესო გზა განვლო. 1991-1994 წლებში საბჭოთა კავშირის მემკვიდრეობის შედეგად, საქართველოში ინერციით მუშაობდა ჯანდაცვის საბჭოთა, ე.წ. „სემაშკოს მოდელი“. ქვეყანაში განვითარებულ ეკონომიკურ კოლაფსს შედეგად მოჰყვა არარეგულირებული სამედიცინო ბაზარი, სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მინიმუმამდე შემცირება, ინფრასტრუქტურის რადიკალური ამორტიზაცია. ამ პერიოდში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარატი ერთ სულ მოსახლეზე 130-135 აშშ დოლარის ეკვივალენტიდან (1990 წელი) 45 ცენტამდე (1993-94) შემცირდა [9].

1995-1997 წლებში სახელმწიფომ შემოიღო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლისა და დაქირავებულის სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი - სოციალური დაზღვევის სისტემა. ე. წ. “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი”, რომელიც პრაქტიკულად იყო “სავალდებულო შესატანსა” და “მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს” შორის შუალედური კატეგორია. 2002 წლის ბოლოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანი შეიცვალა სოციალური დაზღვევის გადასახადით. ამავე



პერიოდში, დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის შედეგად, განხორციელდა სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების განცალკევება.

1995 წლიდან სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლებს მიენიჭათ სრული ფინანსური ავტონომია და მართვის თავისუფლება. ისინი გახდნენ სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული კერძო მმართველობის მქონე კორპორაციები. 1997 წლისთვის სრულად იქნა პრივატიზებული სტომატოლოგიური სერვისების მიწოდებელი და ფარმაცევტული დაწესებულებები [9].

საქართველოს მთავრობის მიერ 2007 წელს დამტკიცდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომლის მიხედვითაც ქვეყანას უნდა ჰქონოდა კერძო სექტორის მიერ მართული 100 ზოგადი და მრავალპროფილიანი საავადმყოფო 7800 საწოლით, ოპტიმალური ლოკალიზაციითა და 30-წუთიანი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობით. თუმცა, რეგიონებში კერძო ინვესტორების ნაკლები დაინტერესების გამო აღნიშნულის განხორციელება ვერ მოხერხდა [9].

2007 წლიდანვე, საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით, დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ტალღა, რომლის ძირითადი პრიორიტეტი იყო კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარება, ხოლო სახელმწიფო რესურსები მიიმართა მოსახლეობის მონყვლადი (მიზნობრივი) ფუნქციების სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის. მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები. სადაზღვევო კომპანიებისთვის დაინერგა ე.წ „წინასწარი გადახდის“ სქემები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ (პასიური შემსყიდველი) ყოველთვიურად ერიცხებოდათ პრემიები დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად. პრემიების დაფინანსების წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებით შედგენილი სახელმწიფო ასიგნებები [9].

საქართველოს მთავრობის 2009 წელს მიღებული დადგენილებით 2010 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში კონკურსის წესით შერჩეულ სადაზღვევო კომპანიებს დაევალა საავადმყოფოების მშენებლობა/რეაბილიტაცია. ასევე დაიწყო საინვესტიციო პროექტების განხორციელება ქართველი და უცხოელი ინვესტორების მონაწილეობით. შედეგად, 2013 წლის ბოლოსთვის ქვეყანაში სრულიად განახლდა 135-მდე სამედიცინო ცენტრი და განხორციელდა ჰოსპიტალური სექტორის 90%-ზე მეტის პრივატიზება. როგორც ჰოსპიტალური, ისე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები არიან კერძო მომგებიანი ორგანიზაციები საკუთრებისა და მართვის მხრივ. ბევრი მათგანი ვერტიკალურად არის ინტეგრირებული კერძო სადაზღვევო კომპანიებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებში [9].

2010 წლიდან სახელმწიფოს მხრიდან მოიხსნა ზედმეტი ბიუროკრატიული მექანიზმები და სალიცენზიო სამედიცინო საქმიანობის 43 კატეგორიის ნაცვლად, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სალიცენზიოდ მიღებულია მხოლოდ ერთი ნებართვა. 2017 წელს, სტაციონარული დაწესებულების ნებართვას ფლობს 280 ჰოსპიტალი.

2007-2011 წლებში დონორი ორგანიზაციების მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სოფლებში განხორციელდა ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციისა და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. 2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდა მენარმე-ფიზიკურ პირებად. 2014 წელს ყველა მუნიციპალიტეტში, მათი მოთხოვნის გათვალისწინებით, აშენდა ახალი ამბულატორია (სულ, 82) [9].

2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოვლთაო მოცვით და თითოეული მოქალაქისათვის შეიქმნა ჯანდაცვის უფლებით უნივერსალური სარგებლობის ფუნდამენტი [9].

2013 წლიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის მოცვას მინიმალური პაკეტით. პროგრამას მართავს სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, რომელიც პასუხისმგებელია შემსყიდველისგან გახდა აქტიური შემსყიდველი. შინარსითა და მართვის მექანიზმებით იგი არ არის სადაზღვევო შენატანებზე დაფუძნებული და მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებისა“. განუვლი მომსახურების დაფინანსება ხდება უმეტესწილად შემთხვევის ღირებულების მიხედვით. 2013 წლის ზაფხულიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - გაიზარდა პროგრამული სამედიცინო სერვისების მოცულობა (ბაზისური პაკეტი). 2014 წლიდან პროგრამაში ინტეგრირდა მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამები [9].

2017 წლიდან განხორციელდა მომდევნო მნიშვნელოვანი ეტაპი - მოსარგებლეების დაყოფა მოხდა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით (ცვლილება არ შეეხო მიზნობრივ ჯგუფებს: სოციალურად დაუცველებს, ასაკით პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, სტუდენტებს, პედაგოგებს, ვეტერანებს და სხვა) განისაზღვრა თანაგადახდის შესაბამისი მექანიზმები.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული ძირითადი რეფორმები მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში (იხ. ცხრილი №2.1):

ცხრილი №2.1 [9, გვ. 1-4]

**საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული ძირითადი რეფორმები**

1994 წლამდე	სემაშკოს მოდელი, სერვისები სრულად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ
1991-1994	სემაშკოს მოდელი, სერვისები ფინანსდებოდა ჯიბიდან არაფორმალური გადახდებით
1995-1996	სავალდებულო სოციალური დაზღვევა (3%+1%)
2007-2012	ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა, ჰოსპიტალური სექტორის სრული პრივატიზება
2007-2014	სახელმწიფო თანხების კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის მართვაში გადაცემა მიზნობრივი ჯგუფებისთვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფები, მასწავლებლები და ა.შ) ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფის მიზნით
2012-2014	პენსიონერების, 0-5 წლამდე ბავშვების, სტუდენტების, შშმ პირების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა
2013	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა (I და II ფაზა)
2015	C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა
2017	ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების პროგრამა
2017	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის III ფაზა - სერვისების სტრატეგიკაცია შემოსავლის ჯგუფების მიხედვით



## 2.2 სამედიცინო მომსახურების ბაზრის დაფინანსება და ჯანდაცვის სახელმწიფო

### პროგრამები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, „ჯანდაცვის დაფინანსება წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციას, რომელიც კონცენტრირებულია თანხების მობილიზაციაზე, გაერთიანებაზე და განაწილებაზე მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებების მოცვის მიზნით, ინდივიდუალურად და კოლექტიურად“ [1]. დაფინანსების ეფექტური მექანიზმების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სრულყოფილი სისტემის შექმნა.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების პოლიტიკის შემუშავება და ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შერჩევა, ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის მიერ განეული ჯანდაცვის ხარჯების განაწილების სამართლიანობაზე. ამერიკელი ჯანდაცვის ეკონომისტის ტომას გეთზენის აზრით, ზოგიერთი ქვეყანა ჯანდაცვაზე ხარჯავს მნიშვნელოვან თანხებს არა მის გამო, რომ ამ ქვეყნების მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურების უფრო მეტი საჭიროება აქვთ, არამედ იმის გამო, რომ აღნიშნული ქვეყნები მაღალშემოსავლიან ქვეყნებს განეკუთვნებიან და აქვთ შესაძლებლობა ჯანდაცვაზე დახარჯონ მეტი თანხები [4, გვ. 170].

მკვეთრად განსხვავებულია ჯანდაცვის მოსალოდნელი ხარჯები მიკროდონეზე, რამდენადაც იგი დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე და ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს, ხოლო რაც შეეხება სახელმწიფო დონეს (მაკროდონე) ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე ხარჯების გამოყოფის თაობაზე გადანყვეტილების მიღება კოლექტიურ ხასიათს ატარებს. სახელმწიფო დაფინანსება და სადაზღვევო ორგანიზაციები წარმოადგენენ საშუალებებს, რითაც მომხმარებლებს ეძლევათ შესაძლებლობა მიიღონ საჭირო სამედიცინო მომსახურება, მათი გადახდისუნარიანობის მიუხედავად.

მოსახლეობის გადახდისუნარიანობა, მათი საგადასახადო თუ სადაზღვევო შენატანების დონე, განსაზღვრავს ქვეყნის მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე დასადგენ მთლიან ხარჯებს. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ხარჯების დასადგენად უმთავრესია არა მიკროდონე (ინდივიდუუმი), არამედ მაკროდონე

(სახელმწიფო), ასევე, ხარჯების განსაზღვრის მთავარი დეტერმინანტია არა თითოეულ პირზე სამედიცინო დახმარების საჭიროება, არამედ მათი შემოსავლების დონე. ასე მაგალითად, ცნობილია, რომ სახელმწიფო ხანდაზმულთათვის უფრო მეტს ხარჯავს, ვიდრე საშუალო, ან ახალგაზრდა ასაკის პირებზე [6].

გარდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მაღალი ხარჯებისა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე ზემოქმედებენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა, განათლება, კვება, სანიტარული მდგომარეობა. გქონდეს ბევრი ფული, მაგრამ არ გქონდეს განათლება თუ სად, ან როგორ გამოიყენო თანხები, არახელსაყრელი მდგომარეობაა. ამავე დროს, გქონდეს განათლება, იცოდე თუ როგორ ებრძოლო დაავადებებს, მაგრამ არ გქონდეს შესაბამისი თანხები, არანაკლებ არასახარბიელო მდგომარეობაა.

მიმდინარე ეტაპზე, საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსება სხვადასხვა წყაროდან ხდება, რომელთაგან აღსანიშნავია სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრები, აგრეთვე არასახელმწიფო სახსრები და შინამეურნეობების მიერ ჯანდაცვაზე განეული ხარჯები. სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრები შემდეგი სტრუქტურითაა წარმოდგენილი: ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ნაერთი ბიუჯეტის სახსრები, ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები, ჯანდაცვის სექტორში უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროები (რომლებიც ცალკეული პროექტების დაფინანსებაზე იხარჯება), თბილისის მერიის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები, აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები, აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, როგორც მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტი სტანდარტულ საზომს წარმოადგენს, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. იგი გვიჩვენებს სახელმწიფოს დამოკიდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან მიმართებაში. სახელმწიფო ბიუჯეტის ჯანდაცვაზე განაწილება წარმოადგენს პოლიტიკის საკითხს და დამოკიდებულია სახელმწიფო მიდგომაზე

ჯანდაცვის სექტორთან მიმართებაში, თუ რა მნიშვნელობას ანიჭებს სახელმწიფო ჯანდაცვაზე დანახარჯებს სხვა სექტორების დანახარჯებთან შედარებით. სხვა სექტორებთან მიმართებაში სახელმწიფოს შედარებით მაღალი დანახარჯები ჯანდაცვის სექტორზე (მაგ., 20 %-ზე მეტი), მეტყველებს სახელმწიფოს მაღალ ვალდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან დამოკიდებულებაში. ჯანმოს რეკომენდაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა იყოს 15 % მაინც [6].

საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება. ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შემდეგი მიზეზები არსებობს: ფასების ინფლაცია, ახალი სამედიცინო სერვისების წარმოება, მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, ინოვაციური მექანიზმების დანერგვა. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები, სახელმწიფო დანახარჯების წილი და მთლიანი დანახარჯების წილი მთლიანი შიდა პროდუქტიდან წლების განმავლობაში წარმოდგენილი იყო შემდეგი სახით (ცხრილი №2.2).

ცხრილი №2.2 [30, გვ. 2]

#### ჯანდაცვაზე დანახარჯების დინამიკა

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>1.</b>	<b>ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი (მლნ. ლარი)</b>	<b>2 191</b>	<b>2 254</b>	<b>2 460</b>	<b>2 518</b>	<b>2 865</b>	<b>2 878</b>
1.1.	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი (მლნ. ლარი)	450	547	693	913	1 067	1 092
	მ.შ. ტერიტორიული ერთეულები	41	43	41	51	63	70
1.2.	ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯი (მლნ. ლარი)	1 690	1 655	1 720	1 559	1 750	1 737
1.2.1	ჯიბიდან გადახდები (მლნ. ლარი)	1 609	1 557	1 623	1 444	1 591	1 575
1.2.2	კერძო დაზღვევა (მლნ. ლარი)	81	98	97	115	159	162
1.3.	საერთაშორისო დახმარებები და გრანტები (მლნ. ლარი)	50	51	47	46	47	48
<b>2.</b>	<b>სახელმწიფო დანახარჯების წილი (%)</b>						
2.1	მთლიანი დანახარჯებიდან	20.6%	24.3%	28.2%	36.3%	37.2%	38%
2.2	სახელმწიფო ბიუჯეტიდან	5.3%	6.3%	7.2%	8.6%	9.7%	10%
2.3	მშპ-დან	1.7%	2.0%	2.4%	2.9%	3.1%	2.9%
<b>3.</b>	<b>მთლიანი დანახარჯების წილი მშპ-დან</b>	<b>8.4%</b>	<b>8.5%</b>	<b>8.5%</b>	<b>8.5%</b>	<b>8.4%</b>	<b>7.6%</b>

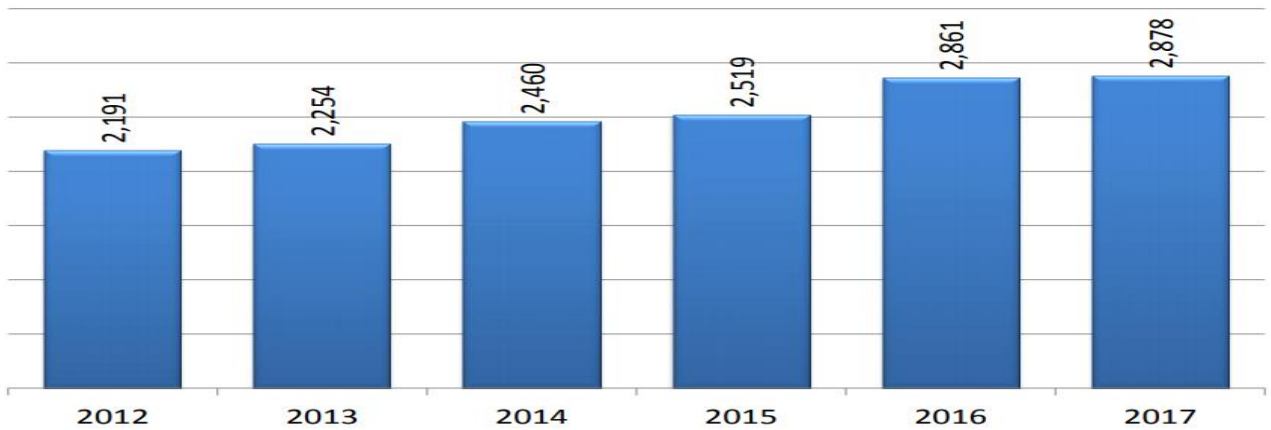
წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017 წ.

როგორც ზემოთმითითებული ცხრილიდან ჩანს, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტული წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში, თანდათან იზრდება და თანდათან უახლოვდება ჯანმოს მიერ რეკომენდირებულ მაჩვენებელს (12-15%).

წლების განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯები გრაფიკულად წარმოდგენილია №2.1 დიაგრამაზე, ხოლო მთლიანი შიდა პროდუქტისა და ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების ხვედრითი წილის გრაფიკული მონაცემები მოცემულია №2.2 დიაგრამაზე.

დიაგრამა №2.1 [30, გვ. 3]

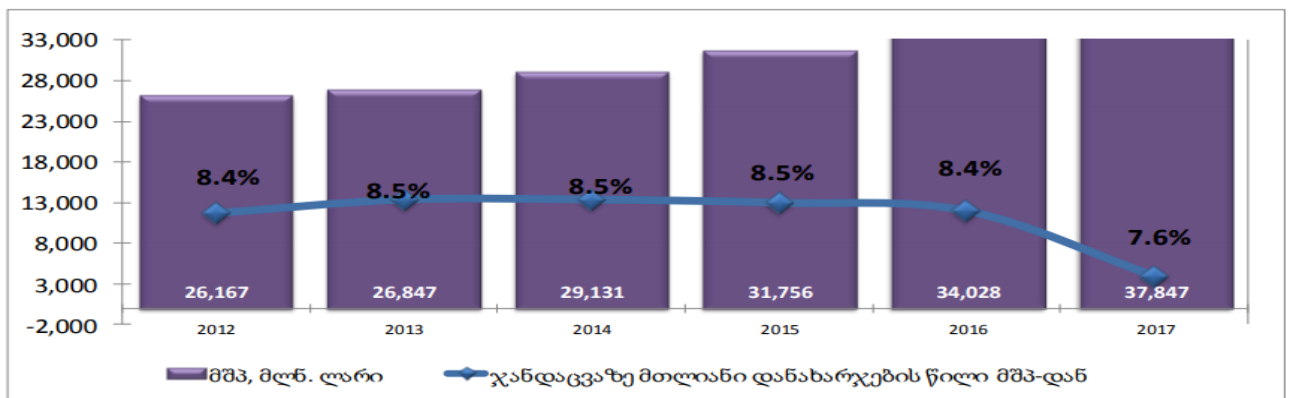
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მლნ ლარი



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017 წ.

დიაგრამა №2.2 [30, გვ. 4]

მშპ და ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ხვედრითი წილი მშპ-ში



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017 წ.

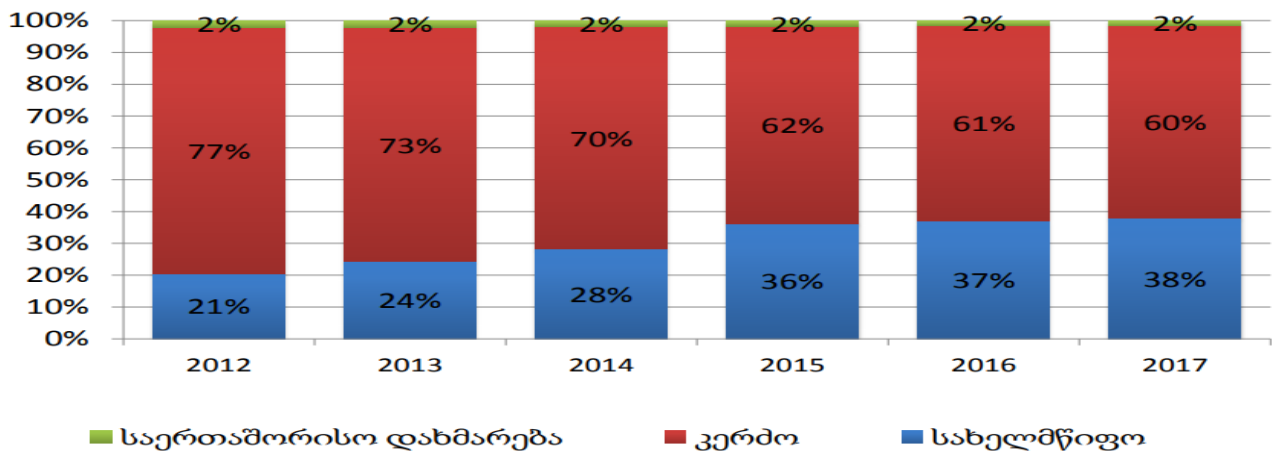


ქვეყანაში მაკროეკონომიკური სტაბილიზაციის მიღწევის შედეგად აღინიშნება ჯანდაცვის ხარჯების ყოველწლიური ზრდა. 2012 წლიდან 2017 წლის ჩათვლით ჯანდაცვის ხარჯები 2,191 მლნ ლარიდან 2,878 მლნ ლარამდე გაიზარდა. მეტ-ნაკლებად თანაბარი იყო 2012-2016 წლების განმავლობაში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი მშპ-სთან მიმართებაში, ხოლო 2017 წლისათვის დასრულდა მნიშვნელოვანი ინფრასტრუქტურული პროექტები ჯანდაცვის სფეროში, რამაც გამოიწვია ეკონომიკური ზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების შემცირება მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 0,8%-ით.

ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურის გრაფიკული მონაცემები მოცემულია №2.3 დიაგრამაზე.

დიაგრამა №2.3 [30, გვ. 5]

**ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა**



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წ.

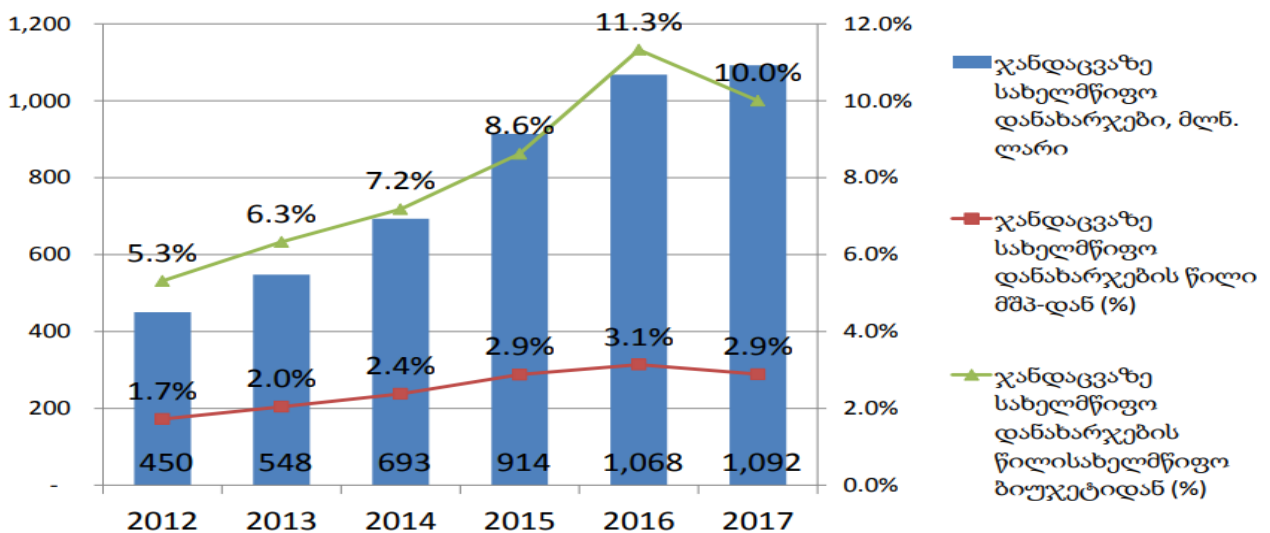
ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურაში 2017 წლის მონაცემებით სახელმწიფო დანახარჯების წილი შეადგენდა 38%-ს, კერძო დანახარჯების წილი 60%-ს, ხოლო საერთაშორისო დახმარება მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურაში განისაზღვრებოდა 2%-ით. 2012-2017 წლების განმავლობაში, კერძო დანახარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვაზე გაწეულ მთლიან დანახარჯებში მცირდებოდა, რის პარალელურადაც იზრდებოდა სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტული წილი.

საერთაშორისო დახმარება მთელი ამ პერიოდის განმავლობაში არ შეცვლილა. წლების განმავლობაში ჯანდაცვაზე განეული მთლიანი ხარჯების 2%-ს შეადგენდა.

მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები, ამიტომ ჯანდაცვის განვითარების დონე, ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები და სამედიცინო დახმარებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარების პირდაპირპროპორციულია. სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები ჯანდაცვის სფეროში, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მოცემულია №2.4 დიაგრამაზე.

დიაგრამა №2.4 [30, გვ. 6]

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წ.

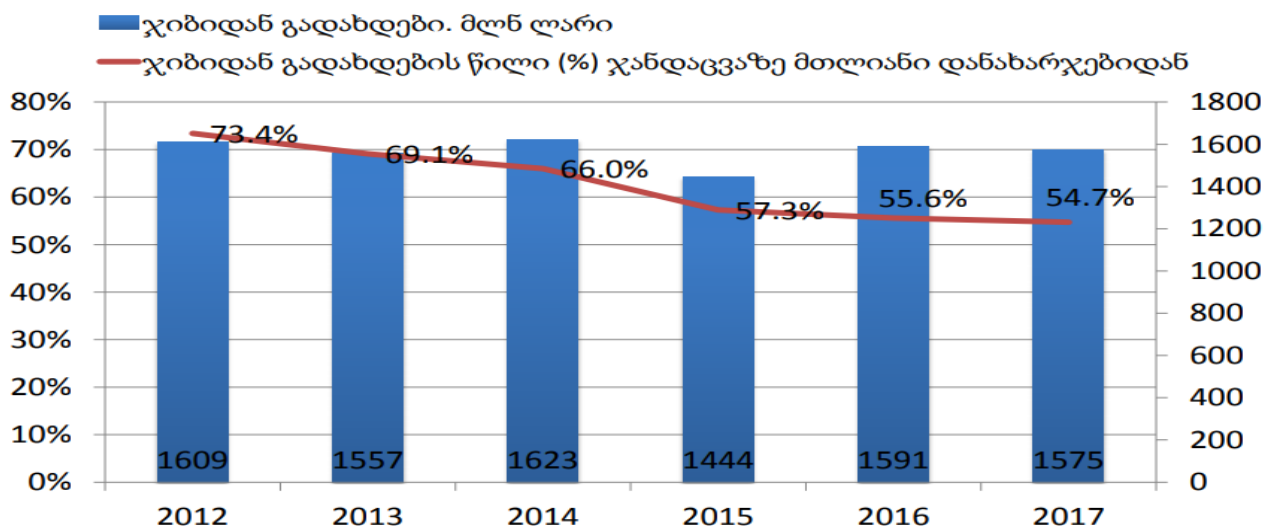
2007 წლიდან ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ ჯანმრთელობის პოლიტიკას. ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო

ასიგნებების მოცულობა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2017 წ. 1092 მლნ. ლარი). მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება (2012 წ. - 1.7%, 2017 წ. - 2,9%), თუმცა ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის (8%), ევროკავშირის (7.3%) და ევროპის 53 ქვეყნის (5.7%) საშუალო მაჩვენებლებს.

საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების ძირითადი წყაროა მოსახლეობის კერძო დანახარჯები. ბოლო წლებში, აბსოლუტური მაჩვენებლების ზრდის მიუხედავად, სახელმწიფო ხარჯების წილი ჯერ კიდევ მოკრძალებულია. 2012-2017 წლების სტატისტიკური მონაცემებით, ჯანდაცვაზე განხორციელებულ მთლიან დანახარჯებში შეინიშნება ჯიბიდან გადახდების პროცენტული წილის შემცირების ტენდენცია (იხ. დიაგრამა №2.5).

დიაგრამა №2.5 [30, გვ. 7]

**ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან**



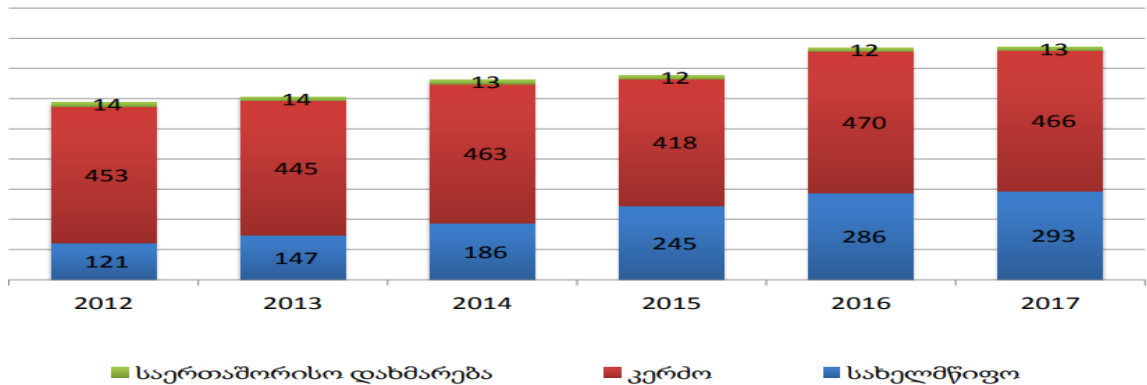
წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წ.

კერძო დანახარჯებში ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი მოდიოდა ჯიბიდან გადახდებზე, საიდანაც მხოლოდ 5% იხარჯებოდა წინასწარ გადახდილი სადაზღვევო სქემების დასაფარად, დანარჩენი სამედიცინო მომსახურებისთვის პირდაპირი გადახდებისთვის იყო განკუთვნილი. ჯიბიდან გადახდილი თანხების წილი მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში: 73,4%-დან (2012) 54,7%-მდე (2017), რაც

გამონწვეული იყო ძირითადად ჰოსპიტალიზაციაზე განეული ნაკლები დანახარტებით, რაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების პირდაპირი შედეგია [2].

2017 წლის მონაცემებით საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარტები ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენდა 772 ლარს, აქედან 293 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარტებია. ჯანდაცვის დაფინანსების დინამიკა ცხადყოფს, რომ ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარტები 2012 – 2017 წლებში დაახლოებით 2.4-ჯერ გაიზარდა (იხ. დიაგრამა №2.6).

ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)

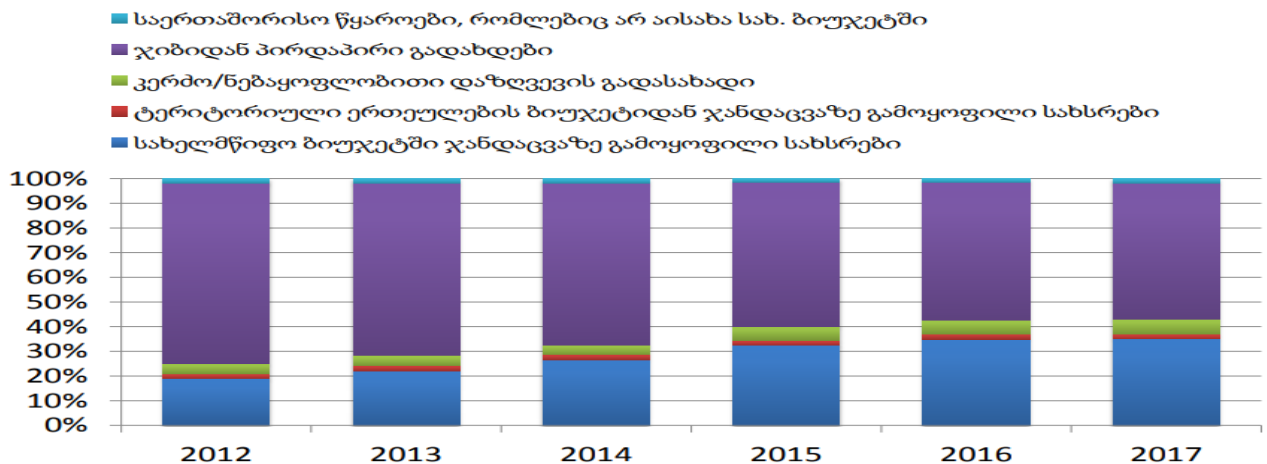


წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი - სტატისტიკური ცნობარი.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და მსოფლიო ბანკის შეფასებით, ხარჯთეფექტიანი რეფორმების გატარებით, ქვეყანამ გააუმჯობესა ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა და უზრუნველყო მოსახლეობის უკეთესი ფინანსური დაცულობა. 2016-2017 წლებში ჯანდაცვაზე დანახარჯები მკვეთრად გაიზარდა ერთ სულზე გადაანგარიშებით, რაც, ერთი მხრივ, საყოველთაო აღწერის მიხედვით მოსახლეობის მნიშვნელოვანი შემცირებით და, მეორე მხრივ, ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დაფინანსების მატებით უნდა აიხსნას.

2012-2017 წლებში ჯანდაცვაზე მიმართული თანხები დაფინანსების წყაროების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება (იხ. დიაგრამა №2.7):

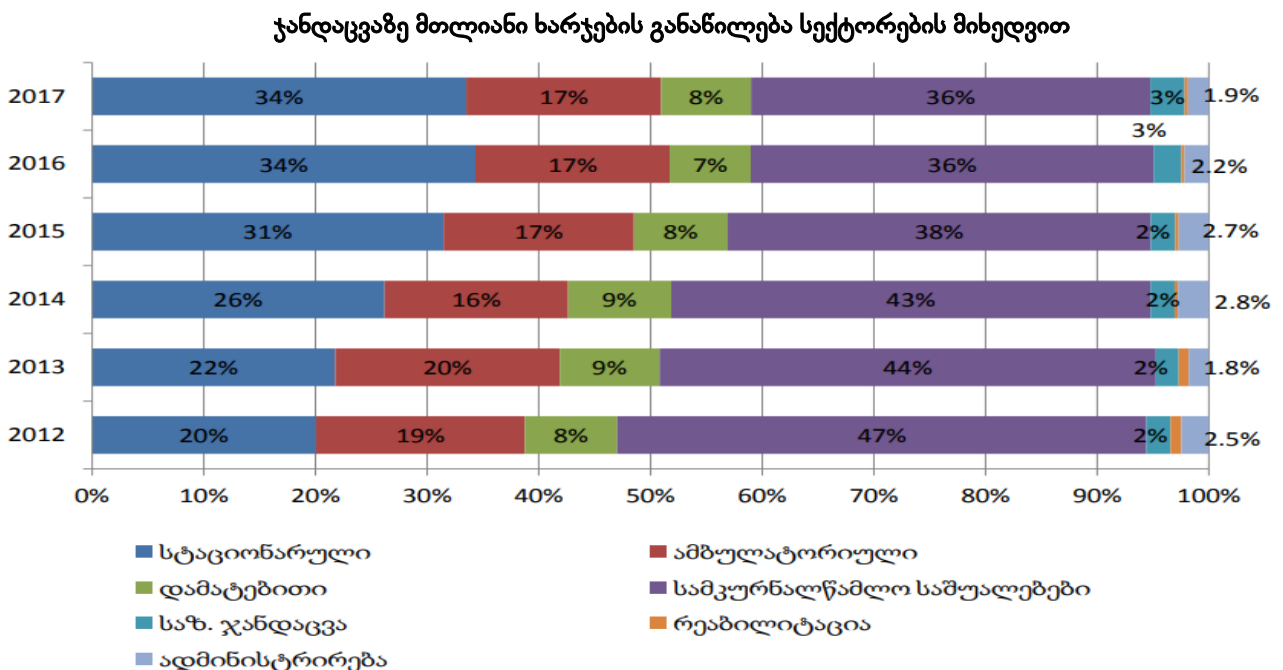
ჯანდაცვაზე მობილიზებული სახსრების სტრუქტურა დაფინანსების წყაროების მიხედვით %



ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯები სამედიცინო მიმწოდებლების მიხედვით, ძირითადად მოიცავს სტაციონალურ, ამბულატორიულ, დამატებით, სამკურნალწამლო, საზ. ჯანდაცვის, რეაბილიტაციის და ადმინისტრირების მიმართულებით განეულ ხარჯებს. დანახარჯების ყველაზე მაღალი წილი მოდის სამკურნალწამლო საშუალებებზე, ხოლო მეორე ადგილი უჭირავს ჰოსპიტალურ სექტორს. დანახარჯების აღნიშნული ტენდენცია წლების განმავლობაში შენარჩუნებულია და არ იცვლება.

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები სამედიცინო მომსახურების სახეობების მიხედვით მოცემულია №2.8 დიაგრამაზე:

დიაგრამა №2.8 [30, გვ. 10]



მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლიდან წლამდე იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი, იგი მაინც ჩამორჩება არამართო ჯანმოს რეკომენდაციით მოწოდებულ ზღვარს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი, ღარიბი

ქვეყნის მაჩვენებელს, შესაბამისად სამედიცინო სერვისებზე მნიშვნელოვანი ხარჯების განწევა თავად მოსახლეობას უწევს. იმისათვის, რომ მოსახლეობამ იგრძნოს ხელისუფლების ზრუნვა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის რეალური გაუმჯობესების თვალსაზრისით, საჭიროა გაიზარდოს ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან და სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში, რაც გაზრდის ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებს ერთ სულ მოსახლეზე და ხელს შეუწყობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესრულებას.

როგორც წინა თავში განვიხილეთ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქვეყნის უსაფრთხოებისა და მისი სიძლიერის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი შემადგენელი ნაწილია, ხოლო ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფისათვის საჭირო მნიშვნელოვან დეტერმინანტს წარმოადგენს. სწორედ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მიმართული სახელმწიფოს ძირითადი ქმედებები, რომლებიც მოიცავს მოსახლეობისათვის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობის შემცირებას და ადამიანური პოტენციალის განვითარებას.

სამედიცინო მომსახურებით ქვეყნის მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა ჯანმრთელობის პოლიტიკის უმთავრესი პრიორიტეტია და გულისხმობს მოსახლეობის არა მხოლოდ ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების სამართლიანი მიწოდების უზრუნველყოფას. მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციონირება, რომლითაც დაიწყო მოსახლეობის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას. საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმა განხორციელდა ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების უზრუნველყოფის მიზნით.

საყოველთაო ჯანდაცვის გარდა, სახელმწიფო ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს და ასევე, ცალკეულ პროგრამებს პრიორიტეტული მიმართულებით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებია [13]:

- დაავადებთა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი;
- იმუნიზაცია;
- ეპიდემიამხედველობა;
- უსაფრთხო სისხლი;
- პროფესიულ დაავადებთა პრევენცია;
- ტუბერკულოზის მართვა;
- აივ ინფექციის/შიდსის მართვა;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა;
- ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- C ჰეპატიტის მართვა პრიორიტეტული მიმართულებების სახელმწიფო პროგრამები;
- ინფექციური დაავადებების მართვა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- დიაბეტის მართვა;
- ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა;
- ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურება;
- ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა;
- დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია;
- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა;
- იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა;
- სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარება;



- სოფლის ექიმები;
- სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება;
- რეფერალური მომსახურება;

სახელმწიფო დანახარჯები საყოველთაო ჯანდაცვაზე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებზე და ვერტიკალური (პრიორიტეტული) მიმართულების პროგრამებზე წლების განმავლობაში იზრდებოდა შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი №2.3)

ცხრილი №2.3 [2, გვ. 45]

**ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, დანახარჯები მლნ ლარი**

	2013	2014	2015	2016	2017
საყოველთაო ჯანდაცვა	370	338	574	681	710
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები	31	53	69	73	73
პრიორიტეტული მიმართულებების პროგრამები	95	124	140	149	158
<b>სულ</b>	<b>436</b>	<b>583</b>	<b>783</b>	<b>903</b>	<b>941</b>

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

**2.3 კონკურენტული გარემოს დახასიათება საქართველოს ჯანდაცვის ბაზარზე**

ჯანდაცვის სექტორი, ისევე როგორც ეკონომიკის ყოველი დარგი, თავისი სპეციფიკურობით ხასიათდება. ეს სპეციფიკა ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს განაპირობებენ. სამედიცინო ბაზარზე საბოლოო შედეგების წარმოების, განაწილების და რეალიზაციის ეკონომიკური ურთიერთობები არსებითად განსხვავდება მომსახურების სხვა სფეროებში მოქმედი ანალოგიური ურთიერთობებისაგან. იგი განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და სამედიცინო მომსახურების მინოდების სპეციფიკურობით, კერძოდ [6]:

- სამედიცინო მომსახურების ბაზარი ყოველთვის არ აკმაყოფილებს თავისუფალი ბაზრის სტანდარტებს;

- მოთხოვნები სამედიცინო მომსახურებაზე ატარებენ არა მხოლოდ პირად, არამედ სოციალურ ხასიათსაც, რაც მოითხოვს ცალკეულ მომხმარებელთა სახსრების გაერთიანებას. ხშირად რეგულირების საგნად გვევლინება “საზოგადოებრივი სიკეთე”;
- სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნები აქვთ წარმოქმნის სავარაუდო ხასიათი, რაც ასევე განაპირობებს მომსახურების პოტენციალის შექმნის აუცილებლობას; ყველაზე „თავისუფალი“ ურთიერთობების დროსაც კი ჯანმრთელობის დაცვა აუცილებლად საზოგადოებრივად და სახელმწიფოებრივად რეგულირებად სფეროს წარმოადგენს. მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს ბაზრისა და ჯანდაცვის სექტორის რეგულირების გონივრული შეთანხმების გზების ძიება.

ჯანდაცვის სექტორზე საბაზრო მექანიზმების ზეგავლენით სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები დაინტერესებული არიან განახორციელონ მაღალი ხარისხის მომსახურება და ეძებონ სამედიცინო დახმარების ეკონომიკურად ეფექტური გზები.

სამედიცინო ბაზრებზე კონკურენციის შეფასებისათვის გამოიყენება შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები [6]:

- სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა;
- გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალზე სამედიცინო დაწესებულებების კონცენტრაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვის მაჩვენებელი;
- სამედიცინო დაწესებულებების სანოლთა რაოდენობა;
- სამედიცინო დახმარების ხარისხი;
- სამედიცინო დახმარების ფასი.

ჩვენს შემთხვევაში კვლევა განხორციელდა საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებების სანოლთა (სანოლ-ფონდი) რაოდენობების მიხედვით, რომელთა ანალიზით განხორციელდა ბაზრის დახასიათება და ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურების სფეროში კონკურენციის შეფასება.

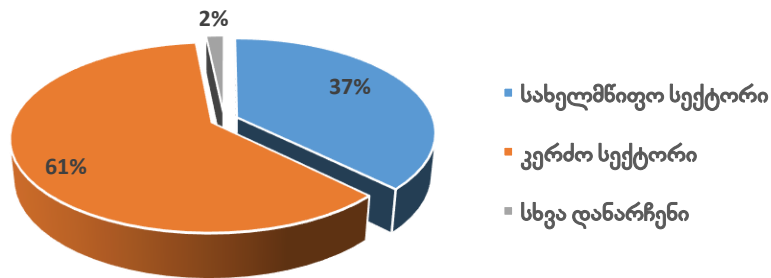
ბევრ ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო

პარტნიორული. ასეთი მრავალფეროვნებას ძირითადად სამედიცინო ბაზრის თავისებურებებმა განაპირობებს. აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული: კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო [5].

ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო და კერძო საკუთრების მიხედვით წილები გაანგარიშებულ იქნა ჯანდაცვაზე განეულ მთლიან დანახარჯებში (2017 წ.) მათი წილების შესაბამისად და იგი წარმოდგენილია შემდეგნაირად: სახელმწიფო სექტორი - 37 % (მასში შედის სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები/სამინისტროები და ორგანიზაციები ცენტრალურ/რეგიონალურ დონეზე და სოციალური მომსახურების სააგენტო), კერძო სექტორი - 61%, სხვა დანარჩენი - 2% [29] (იხ. დიაგრამა №2.9).

დიაგრამა №2.9

ფინანსური აგენტების წილი ჯანდაცვაზე განეულ მთლიან დანახარჯებში

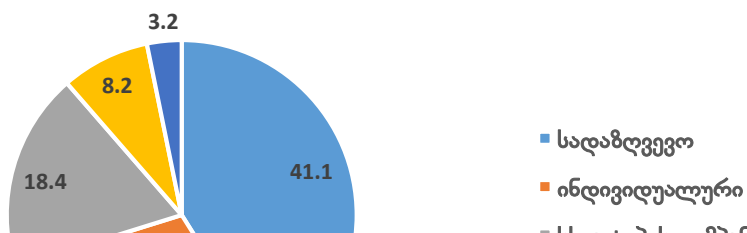


წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წ.

2017 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში არსებულ საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ (მათ შორის 41,1% საღაბდვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს – 29,1%, სხვა ტიპის კომპანიებს 18.4%), ხოლო 8,2% – სახელმწიფოს; სახელმწიფოს საკუთრებაში, ძირითადად, ფსიქიატრიული და სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების გამწევი საავადმყოფოები რჩება (იხ. დიაგრამა №2.10) [29] .

დიაგრამა №2.10

საქართველოში მოქმედი საავადმყოფოების მფლობელობის ტიპი

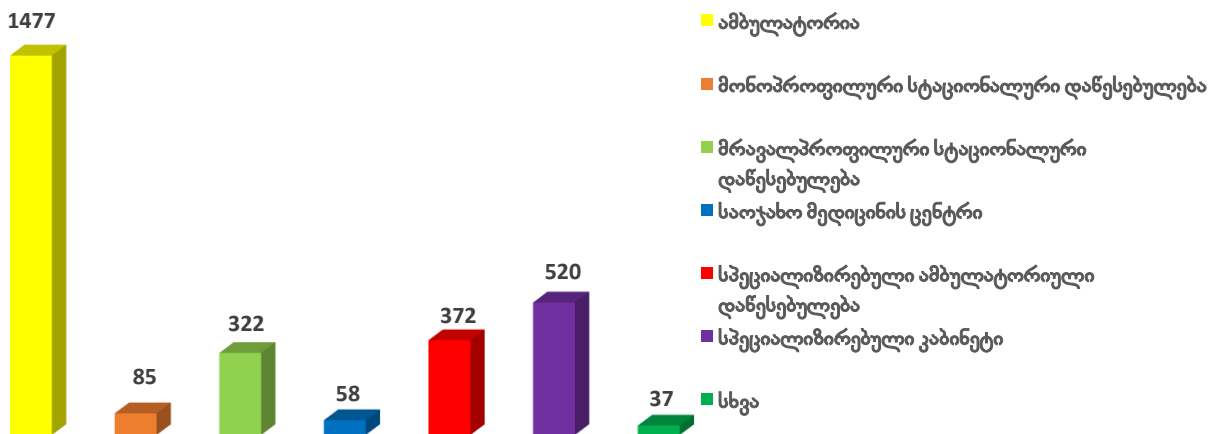


წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური მონაცემებით [10], საქართველოში დღეის მდგომარეობით რეგისტრირებულია 2871 სამედიცინო დაწესებულება. მათ შორის: 1477 - ამბულატორია, 85 - მონოპროფილური სტაციონარული დაწესებულება, 322 - მრავალპროფილური სტაციონარული დაწესებულება, 58 - საოჯახო მედიცინის ცენტრი, 372 - სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულება, 520 - სპეციალიზირებული კაბინეტი, 37 - სხვა დანარჩენი (იხ. დიაგრამა №2.11).

დიაგრამა №2.11

საქართველოში რეგისტრირებული სამედიცინო დაწესებულებები

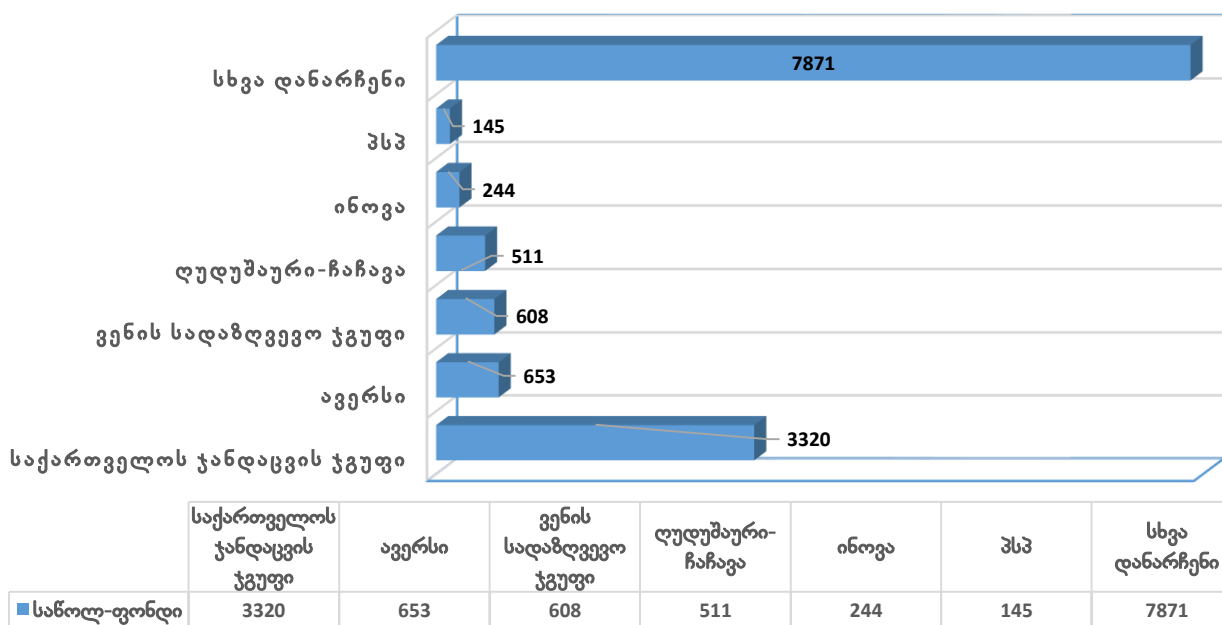


წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალი

როგორც აღმოჩნდა, სამედიცინო მომსახურების სფეროში მოქმედი ეკონომიკური აგენტები ძირითადად ფუნქციონირებენ სტაციონალურ (ჰოსპიტალურ) და ამბულატორიულ ბაზრებზე.

სამედიცინო მომსახურების ჰოსპიტალურ სექტორში კონკურენციის შეფასებისათვის მნიშვნელოვანია სანოლ-ფონდების რაოდენობების განსაზღვრა და ანალიზი. ჯანდაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალის მონაცემების და სამეწარმეო რეესტრის მონაცემების ანალიზით დგინდება, რომ მიმდინარე პერიოდისათვის ოფიციალურად რეგისტრირებული მსხვილ ჰოსპიტალურ სამედიცინო დაწესებულებებს (საავადმყოფოებს) ძირითადად რამდენიმე სადაზღვევო კომპანია და ჯგუფი ფლობს. 2019 წლის მონაცემებით ქვეყანაში არსებული სამედიცინო სანოლ-ფონდები განაწილებულია შემდეგნაირად [11, გვ. 18] (იხ. დიაგრამა №2.12):

სამედიცინო დანესებულებების (საავადმყოფოების) განაწილება სანოლ-ფონდების მიხედვით



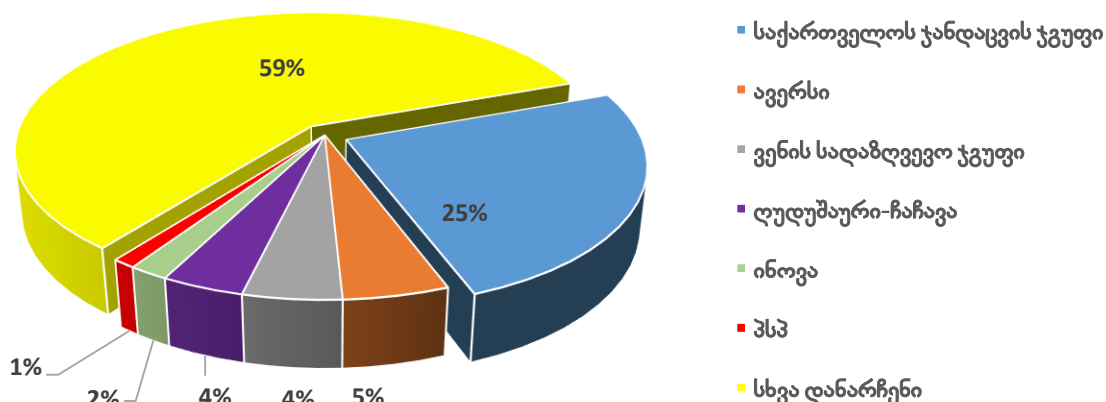
წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფი, პრეზენტაცია 2019

სამედიცინო მომსახურების ჰოსპიტალურ სექტორში წილების განსაზღვრა და შესაბამისად აღნიშნულ ბაზარზე კონკურენციის შეფასება განხორციელდა სანოლთა რაოდენობის (ე.წ. სანოლ ფონდების) მიხედვით.

როგორც აღმოჩნდა, ჰოსპიტალური ბაზრის ყველაზე მსხვილ წილს - 25%-ს ფლობს საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფი (რომლის შვილობილი კომპანიაა სამედიცინო კორპორაცია ევექსი), მეორე ადგილზეა ავერსის საავადმყოფოები 5%-ით, 4%-ითაა წარმოდგენილი ვენის სადაზღვევო ჯგუფის საავადმყოფოები, ლულუშაური-ჩაჩავას საავადმყოფოებს უჭირავთ აგრეთვე ბაზრის 4%, სამედიცინო ცენტრი ინოვა წარმოდგენილია 2%-ით, ჰსპ-ს ჰოსპიტალი 1%-ს მფლობელია, ხოლო სხვა დანარჩენი საავადმყოფოები ფლობენ ბაზრის 1%-ზე ნაკლებ წილებს, რომელთა საერთო წილი ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების ბაზრის 59%-ია.

ჰოსპიტალური სამედიცინო ბაზრის წილობრივი მონაცემები გრაფიკული სახით მოცემულია №2.13 დიაგრამაზე.

ჰოსპიტალური (სტაციონალური) სამედიცინო მომსახურების ბაზარი



ბაზრის ანალიზიდან ჩანს, რომ სტაციონალური სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ეკონომიკური აგენტები არათანაბარ პირობებში იმყოფებიან და ფაქტიური ფიზიკური მდგომარეობით სახეზეა გარკვეული საბაზრო ძალაუფლებები.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ბაზარი წარმოადგენს არასრულყოფილი კონკურენციის ბაზარს. ამასთან, თავისი ძირითადი მახასიათებლებით იგი ახლოს დგას ბაზრის ისეთ კონიუქტურასთან, რომლებიც ეკონომიკური თეორიით კლასიფიცირდება როგორც შეზღუდული კონკურენციის ბაზარი. აღნიშნული გარემოებები გავლენას ახდენენ მიმწოდებელთა ქცევაზე, მათ მიზნებზე, ფასწარმოქმნის სისტემაზე, რაც მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის ბაზარზე მიმდინარე პროცესების სპეციფიკურ რეგულირებას.

ჯანდაცვის სისტემაში შეზღუდული კონკურენციის ძირითადი მიზეზებია [4, გვ. 116]:

- სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიწოდების იერარქიული სისტემა;
- სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია, პრომითი და მატერიალური რესურსების შეზღუდული ნაკადის, სამედიცინო მომსახურების გასაწევად საჭირო ხარჯებისა და რეგულირების მექანიზმების გამო;
- სამედიცინო მომსახურების მრავალ სახეს არ გააჩნია მისი შემცველი, ან შედარებით მცირე ასეთი სახის შემცველები;



- სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს;
- ჯანდაცვის სისტემაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია.

განვიხილოთ თითოეული მათგანი:

სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიწოდების იერარქიული სისტემა - საქართველოში საავადმყოფოთა ქსელი აგებულია სტაციონარული დახმარების დონეებად დაყოფის პრინციპით, ანუ სტაციონარული ტიპის სამედიცინო წესებულებები დიფერენცირებულია დონეების მიხედვით. ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი დონეები არსებობს: დღის სტაციონარი, რაიონული საავადმყოფო, სამხარეო საავადმყოფო, სპეციალიზირებული საავადმყოფო, პროფილური სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი, კლინიკური საავადმყოფო. ჰოსპიტალურ შემთხვევათა შედარებით იოლი ფორმების კონცენტრირება ხდება რაიონულ საავადმყოფოებში, რომლებიც პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის ახლოს არიან განთავსებულნი. უფრო რთული შემთხვევების მკურნალობა ხორციელდება სამხარეო და რესპუბლიკურ საავადმყოფოებში [4, გვ. 118-122].

აღნიშნული დონეები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან აღჭურვილობით, პერსონალის კვალიფიკაციით და მომსახურების პაკეტით. ცხადია სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ასეთი იერარქიული სისტემა და შესაბამისად დონეების მიხედვით ერთმანეთისაგან განსხვავებული საავადმყოფოების არსებობა მნიშვნელოვნად ამცირებს მათ შორის რეალური კონკურენციის შესაძლებლობას [4, გვ. 118-122].

სამედიცინო მომსახურების ბევრ მიმწოდებელს, მათ შორის საავადმყოფოებს, ოჯახის ექიმებს და სპეციალიზებულ სამედიცინო ორგანიზაციებს კონკურენტების შეზღუდული რაოდენობა ჰყავთ. კონკურენცია განსაკუთრებით დაბალია რაიონებში, სადაც ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ერთი საავადმყოფო ფუნქციონირებს. შედეგად, ირღვევა თავისუფალი ბაზრისათვის აუცილებელი კონკურენციის პირობები და რაიონული საავადმყოფო გვევლინება როგორც მონოპოლისტი. მონოპოლისტური ბაზარი, სადაც მხოლოდ ერთი მიმწოდებელია, ზღუდავს პაციენტების არჩევანს, ამცირებს სადაზღვევო

ორგანიზაციის ან ჯანდაცვის მართვის ორგანოების შესაძლებლობას მოახდინონ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა პაციენტების ინტერესების გათვალისწინებით. ბაზრის მნიშვნელოვანი ნაწილის კონტროლი ხდება მცირე რაოდენობით კონკურენტების მიერ, რაც ხელს უწყობს სამედიცინო დანესებულებების საბაზრო ძალად ჩამოყალიბებას [4, გვ. 118-122].

სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია - კონკურენტუნარიანი ბაზრის ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა მიმწოდებლების დიდი რაოდენობით არსებობა, რომელთაც შეუძლიათ სწრაფად და თავისუფლად შევიდნენ და გავიდნენ ბაზრიდან. ამ მხრივ, ჯანდაცვის სფეროში გარკვეული შეზღუდვები არსებობს. თავისუფალი ბაზრისაგან განსხვავებით, სამედიცინო ბაზარზე პერსონალის თავისუფალი შემოსვლა შეზღუდულია გარკვეული ბარიერებით და ეს პირობა მნიშვნელოვნად ამცირებს კონკურენციას სამედიცინო ბაზარზე [4, გვ. 118-122].

სამედიცინო ბაზარზე შესვლის ბარიერს წარმოადგენს სახელმწიფო ლიცენზირება, კერძოდ სამედიცინო პერსონალის რეგისტრაციისა და ლიცენზირების განსაკუთრებული წესები. ასეთი სახის რეგულაციები ხელს უწყობს სამედიცინო ბაზარზე არსებული ორგანიზაციების საბაზრო ძალად ჩამოყალიბებას. სახელმწიფო ლიცენზია ლეგალური მონოპოლიის ერთ-ერთი ფორმაა, რომელიც ბაზარზე ცალკეულ სანარმოს, პირდაპირი კონკურენციის გარეშე საქმიანობის უფლებას ანიჭებს. ასეთ კომპანიებს თავიანთი საქონლის ან მომსახურების გაყიდვის ექსკლუზიური უფლება აქვთ [4, გვ. 118-122].

ლიცენზირება გამოიყენება დაბალი კვალიფიკაციის მიმწოდებლების ბაზარზე შესვლის პრევენციის მიზნით. სამედიცინო პრაქტიკის უფლება აქვს მხოლოდ ექიმებს, რომელთა განათლების დონე უსუხობს დადგენილ მოთხოვნებს. რეგულირების აღნიშნული წესები ამცირებენ საექიმო შეცდომებს. დავეუშვათ საპირისპირო შემთხვევა, წარმოვიდგინოთ, რომ სამედიცინო ბაზარი თავისუფალია და ყველას შეუძლია მომსახურების მიწოდება, ანუ არაკვალიფიციური პრაქტიკოსები ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე აწარმოებენ სამედიცინო საქმიანობას, ხოლო პაციენტები სამედიცინო

დახმარების ხარისხისა და ღირებულების საკუთარი შეფასების უნარის მიხედვით ახდენენ შერჩევას. ცხადია, ასეთი სამედიცინო ბაზრის არსებობა შეუძლებელია, რადგან არაკვალიფიცირებული ექიმის მიერ დაშვებულმა შეცდომებმა შეიძლება პაციენტისათვის ფატალური შედეგი გამოიწვიოს. თუ ყველას მიეცემა საექიმო პრაქტიკის უფლება მაშინ როგორ დაიცვას თავი პაციენტმა არაკომპეტენტური ექიმებისაგან, რომელთაც შესაბამისი არც განათლება და არც გამოცდილება არ გააჩნიათ. პაციენტთა არასაკმარისი სამედიცინო განათლების და ექიმთა განსაკუთრებული როლის (როგორც მიმწოდებელი და მოთხოვნილების განმსაზღვრელი) გამო, იზრდება ჯანდაცვის სფეროს რეგულირების მნიშვნელობა [4, გვ. 118-122].

სამედიცინო ბაზარზე შეზღუდვები ვრცელდება არამარტო შრომით არამედ მატერიალურ რესურსებზეც. ყველა დაწესებულებას არ შეუძლია განახორციელოს სამედიცინო საქმიანობა. მათ ამისათვის შესაბამისი პირობები უნდა გააჩნდეთ და ქვეყანაში დადგენილ გარკვეულ სტანდარტებს უნდა შეესაბამებოდნენ. ხშირად სტანდარტში შედის ისეთ რთულ საქმიანობებზე მინიმალური მოცულობის მოთხოვნა, რომლებიც განსაკუთრებულ კვალიფიკაციას და მუდმივ პრაქტიკას საჭიროებს [4, გვ. 118-122].

სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები შეუცვლელია - შეზღუდული კონკურენციის დროს მენარმეები მსგავსი, მაგრამ არაიდენტური საქონლის ან მომსახურების შეთავაზებისას ხაზს უსვამენ მათ განსაკუთრებულ თვისებებს (მაღალი ხარისხი, ინოვაცია, დიზაინი, საფირმო ნიშანი). ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებას ბაზარზე აქვს მკვეთრად გამოხატული ძალაუფლება, რადგან მის კონკურენტ სამედიცინო დაწესებულებებს არ შეუძლიათ იგივე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევა, ან თუ შეუძლიათ, იგი მაინც არასრულყოფილ შემცველს წარმოადგენს [4, გვ. 118-122].

ბაზარზე ახალი კონკურენტების შემოსვლის საწინააღმდეგოდ, მაღალკონკურენტუნარიანი დაწესებულება ღებულობს შემდეგ ღონისძიებებს:

- სხვებზე ადრე ყიდვა – ყიდვაზე უფლებრივი უპირატესობის შექმნა. სიუხვის სწრაფად ფორმირების უნარი, რითაც ხორციელდება ბაზარზე შემოსულ ახალ წევრებთან წინააღმდეგობის განწევა.
- ფასის ლიმიტირება – მომსახურებაზე დაბალი ფასების დადგენა;
- ინოვაციები – ხარჯების განუწყვეტლივ შემცირება და ხარისხის გაძლიერება;
- კომპანიათა გაერთიანება – ბაზრის სტრუქტურის შეცვლა.

თამაშის თეორიის მიხედვით ბაზარზე არსებობს თამაშის ორი სახე:

- კოოპერაციული – მოთამაშეები შეიძლება შეთანხმდნენ და დაამყარონ სახელშეკრულებო ურთიერთობები მეტი ეფექტურობის მისაღწევად.
- არაკოოპერაციული – მოთამაშეები კონკურენციას უწევენ ერთმანეთს და წინააღმდეგობაში არიან ერთმანეთთან საკუთარი ინტერესების დაცვის მიზნით, მაშინაც კი როდესაც მათი რესურსები შეიძლება განსხვავებული იყოს.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა კონკურენტუნარიანი სამედიცინო ბაზრის განვითარებისათვის. სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ცხადდება კონკურსი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებში მონაწილეობის მისაღებად. გაუქმდა საექიმო უბნების შექმნა ტერიტორიული პრინციპით და პაციენტს მიეცა ექიმის და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება.

სამედიცინო მომსახურება არაერთგვაროვანი პროდუქტია - მედიცინა შემოქმედებითი პროცესია, რომელიც არ არსებობს ერთგვაროვანი სახით. ჯანდაცვის სფეროში სამედიცინო დახმარების თითოეული სახე არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს. სამედიცინო დახმარების ხარისხი ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ ვინ და რა პირობებში აწვდის მას. ერთიდაიგივე დაავადებას სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განსხვავებული მეთოდებით მკურნალობენ. სხვადასხვა დაწესებულებების შესაძლებლობები (სადიაგნოზო მონაცემილობები, სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონე, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და ა. შ). ავადმყოფს, რომელიც

გეგმიურ ოპერაციას სამხარეო საავადმყოფოში იტარებს, შედარებით ნაკლები რისკი აქვს ვიდრე ავადმყოფს, რომელსაც გადაუდებელი ოპერაცია უტარდება რაიონულ საავადმყოფოში. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დანესებულებები სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეებზე გვევლინებიან როგორც მონოპოლისტები [4, გვ. 118-122].

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი წარმოადგენს მისი მახასიათებლებისა და თვისებების ერთობლიობას, რომელთაც აქვთ ემპირიული ბუნება და შეუძლიათ დააკამყოფილონ დადგენილი მოთხოვნები.

სამედიცინო საქმიანობის მკაცრი რეგლამენტაციის მიუხედავად, ჯანდაცვაში არ არის და არც იარსებებს ყველა პაციენტის მკურნალობაზე ერთიანი მიდგომა, ერთი და იგივე დაავადებების არსებობის დროსაც კი. დიაგნოსტიკურ, ტაქტიკურ და ტექნიკურ ასპექტებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხობრივი მახასიათებლები შეიძლება ფართო საზღვრებში შეიცვალოს [3].

პროფესიული მოღვაწეობის სხვა სფეროებისაგან განსხვავებით, მედიცინაში ლეტალური გამოსავალი არ წარმოადგენს ანტიბუნებრივს და ანტისამართლებრივს. განუკურნებელი დაავადება, სამედიცინო დახმარებაზე არადროული მიმართვა, ორგანიზმის საერთო სისუსტე, ცხოვრების ანტიჰიგიენური ხასიათი, ამა თუ იმ მედიკამენტის მიმართ იდიოსინკრაზია – ყველა ეს ფაქტორები შესაძლოა გახდეს ლეტალური გამოსავლის მიზეზი და არ იქნება დამოკიდებული არც სამედიცინო ჩარევების ხასიათზე და არც სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციაზე.

ჩვეულებრივ, არასახარბიელო შედეგებს ყოფენ სამ ჯგუფად: უბედური შემთხვევები, საექიმო შეცდომები და დასჯადი შემთხვევები (პროფესიონალური სამართალდარღვევები).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ერთგვაროვნობის გაზრდაში მთავარ როლს თამაშობს სტანდარტიზაცია. ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითად ობიექტებს, სამედიცინო მომსახურების და ხარისხის ტექნოლოგიური უზრუნველყოფის გარდა, წარმოადგენს ორგანიზაციული და ინფორმაციული ტექნოლოგიები, პერსონალის

კვალიფიკაცია, მედიკამენტების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხი, ანგარიშგების დოკუმენტაცია, ჯანდაცვის ეკონომიკური ასპექტები.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, როდესაც საქონელი არაერთგვაროვანია და მომხმარებელი სრულყოფილად არ არის ინფორმირებული, მისთვის ძნელია განსაზღვროს, რას ნიშნავს უფრო დაბალი ფასი – უფრო ხელსაყრელი ყიდვის ან საქონლის დაბალი ხარისხის სიგნალი. როდესაც მომხმარებლები ინფორმირებული არიან ფასზე, საწარმოებს შეუძლიათ აღნიშნული ფასი წონასწორობის ფასის დონეზე მაღლა მხოლოდ მიმწოდებლების რაოდენობის შემცირების შემთხვევაში აწიონ.

ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია - ამიტომ წარმოება ძალიან ნელა ეგუება (ან საერთოდ არ ეგუება) საბაზრო სიტუაციას. ასე მაგალითად, სამედიცინო პერსონალის მომზადება მოითხოვს ძალიან დიდ დროს, ხოლო მოსამზადებელ პირთა რიცხვს და სწავლის ფასს აკონტროლებენ ცენტრალური ორგანოები – მთავრობა ან პროფესიული კავშირები, ამიტომ მწარმოებლებს ბაზარზე სიტუაციის ცვლილებისას არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად შეცვალონ ფაქტორები.

შეზღუდული კონკურენცია ვლინდება ერთი ან რამდენიმე საწარმოს არსებობით, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ ფასწარმოქმნის პროცესზე. უმთავრესად, ასეთი სიტუაცია განპირობებულია წარმოების მასშტაბის ეკონომიით. იგი წარმოიქმნება, როდესაც საწარმოს აქვს მაღალი მუდმივი დანახარჯები. ამ შემთხვევაში წარმოების მოცულობის ზრდისას საშუალო ხარჯები მცირდება და საწარმოს შეუძლია შეამციროს პროდუქციის ფასი. მომხმარებლის თვალსაზრისით, ეს ხელსაყრელი სიტუაციაა. თუმცა, მოცემულ მოვლენას აქვს უარყოფითი მხარეც. როდესაც ახალი კონკურენტი საწარმო დააპირებს ბაზარზე შემოსვლას, მას დასჭირდება მსხვილი კაპიტალდაბანდების განხორციელება, შედეგად მაღალი საშუალო ხარჯების შემთხვევაში იგი არაკონკურენტუნარიანი იქნება [3].

სიტუაცია, როდესაც ბაზარზე უფრო ეფექტურია მოცემული საქონლის მწარმოებელი ერთი ან რამდენიმე ძირითადი ორგანიზაციის არსებობა, წარმოადგენს მონოპოლიას

ან/და ბუნებრივად შეზღუდულ კონკურენციას. ჩვეულებრივ, ბუნებრივი მონოპოლიები სახელმწიფოს მიერ რეგულირებული ბაზრებია, სადაც წარმოების მასშტაბზე ეკონომია იმდენად დიდია, რომ წარმოების კონცენტრაცია ერთი მსხვილი კომპანიის ხელში ხარჯებს მინიმუმამდე ამცირებს. კონკურენტული ბაზარი ზრდის საშუალო ხარჯებს, ამცირებს რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. ამაში მდგომარეობს ბაზრის ჩავარდნა ჯანდაცვის სფეროში, კერძოდ კონკურენცია ხშირად არ იწვევს რესურსების ეფექტურ განაწილებას.

პაციენტს აქვს უფლება, თვითონ აირჩიოს ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება. შესაბამისად, ექიმებს ან სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის მთავარი ფაქტორია პაციენტის დამოკიდებულება მათადმი. თავის მხრივ, ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია რაც შეიძლება მეტი პაციენტი მიიზიდოს, რადგან მისი შემოსავალი დამოკიდებულია მასთან მეთვალყურეობაზე მყოფი, ან ნამკურნალევი პაციენტთა რაოდენობაზე.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე ექიმების გამოცდილებაზე და სამედიცინო განათლების დონეზეა დამოკიდებული. სამედიცინო დაწესებულების მიზანია მიიზიდოს კონკურენტუნარიანი ექიმი, რისთვისაც მაღალ ანაზღაურებასაც იხდის ხოლმე. რაც უფრო მეტი მაღალკვალიფიციური ექიმია დასაქმებული სამედიცინო დაწესებულებაში, მით უფრო იზრდება პაციენტების მასთან მიმართვიანობა.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია ასევე დამოკიდებულია უახლესი ტექნოლოგიებით აღჭურვაზე. თუმცა, უახლესი მონყობილობა-დანადგარების მიხედვით კონკურენცია ხშირად არ არის ეფექტური და ხარჯების გაზრდას იწვევს. მაგალითად, თუ უბანში მდებარე ორ სამედიცინო დაწესებულებას იდენტური სახის დიაგნოსტიკური დანადგარი გააჩნიათ, დროის ნახევარზე მეტი ისინი შეიძლება არც იქნეს დატვირთული და არაეფექტური იყოს განეული დანახარჯები შესყიდვაზე.

სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე უდიდეს გავლენას ახდენს მოსახლეობის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობა. როგორც წესი,

პაციენტთა უმეტესობა მიმართავს იმ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც სახელმწიფო ჯანდაცვაში ან საღაზღვევო პროგრამებშია ჩართული.

ყოველივე ზემოთაღნიშნულის გათვალისწინებით და ჩატარებული კვლევების შედეგად მიღებული მონაცემების შეჯერებით შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ ჯანდაცვის ბაზარი წარმოადგენს არასრულყოფილი (შეზღუდული) კონკურენციის ბაზარს, რომელიც აუცილებლად საჭიროებს სახელმწიფოს მხრიდან სპეციფიკურ რეგულირებას.



### თავი 3. საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მომხმარებელთა

#### მარკეტინგული კვლევა

##### 3.1 კვლევის მეთოდთა და კვლევაში მონაწილე ჯგუფის სტრუქტურა

წინამდებარე კვლევა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა სეგმენტირებული ჯგუფების დახასიათებას, არსებული სახელმწიფო პროგრამების შესახებ მათი ინფორმირებულობის მიხედვით და ქვეყანაში არსებული სამედიცინო მომსახურებით მომხმარებელთა კმაყოფილების დონის ანალიზს. კვლევის მიზანია საქართველოში არსებული სამედიცინო მომსახურებით მოქალაქეების კმაყოფილების დონის განსაზღვრა, სახელმწიფო პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობის დადგენა და მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ეფექტიანობის შეფასება.

მარკეტინგული კვლევა, მონაცემების შეგროვებას, ორგანიზებას და ანალიზს წარმოადგენს. სოციალურ ფენომენთა გამოკვლევა სხვადასხვა მეთოდებით ხორციელდება, თუმცა სოციალური კვლევის მეთოდები ორ ძირითად ჯგუფად არის წარმოდგენილი: რაოდენობრივი და თვისებრივი მეთოდები [28, გვ. 4]. უნდა აღინიშნოს, რომ რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები უაღრესად პოპულარული და ფართოდ გავრცელებულია მთელ რიგ სამეცნიერო დისციპლინებში, როგორც სოციალურ, ისე ტექნიკურ და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებებში. რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები მონაცემების მოპოვების საიმედო და აღიარებულ ტექნიკადაა მიჩნეული, რაზეც ის ფაქტი მეტყველებს, რომ მთელ მსოფლიოში სისტემატურად ხდება მოსახლეობის აღწერა, ყოველწლიურად ტარდება სხვადასხვა სახის რაოდენობრივი კვლევები და ყოველდღიურად მიმდინარეობს მარკეტინგული კვლევები, რაც სწორედ რაოდენობრივი კვლევის მეთოდების გამოყენებით ხორციელდება.

რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები საშუალებას იძლევა, სწორად განხორციელებული შერჩევის შემთხვევაში, მოსახლეობის ფართო ჯგუფებზე და გარკვეული საზოგადოების მასშტაბითაც კი მოხდეს შედეგების განზოგადება, რაც

რაოდენობრივი კვლევის მეთოდების განსაკუთრებულ სანდოობაზე მეტყველებს. საერთოდ, მკვლევართა შორის დომინანტურია შეხედულება, რომ რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები ობიექტური რეალობის წვდომის უკეთეს შესაძლებლობას იძლევა, ვიდრე თვისებრივი კვლევის მეთოდები, რომლებიც დიდადაა დამოკიდებული მკვლევარის სუბიექტურ ინტერპრეტაციაზე [28, გვ. 5]. ზემოთაღწერილი გარემოებების გათვალისწინებით, კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, ჩვენს შემთხვევაშიც გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევა.

რაოდენობრივი მონაცემების მოპოვების მთავარი ინსტრუმენტია მასობრივი გამოკითხვა, რომელიც ჩვეულებრივ გულისხმობს მოსახლეობის დამოკიდებულების შესასწავლად კითხვარის შედგენას, კვლევაში მონაწილე ჯგუფის გამოკითხვას, მიღებული მონაცემების დამუშავებას და ანალიზს.

მასობრივი გამოკითხვის ორი ძირითადი ტიპი არსებობს: ანკეტირება და ინტერვიუ [28, გვ. 14]. მასობრივი გამოკითხვის ტიპის არჩევისას უპირატესობა მივანიჭეთ ანკეტირებას და მისი მეშვეობით ელექტრონულ გამოკითხვას, რადგან აღნიშნული ტექნიკის გამოყენებით შესაძლებლობა მოგვეცა უფრო ფართოდ აგვეთვისებინა კვლევის ჯგუფი და „ინტერვიუერის გავლენა“ ყოფილიყო მინიმალური. ამასთან, ინტერნეტით ელექტრონული კვლევა დიდი პოპულაციის გამოკითხვის შესაძლებლობას გვაძლევს და მარტივად ხდება ჯგუფების გამოკვლევა.

კვლევის ტექნიკის შესაბამისად, სამიზნე ჯგუფის შერჩევისას გამოყენებული იქნა მარტივი ალბათური შერჩევა, რაც გულისხმობს, რომ გენერალური ერთობლიობის თითოეულ ელემენტს შერჩევით ერთობლიობაში მოხვედრის თანაბარი შანსი აქვს, რომელიც შემთხვევითია და არცერთი ელემენტისთვის არ არის ნულოვანი. შემთხვევითი წესით გამოვლენილი შერჩევითი ერთობლიობა უფრო სარწმუნოა და ზუსტად ასახავს ობიექტურ რეალობას, ვინაიდან ყველა ადამიანს აქვს შერჩევით ერთობლიობაში მოხვედრის თანაბარი შანსი.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ ელექტრონულ გამოკვლევაში მონაწილეობა მიიღო 378-მა ადამიანმა. მათ შორის მამაკაცი იყო 122, ხოლო ქალი - 256. ჩატარებული დროის ინტერვალი (შერჩევის ინტერვალი) შეადგენდა 12 მაისიდან 12 ივნისამდე პერიოდს. კვლევაში მონაწილე ჯგუფის სტრუქტურა ჩამოყალიბდა სახით (იხ. ცხრილი №3.1):

კვლევაში მონაწილე ჯგუფის სტრუქტურა

ცხრილი №3.1

ასაკი (წელი)	მამაკაცი				ქალები				სულ
	სტუდენტი	დასაქმებული	უმუშევარი	პენსიონერი	სტუდენტი	დასაქმებული	უმუშევარი	პენსიონერი	
18-24	22	8	19	0	47	16	11	0	123
25-34	0	18	24	0	2	58	50	0	152
35-54	0	13	5	0	0	21	24	0	63
55-ზე მეტი	0	6	4	3	0	7	9	11	40
სულ	22	45	52	3	49	102	94	11	378

კვლევაში გამოყენებული ელექტრონული ანკეტა შედგებოდა 13 კითხვისაგან, რომელთა შორის I-III კითხვა დაკავშირებული იყო კვლევაში მონაწილე ჯგუფის ასაკობრივი, სქესობრივი და საქმიანობრივი ნიშნით გამოვლენასთან.

IV და V კითხვა დაკავშირებული იყო ჯანდაცვის სისტემის და სამედიცინო მომსახურების მიმართ რესპოდენტთა დამოკიდებულების გამოვლენასთან.

VI – VIII კითხვა უკავშირდებოდა სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის პირადი ტენდენციების და მახასიათებლების განსაზღვრას. აგრეთვე სამედიცინო დანესებულების არჩევისას ინფორმაციის წყაროების გამოვლენას.

IX – XI კითხვის მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ინფორმირებულობის ხარისხის კვლევა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებული ძირითადი პრობლემის იდენტიფიცირება.

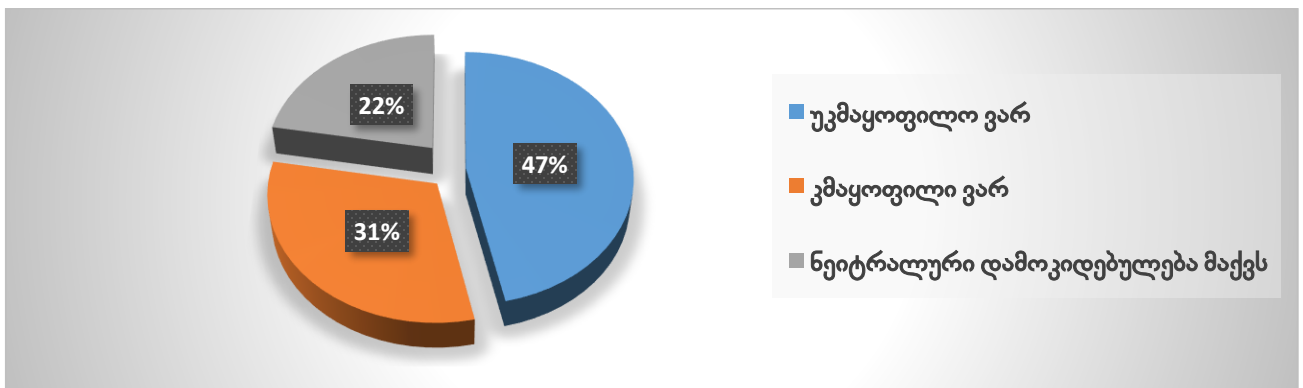
XII – XIII კითხვა უკავშირდებოდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ რესპოდენტთა ინფორმირებულობას და პროგრამებით სარგებლობის ტენდენციების გამოვლენას.

### 3.2 სამედიცინო მომსახურებით მომხმარებელთა კმაყოფილების დონის კვლევა

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოკითხული რესპოდენტების დიდი ნაწილი (47%) აცხადებს, რომ უკმაყოფილოა საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის მუშაობით. ამასთან 22%-ს ნეიტრალური დამოკიდებულება აქვს და მხოლოდ 31%-ია კმაყოფილი (იხ. დიაგრამა №3.1).

დიაგრამა №3.1

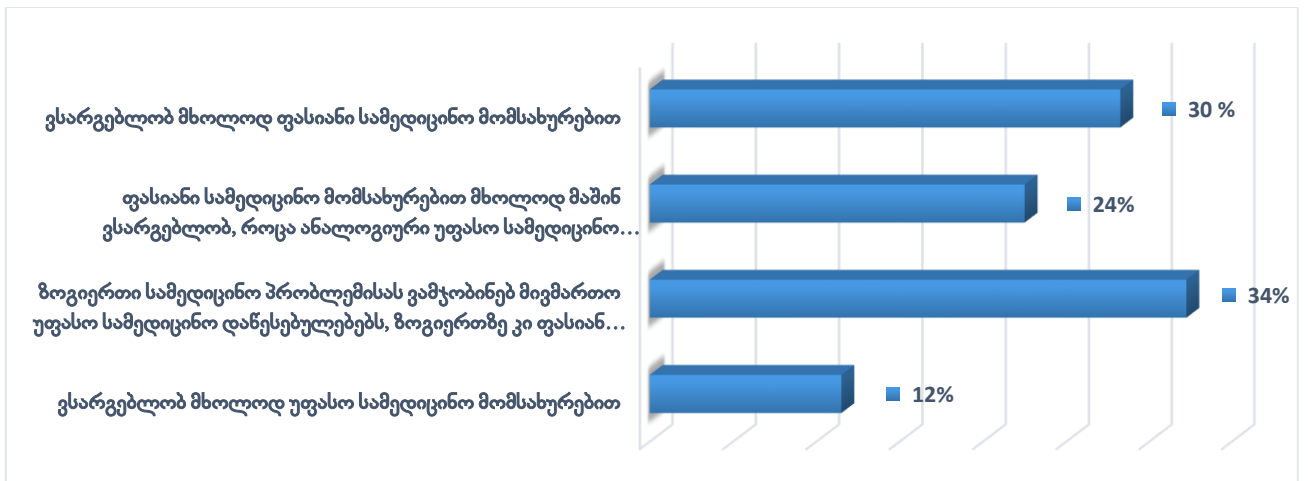
ჯანდაცვის სისტემის მუშაობით მომხმარებელთა კმაყოფილება



ფასიანი და უფასო სამედიცინო მომსახურების მიმართ მომხმარებელთა დამოკიდებულება გადანაწილდა შემდეგნაირად: რესპოდენტთა დიდი ნაწილი უპირატესობას ანიჭებს ფასიან სამედიცინო მომსახურებას, კერძოდ გამოკითხულთა 30% სარგებლობს მხოლოდ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით, 34% სამედიცინო პრობლემის შესაბამისად ირჩევს უფასო/ფასიან სამედიცინო მომსახურებას, 24% ფასიანი სამედიცინო სერვისებით მაშინ სარგებლობს, როდესაც ანალოგიური უფასო სამედიცინო მომსახურება არ არის და გამოკითხულთა მხოლოდ 12% სარგებლობს უფასო სამედიცინო მომსახურებით (იხ. დიაგრამა №3.2).

დიაგრამა №3.2

უფასო/ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა

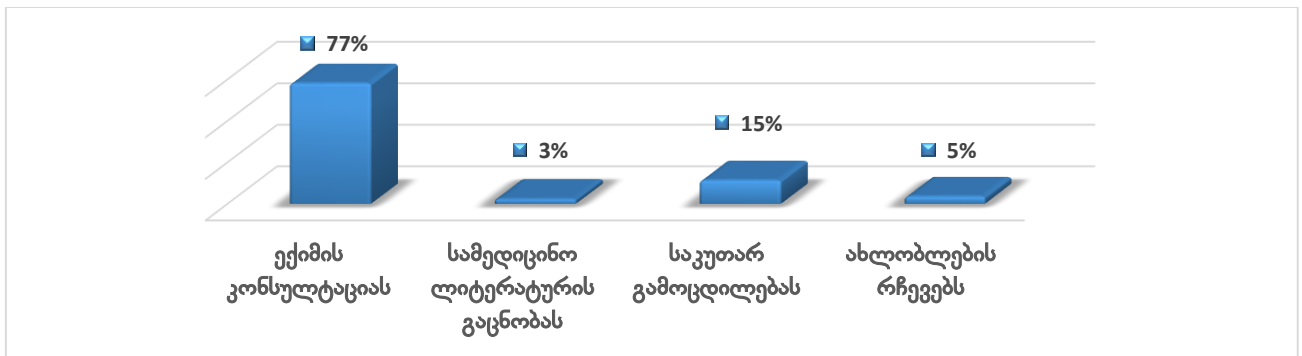


უფასო და ფასიანი სამედიცინო მომსახურების მიმართ რესპოდენტთა ამგვარ გადანაწილებას ძირითადად განსაზღვრავს შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიმართ ნდობის ხარისხი. როგორც კვლევის შედეგებიდან ჩანს, ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი უფასო სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას აქვს. სამედიცინო მომსახურების არჩევისას, ძირითადად განმსაზღვრელი ფაქტორი ხარისხიანი მომსახურებაა.

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების არსებობისას რესპოდენტების მიერ სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის შემდეგი პირადი ტენდენციები და ქცევა გამოვავლინეთ: გამოკითხული მომხმარებლების უმეტესობა, რათქმუნდა ყველაზე მნიშვნელოვნად ექიმის კონსულტაციას მიიჩნევს (77%). გამოკითხულთა 15% ექიმის კონსულტაციაზე მეტად საკუთარ გამოცდილებას ენდობა, 5% - ახლობლების რჩევებს. მხოლოდ 3% ეცნობა ასეთ დროს სამედიცინო ლიტერატურას და ამ გზით ცდილობს პრობლემის მოგვარებას (იხ. დიაგრამა №3.3).

დიაგრამა №3.3

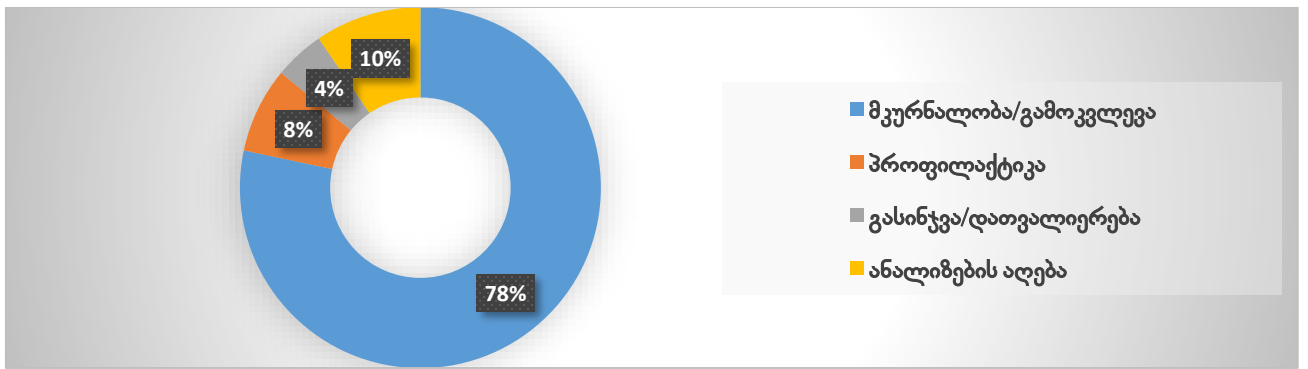
**ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების არსებობისას მომხმარებელთა ქცევის პირადი ტენდენციები**



საკმაოდ საინტერესოა რესპოდენტთა პასუხები სამედიცინო დაწესებულებებში მათი ურთიერთობის მიზნებთან დაკავშირებით. როგორც აღმოჩნდა, გამოკითხულთა უდიდესი ნაწილი (78%) სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავს მკურნალობის და გამოკვლევის მიზნით, სამწუხაროდ მხოლოდ 8% იტარებს პროფილაქტიკურ გამოკვლევებს, ხოლო 4% გასინჯვა/დათვალიერების მიზნით აკითხავს სამედიცინო დაწესებულებებს და 10% აბარებს ანალიზებს. მომხმარებლები სხვადასხვა საშუალებებით და ხერხებით ცდილობენ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებას და სამედიცინო დაწესებულებებისადმი მიმართვა სავარაუდოდ მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში ხდება. მნიშვნელოვანი იყო გამოგვევლინა სხვა საჭიროებებთან ერთად პროფილაქტიკური და სხვა სახის გასინჯვა დათვალიერების სიხშირე, რაც სამწუხაროდ ძალიან დაბალი აღმოჩნდა. მომხმარებლების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ ამგვარი დამოკიდებულება მართალია ერთის მხრივ განპირობებულია სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დაბალი ნდობით და ეკონომიკური პრობლემებით, თუმცა მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის კულტურა, ადამიანთა ცხოვრების წესი და ტრადიციული მიდგომები (იხ. დიაგრამა №3.4).

დიაგრამა №3.4

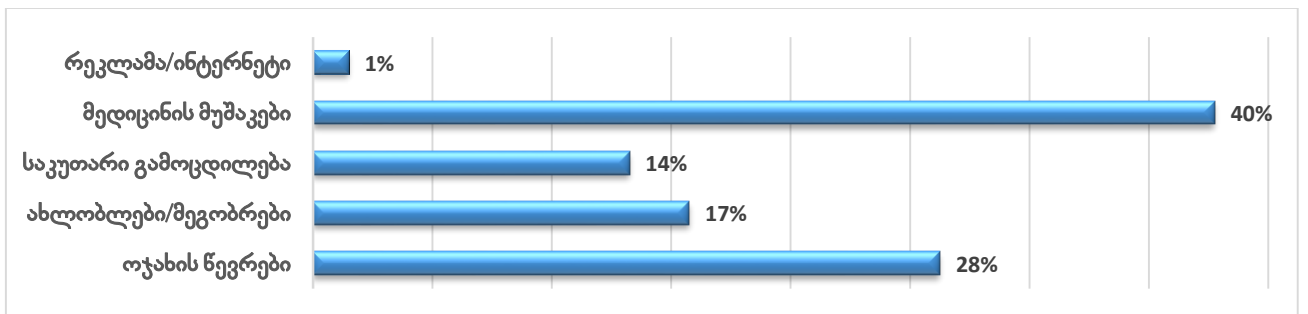
**სამედიცინო დაწესებულებებთან ურთიერთობის მიზნები**



სამედიცინო დაწესებულების და მომსახურების არჩევისას რესპოდენტების 40% მედიცინის მუშაკებს მიუთითებენ. ამის საპირისპიროდ, საერთო ჯამში 59% იღებს გადაწყვეტილებას სამედიცინო მუშაკების ჩარევის გარეშე და იყენებს საკუთარ გამოცდილებას (14%), ახლობლების/მეგობრების (17%) ან/და ოჯახის წევრების რჩევებს (28%). რესპოდენტთა მხოლოდ 1% ითვალისწინებს ინტერნეტით და რეკლამით მიღებულ ინფორმაციას გადაწყვეტილების მიღებისას (იხ. დიაგრამა №3.5).

დიაგრამა №3.5

**სამედიცინო დაწესებულებების არჩევისას ინფორმაციის ძირითადი წყაროები**



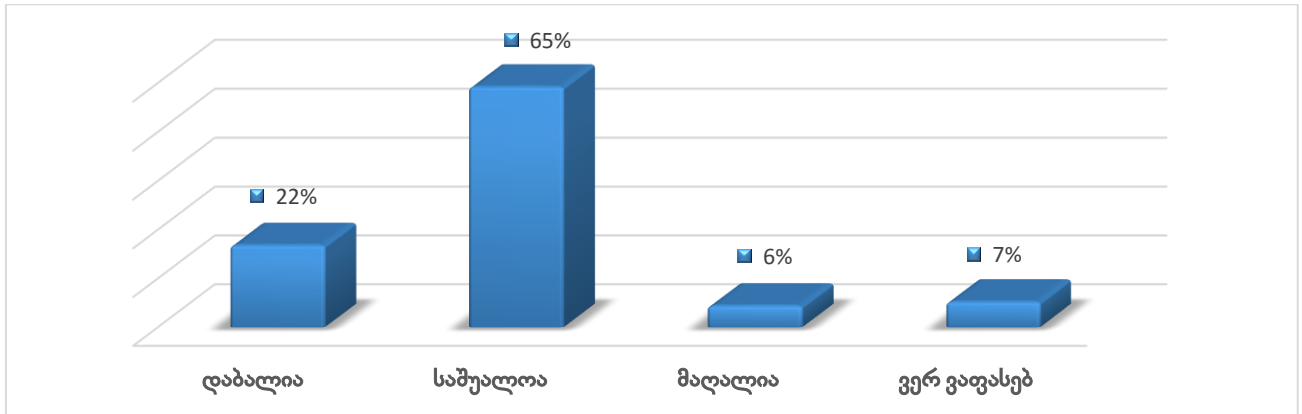
ჩატარებული კვლევის შედეგებით საინტერესო აღმოჩნდა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ინფორმირებულობის საკითხი. რესპოდენტთა 65% თვლის რომ სამედიცინო მომსახურების ბაზრის შესახებ მისი ინფორმირებულობის ხარისხი საშუალოა, 22% თვლის რომ დაბალია, მხოლოდ 6%-ს აქვს სრულყოფილი ინფორმაცია, ხოლო 7% ვერ აფასებს საკუთარი ინფორმირებულობის დონეს. კვლევამ აჩვენა, რომ მომხმარებლების ძირითად ნაწილს არასრულყოფილად ან საერთოდ არ



აქვთ ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე არსებულ ტენდენციებთან დაკავშირებით (იხ. დიაგრამა №3.6).

დიაგრამა №3.6

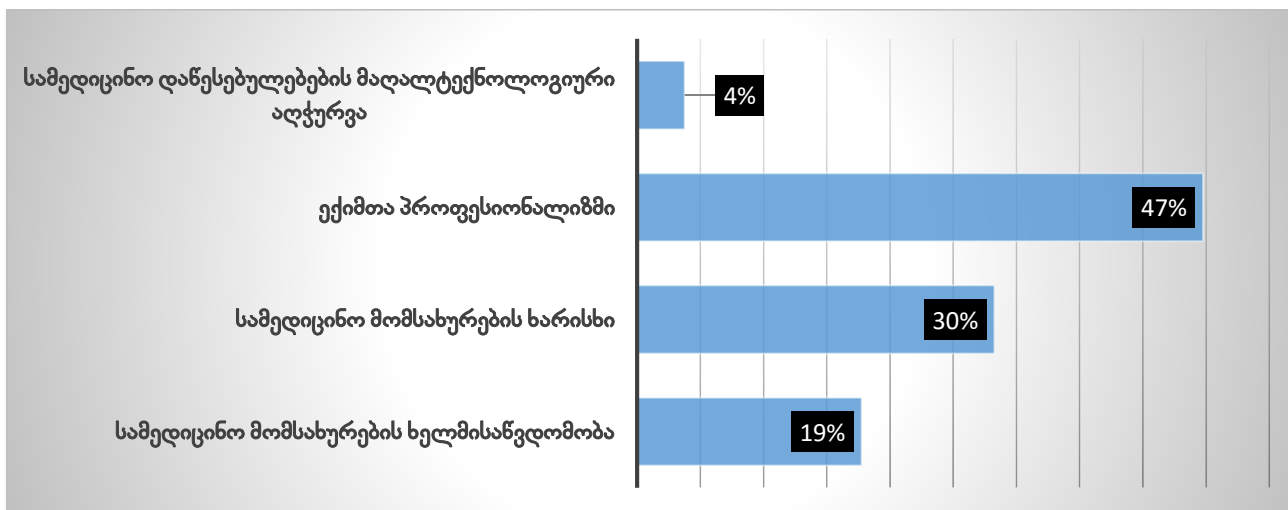
მომხმარებელთა ინფორმირებულობა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე



სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებული პრობლემების იდენტიფიცირებისას რესპოდენტების უმრავლესობის მიერ მითითებული იქნა ექიმთა პროფესიონალიზმი (47%) და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი (30%). ისინი მიიჩნევენ რომ სწორედ აღნიშნული პრობლემებია პირველ რიგში გადასაჭრელი. გამოკითხულთა მხოლოდ 4% მიიჩნევს რომ სამედიცინო დაწესებულებებს ესაჭიროებათ მაღალტექნოლოგიური აღჭურვა, შესაბამისად დანარჩენი ნაწილი თვლის რომ სამედიცინო აპარატურის პრობლემებზე მეტად მომსახურების ხარისხია გასაუმჯობესებელი, რაც თავის მხრივ ექიმთა პროფესიონალიზმიდან გამომდინარეობს. სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა გამოკითხულთა 19%-ს ანუხებს (იხ. დიაგრამა №3.7).

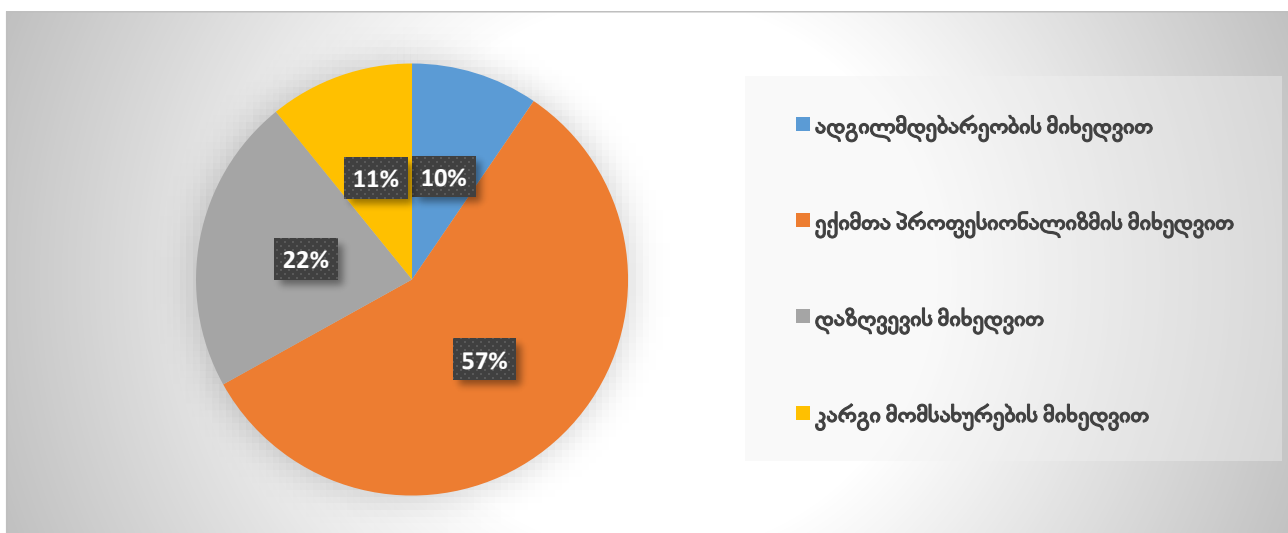


სამედიცინო მომსახურების სფეროში პირველ რიგში გადასატრედი პრობლემა



ეჭიმა პროფესიონალიზმია ის ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორი (57%), რომლის მიხედვითაც რესპოდენტები ახდენენ სამედიცინო დაწესებულების შერჩევას, 22% სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს დაბლვევის მიხედვით, 11% ირჩევს კარგი მომსახურების მიხედვით, ხოლო 10%-ს არჩევანს სამედიცინო დაწესებულების ადგილმდებარეობა განსაზღვრავს. მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების შერჩევას განაპირობებენ მოცემულია №3.8 დიაგრამაზე.

სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის განმსაზღვრელი ფაქტორები



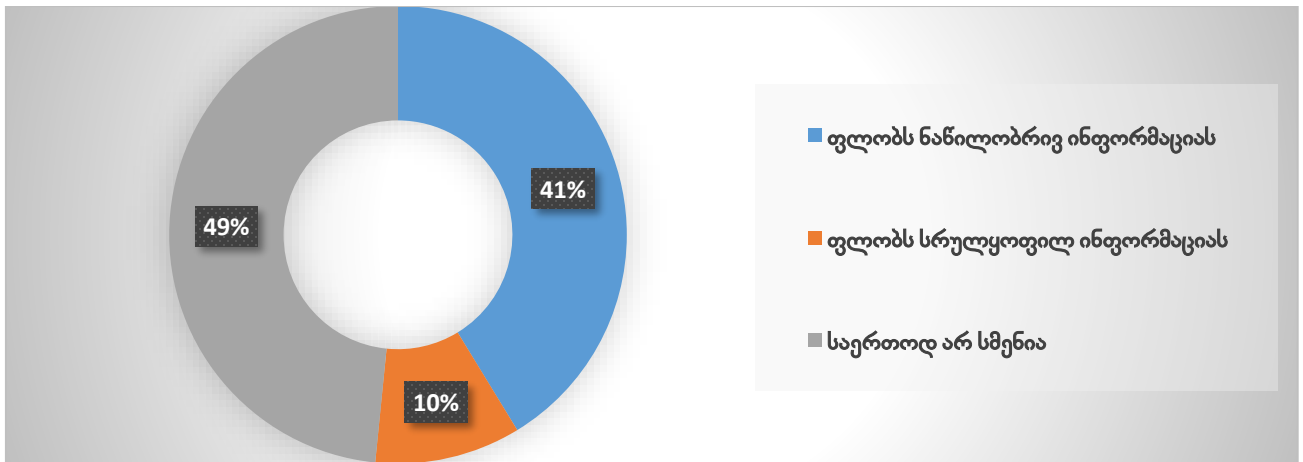
### 3.3 ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ მომხმარებელთა ინფორმირებულობის კვლევა

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფუნქციონირების ეფექტიანობის შესაფასებლად უმნიშვნელოვანესია შეფასებული იქნას რესპოდენტთა ინფორმირებულობის დონე და განსაზღვრული იქნას პროგრამებით სარგებლობის ტენდენციები. საინტერესო და მრავლისმთქმელი აღმოჩნდა აღნიშნული მიმართულებით რესპოდენტთა პასუხები.

გამოკითხულთა უმრავლესობას (49%) საერთოდ არ სმენია ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების არსებობის შესახებ, გარდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისა (რომლის შესახებაც აგრეთვე არასრული ინფორმაცია გააჩნიათ). მხოლოდ 41% ფიქრობს რომ აქვს პროგრამების შესახებ გარკვეული ინფორმაცია, რომელიც ნაწილობრივი და არასრულყოფილია. გამოკითხულთა მხოლოდ 10%-მა იცის სრულყოფილად ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ (იხ. დიაგრამა №3.9).

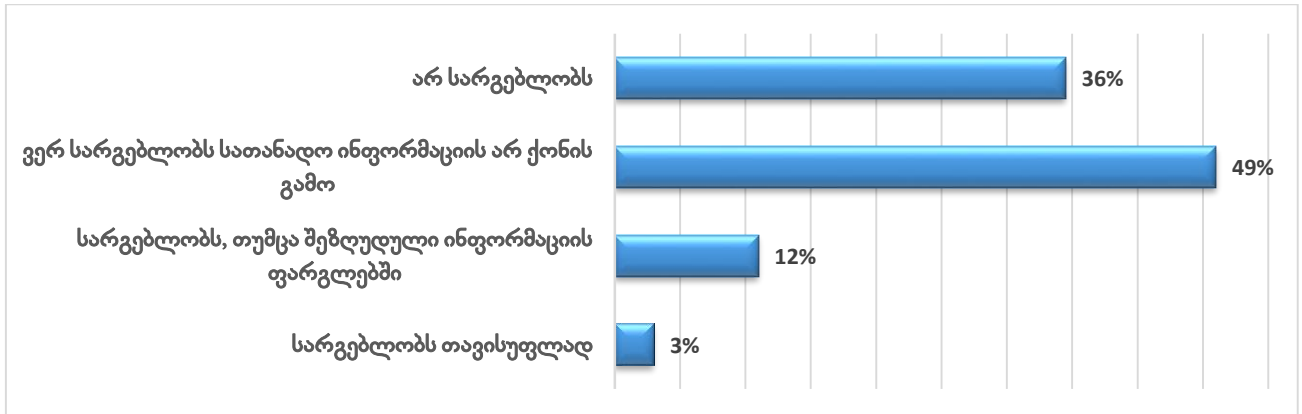
დიაგრამა №3.9

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობის ხარისხი



იმის გათვალისწინებით, რომ გამოკითხულ რესპოდენტთა მხოლოდ ნაწილი ფლობს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ ინფორმაციას, რომელიც ძირითადად არასრულყოფილია, შესაბამისად დაბალია აღნიშნული სერვისებით სარგებლობის მაჩვენებლებიც (იხ. დიაგრამა №3.10).

რესპოდენტთა მიერ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით სარგებლობის მაჩვენებლები



გამოკითხულთა 49% ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით სრულყოფილად ვერ სარგებლობს, რადგან თვლის, რომ არ გააჩნია სათანადო ინფორმაცია. 36% არ სარგებლობს (ინფორმაციის არ ქონის გამო). გამოკითხულთა 12%-ს მიაჩნია, რომ მის მიერ სახელმწიფო პროგრამებით სარგებლობა ხდება შეზღუდული ინფორმაციის ფარგლებში. მხოლოდ 3% სარგებლობს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით თავისუფლად. კვლევის შედეგებით ვლინდება ტენდენცია, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ მომხმარებელთა ინფორმირებულობა არასაკმარისი და საშუალოზე დაბალია.

## დასკვნები და რეკომენდაციები

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის დახასიათების და მისი ეფექტიანობის კვლევის საფუძველზე თვალსაჩინოა შემდეგი სურათი:

- სამედიცინო ბაზარი თავისი სფეროეკურობიდან გამომდინარე საკმაოდ სენსიტიური და რთული სფეროა, ამდენად, მისი დაგეგმარება-ორგანიზაციის დროს საჭიროა განვითარებული ქვეყნების პრაქტიკის უფრო მეტად გათვალისწინება და არსებულ ენდემურობაზე, ეთნოსის მოთხოვნილებაზე და ტრადიციებზე მორგება. ეს საშუალებას მისცემს ჯანდაცვის სფეროს იყოს უფრო მოქნილი, ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი მოსახლეობისათვის, ხოლო კონტრაგენტებისათვის - ხარჭეფექტური და გონივრული ინვესტირება.

- სამედიცინო ბაზრის ორგანიზება ხორციელდება სახელმწიფო რეგულაციებით, რომელიც გარკვეულ დახვეწას და განვითარებას საჭიროებს ახალ გამოწვევებთან მიმართებაში. ქვეყანაში, სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სფეროში ინერგება თანამედროვე ტექნოლოგიები (მაგ. ტრანსპლანტაცია, ინვიტრო განაყოფიერება და ა.შ.), რომლებიც მოითხოვენ არსებული საკანონმდებლო ბაზის გაფართოებას და დახვეწას, რათა მომხმარებლისა და სამედიცინო დანესებულებისათვის გადანყვეტილების მიღება არ წარმოადგენდეს ერთგვარ დილემას. ამ კუთხით მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება.

- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა 2007 წლიდან ბრიტანულ-ამერიკული მოდელის მიხედვით იმართება - პირამიდის საფუძვლიდან მწვერვალისაკენ, ეს გულისხმობს სემაშკოს მოდელის ჩანაცვლებას ოჯახის ექიმის ინსტიტუტით. სამედიცინო მომსახურების საჭიროების დადგომის შემთხვევაში, მოსახლეობამ უნდა მიმართოს საოჯახო მედიცინის ცენტრებს, საიდანაც პაციენტი რეფერირდება ჰოსპიტალურ სექტორში. თუმცა, კვლევის შედეგად გამოვლენილი მონაცემების ანალიზის საფუძველზე დგინდება, რომ პირველადი ჯანდაცვა სრულყოფილად ვერ ასრულებს მის ფუნდამენტალურ ფუნქციებს. როგორც აღმოჩნდა, მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე სამედიცინო

მომსახურების ბაზარზე ჯერ კიდევ დაბალია და შესაბამისად სრულყოფილად ვერ ხორციელდება მიზანმიმართული და ხარჯეფექტური სამედიცინო სერვისების მიწოდება. მნიშვნელოვანია, პირველადი ჯანდაცვის როლის გააქტიურება, რომელიც უნდა განხორციელდეს მომხმარებლებისათვის უფრო მეტი ინფორმაციის მიწოდებით, რათა ხშირად მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის რგოლებს (მათ შორის დააადებათა პრევენციის მიზნით), ხოლო თავის მხრივ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისათვის საჭიროა უფრო მკაცრი მონიტორინგი სახელმწიფოს მხრიდან, რათა განახორციელონ პროტოკოლების შესაბამისი მომსახურება.

- სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანი და სტაბილური უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის რაციონალიზაცია და ოპტიმიზაცია. სამედიცინო ბაზრის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, უმცროსი სამედიცინო პერსონალის (ექთნები) მნიშვნელოვანი დეფიციტია ქვეყანაში. საჭიროა ამ დარგის პოპულარიზაცია და მოტივაცია, რათა უფრო მეტი დაინტერესება გაჩნდეს ექთნის პროფესიისადმი (მათ შორის გენდერული კუთხით).

- სტატისტიკური მონაცემების თანახმად ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება. იზრდება აგრეთვე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში, თუმცა პროცენტული მაჩვენებლით იგი ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდირებულ ნიშნულს. არსებული მდგომარეობით, ჯანდაცვაზე განეულ მთლიან დანახარჯებში ჯერ კიდევ დიდია ჯიბიდან გადახდების წილი, ამიტომ მნიშვნელოვანია გააქტიურდეს კერძო სადაზღვევო კომპანიების როლი და ჯანდაცვის ბაზარზე კერძო სადაზღვევო სექტორმა უზრუნველყოს მოსახლეობის ეფექტური მოცვა.

- ქვეყანაში ფუნქციონირებს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, თუმცა ბევრი მათგანი საჭიროებს გადახედვას, ინოვაციების დანერგვას და სხვადასხვა დაავადებების/ნოზოლოგიების ჩამატებას, ვინაიდან მეცნიერებისა და მედიცინის განვითარების და ახალი მიღწევების შესაბამისად, ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების

მიმწოდებელთა მიერ ინერგება ახალი სერვისები, რაც თავის მხრივ სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროებს ადეკვატურ რეაგირებას, რათა მოსახლეობისათვის ინოვაციები იყოს ხელმისაწვდომი და არ წარმოიშვას დისონანსი მიწოდებას და მოთხოვნას შორის.

- საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ჰოსპიტალური სექტორში გამოიკვეთა შეზღუდული კონკურენცია, ვინაიდან, ეკონომიკური აგენტები არათანაბარ პირობებში იმყოფებიან და ფაქტიური ფიზიკური მდგომარეობით სახეგა გარკვეული საბაზრო ძალაუფლებები. ბაზარზე ფუნქციონირებს ერთი მსხვილი და რამდენიმე მცირე ეკონომიკური აგენტი. ასეთ მოცემულობაში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მხრიდან განხორცილდეს ზედამხედველობა და მონიტორინგი, რათა დაცული იყოს როგორც ბაზრის თითოეული მონაწილის, აგრეთვე მოსახლეობის უფლებები, არ შეიზღუდოს სამედიცინო სერვისის არჩევანი და გარანტირებული იყოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება. მნიშვნელოვანია, საბაზრო ძალაუფლების მქონე ეკონომიკური აგენტის მიერ არ განხორციელდეს გავლენის არამართლზომიერი გამოყენება და უზრუნველყოფილი იყოს კონკურენციის პირობების დაცულობა.

- ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებობს მთელი რიგი სისტემური პრობლემები, რაც დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობასთან, მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობასთან, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასთან, მომსახურების ხარისხთან და მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალ დონესთან. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა პირდაპირ კორელაციაშია სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ სამედიცინო განათლების სისტემაში ინტეგრაციასთან, გაიდლაინების და პროტოკოლების აქტიურ დანერგვა-გაცნობასთან, სამედიცინო ასოციაციების აქტიურ პროფესიულ საქმიანობასთან და რათქმაუნდა სამედიცინო პერსონალის ადეკვატურ ანაზღაურებასთან. სათანადო რეგულაციების მეშვეობით, სახელმწიფომ მკაცრად უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების მიერ გაიდლაინების და პროტოკოლების დანერგვებებში იმპლემენტაციაზე კონტროლი. მნიშვნელოვანია, სახელმწიფოს მხრიდან

განხორციელდეს ეფექტური მარკეტინგული ინსტრუმენტების გამოყენება ქვეყანაში არსებული საზოგადოებრივი სიკეთის (სახელმწიფო პროგრამები) უფრო მეტი ცნობადობისათვის, რაც ეფექტიანობის გაზრდასთან ერთად, გამოიწვევს ჩვენი მოსახლეობის ქცევის პატერნის ცვლილებას დაავადებათა პრევენციასთან დაკავშირებით.

### გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა:

1. გაერო და საქართველო, გაეროს სააგენტოები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია - მოძიებულია 1 თებერვალი, 2019.

[http://www.ungeorgia.ge/geo/%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A5%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%97%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%A8%E1%83%98/un\\_agencies?info\\_id=23#.XQY2j7wzaUI](http://www.ungeorgia.ge/geo/%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A5%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%97%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%A8%E1%83%98/un_agencies?info_id=23#.XQY2j7wzaUI);

2. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური ცნობარი 2017 – მოძიებულია, 03 მარტი 2019.

<https://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f7a28a1e-0489-49a0-b183-eb8674244541>;

3. ვერულავა, თ. „სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები“, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი „ეკონომიკა და ბიზნესი“ №4, 2017.

4. ვერულავა თ. „ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა“, საქართველოს უნივერსიტეტი თბილისი, 2009;

5. ვერულავა თ. „სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო“ - სტატია, 2016 - მოძიებულია, 10 მარტი 2019.

<https://idfi.ge/ge/forms-of-ownership-medical-organizations-world-practice-georgia>

6. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი, „ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება“ – 2015, მოძიებულია, 07 მარტი 2019.



<https://idfi.ge/ge/health-care-expenditure-who-recommendations-georgia>;

7. ლომინაძე დ. „სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების თავისებურებები და პერსპექტივები საქართველოში“ სადისერტაციო ნაშრომი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი 2011;
8. „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება“ თბილისი, 2014-2015;
9. „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა“, მოძიებულია 03 მარტი 2019.  
<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/06.08.2018.pdf>;
10. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალი, „სამედიცინო დანესებულება“ - მოძიებულია, 15 მარტი 2019.  
<http://cloud.moh.gov.ge/Default.aspx>
11. საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფი, პრეზენტაცია 2019 - მოძიებულია 2019 წლის 20 მაისი.  
<http://ghg.com.ge/uploads/files/1Q19%20%20Results%20Presentation.pdf>
12. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, სტატისტიკური ინფორმაცია, ჯანდაცვა - [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge);
13. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური ვებ გვერდი [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge);
14. საქართველოს კონსტიტუცია;
15. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“
16. საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“;
17. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“;
18. საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
19. საქართველოს კანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“;
20. საქართველოს კანონი „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“;
21. საქართველოს კანონი „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“;



22. საქართველოს კანონი „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“;
23. საქართველოს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“;
24. საქართველოს კანონი „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“;
25. საქართველოს კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“;
26. საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“;
27. საქართველოს კანონი „სალიცენზიო და სანებართვო მოსაკრებლებს შესახებ“;
28. წულაძე ლ. „რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები სოციალურ მეცნიერებებში“ წიგნი გამოცემულია სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრის მიერ, თბილისი 2008;  
[http://css.ge/files/Books/Books/raodenobrivi\\_kvlevis\\_meTodebis\\_saxelomzgv.pdf](http://css.ge/files/Books/Books/raodenobrivi_kvlevis_meTodebis_saxelomzgv.pdf);
29. „ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წელი“, მოძიებულია, 15 მარტი 2019.  
<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2019/Failebi/02.05.19-2017-NHA-geo.pdf>;
30. „ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2017“, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - მოძიებულია, 04 თებერვალი 2019.  
<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2019/Failebi/02.05.19-2012-2017-geo.pdf>;
31. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 27 მარტის №94/ნ ბრძანება.

ანკეტა

**1. თქვენი ასაკი**

- ა) 18 - 24
- ბ) 25 - 34
- გ) 35 - 54
- დ) 55 +

**2. სქესი**

- ა) მდედრობითი
- ბ) მამრობითი

**3. თქვენი საქმიანობა**

- ა) სტუდენტი
- ბ) დასაქმებული
- გ) უმუშევარი
- დ) პენსიონერი

**4. ზოგადად, რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის სისტემის მუშაობით საქართველოში?**

- ა) უკმაყოფილო ვარ
- ბ) კმაყოფილი ვარ
- გ) ნეიტრალური დამოკიდებულება მაქვს

**5. რომელი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობთ?**

- ა) ვსარგებლობ მხოლოდ უფასო სამედიცინო მომსახურებით
- ბ) ზოგიერთი სამედიცინო პრობლემისას ვამჯობინებ მივმართო უფასო სამედიცინო დაწესებულებებს, ზოგიერთზე კი ფასიან სამედიცინო დაწესებულებებს
- გ) ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით მხოლოდ მაშინ ვსარგებლობ, როცა ანალოგიური უფასო სამედიცინო მომსახურება არ არის
- დ) ვსარგებლობ მხოლოდ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით

**6. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაწყვეტად რას ანიჭებთ უპირატესობას?**

- ა) ექიმის კონსულტაციას
- ბ) სამედიცინო ლიტერატურის გაცნობას
- გ) საკუთარ გამოცდილებას
- დ) ახლობლების რჩევებს

**7. ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში თქვენი ურთიერთობის მიზგზია**

- ა) მკურნალობა/გამოკვლევა
- ბ) პროფილაქტიკა
- გ) გასინჯვა/დათვალიერება
- ბ) ანალიზების აღება

8. რომელია თქვენი ინფორმაციის წყარო, როდესაც ირჩევთ სამედიცინო დანესებულებას და მომსახურებას?

- ა) ოჯახის წევრები
- ბ) ახლობლები/მეგობრები
- გ) საკუთარი გამოცდილება
- დ) მედიცინის მუშაკები
- ე) რეკლამა/ინტერნეტი

9. როგორ შეაფასებდით სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე თქვენი ინფორმირებულობის ხარისხს?

- ა) დაბალია
- ბ) საშუალოა
- გ) მაღალია
- დ) ვერ ვაფასებ

10. თქვენი აზრით, რომელი პრობლემაა პირველ რიგში გადასაჭრელი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში?

- ა) სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა
- ბ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხი
- გ) ექიმთა პროფესიონალიზმი
- დ) სამედიცინო დანესებულებების მაღალტექნოლოგიური აღჭურვა

11. რის მიხედვით ახდენთ სამედიცინო დანესებულების შერჩევას?

- ა) ადგილმდებარეობის მიხედვით
- ბ) ექიმთა პროფესიონალიზმის მიხედვით
- გ) დაზღვევის მიხედვით
- დ) კარგი მომსახურების მიხედვით

12. გსმენიათ თუ არა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ?

- ა) დიახ, ნაწილობრივ
- ბ) დიახ, მაქვს სრულყოფილი ინფორმაცია
- გ) საერთოდ არ მსმენია

13. სარგებლობთ თუ არა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებით?

- ა) დიახ ვსარგებლობ თავისუფლად
- ბ) ვსარგებლობ, თუმცა შეზღუდული ინფორმაციის ფარგლებში
- ბ) ვერ ვსარგებლობ სათანადო ინფორმაციის არ ქონის გამო
- გ) არ ვსარგებლობ