

ოთარგერზმავა
გრიგოლორობაქიძისსახელობისუნივერსიტეტი
რომანბოლქვაძე
 აჭარისავტონომიური რესპუბლიკის
 ჯანმრთელობისადასოციალურიდაცვის სამინისტრო

**ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობის შენარჩუნების
 პრობლემები აჭარაში**

აჭარა, როგორც საქართველოს ძირძველი ისტორიულ-გეოგრაფიული კუთხე, მდებარეობს საქართველოს სამხრეთ-დასავლეთ ნაწილში. გეომორფოლოგიურად მრავალფეროვანი რეგიონია. მის რელიეფში შერწყმულია მაღალი მთები, ღრმა ხეობები, გორაკ-ბორცვები, დაბლობები და სხვა. იგი მოქცეულია ბუნებრივ საზღვრებში: ჩრდილოეთიდან ესაზღვრება აჭარა-გურიის, სამხრეთიდან შავშეთის, აღმოსავლეთიდან-არსიანის ქედები, ხოლო დასავლეთით ეკვრის შავი ზღვა. აჭარის ფართობი 2990 კვ.კმ-ია, ანუ საქართველოს ტერიტორიის 4,3%.საზღვრების საერთო სიგრძე 304,6 კმ-ია. მათ შორის 251,1 სახმელეთოა, ხოლო 53,5 კმ. საზღვაო. ყველაზე მნიშვნელოვან ტერიტორიებს შავი ზღვის პირას მდებარე ვაკე და მთიანი რეგიონი წარმოადგენს.ტერიტორიის 13,6% უჭირავს დაბლობს,9,3% გორაკ-ბორცვს, მთისწინეთისა და მთების სისტემას აჭარის სრული ტერიტორიის 77,1% უჭირავს და მთლიანი მოსახლეობის 19%-ით არის დასახლებული. აჭარის ჰავა სუბტროპიკულია. 1970 წლიდან აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა დაყოფილი იყო ხუთ ადმინისტრაციულ რეგიონად(ქობულეთი, ხელვაჩაური, ქედა, შუახევი, ხულო) და ქალაქ ბათუმად. დღეისათვის აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკაში არის ხუთი მუნიციპალიტეტი (ქობულეთი, ხელვაჩაური, ქედა, შუახევი, ხულო), ქალაქები ბათუმი და ქობულეთი, დაბები: ოჩხამური, ჩაქვი, ქედა,შუახევი,ხულო.

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მოსახლეობის საშუალო წლიური რიცხოვნება 2013 წლის იანვრის მდგომარეობით შეადგენს 393 772 ადამიანს,მათ შორის: 201 247 ქალი (52,4%), 192 525 კაცი (47,6%).მოსახლეობის 43% (169 120 ადამიანი) ცხოვრობს ქალაქში, ხოლო 57% სოფლად. 0-18 წლამდე ასაკის პოპულაცია 22,6%-ია (89 022), 60 წლის ზემოთ ასაკობრივი ჯგუფი 14,9% შეადგენს (58 843).აჭარის მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი მოდის შრომისუნარიან მოსახლეობაზე 18-60 წლამდე 245 907 (62.5%), შრომისუნარიან ასაკზე უფროსია მოსახლეობის საერთო რაოდენობის 15%, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 73,3. ხანდაზმულთა პრობლემები სათანადოდ გამოკვეთილი არ არის, რაც გამოწვეულია ოჯახის სტრუქტურითა და სოციალური პროგრამების ნაკლებობით ხანდაზმულთათვის.

ცხრილში წარმოდგენილია ის დემოგრაფიული ინდიკატორები, რომელიც კავშირშია მდგრადობასთან:

ცხრილი 1. აჭარის დემოგრაფიული ინდიკატორები
დემოგრაფიული მონაცემების დინამიკა, აჭარა 2000-2012 წწ

ინდიკატორი	მოსახლეობა	შობადობა	სიკვდილიანობა	ბუნებრივი ნამატე
------------	------------	----------	---------------	------------------

	სულ	ქალი	კაცი	აბსოლ უტური	მაჩვენებ ელი 1000 მოსახლ	აბსოლ უტური	მაჩვენებ ელი 1000 მოსახლ	აბსო ლუტ ური	მაჩვენებ ელი 1000 მოს
2000	400500	212265	188235	4501	11.2	2405	6.0	2096	5.7
2001	402900	204126	198774	4411	10.9	2121	5.2	2290	3.7
2002	406500	215039	191461	4332	10.6	2175	5.3	1743	5.3
2003	376016	206720	169296	3938	10.4	2316	6.1	1626	4.2
2004	379900	210359	169541	4457	11.7	2559	6.7	1898	5.0
2005	382565	204193	178372	4098	10,7	2153	5,6	1945	5,1
2006	386194	214068	172126	4464	11,5	2000	5,1	2388	6,2
2007	387954	215736	172218	4528	11,7	2324	5,9	2139	5,8
2008	390174	216842	173332	5546	14,3	2444	6,2	3102	8,1
2009	360526	198289	162237	6153	17,0	3190	8,8	2963	8,2
2010	376 536	193 274	183 859	6127	16,2	3107	8,2	3020	8,0
2011	385 970	197751	188219	5471	14,1	3239	8,3	2232	5,8
2012	393 772	201 247	192 525	5614	14,2	3224	8,2	2390	6,0

აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ყველაზე მაღალი ბუნებრივი ნამატი დაფიქსირდა 1986 წელს (5 544 - მაჩვენებელი 14,9), ყველაზე დაბალი 2003 წელს (1 622 - მაჩვენებელი 4,2). 2004 წლიდან დაიწყო შობადობის მატების ტენდენცია.ბოლო 10 წლის განვავლობაში ყველაზე მაღალი 0–1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი დაფიქსირდა 2007 წელს (18,3), ხოლო ყველაზე დაბალი - 2008 წელს (6,9).

ჯანდაცვის სისტემის მოწყობა აჭარაში

წარსულში აჭარის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხი სავალალო მდგომარეობაში იყო, 1940 წელს აჭარის სამკურნალო–პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ქსელი შედგებოდა 12 საავადმყოფოს (877 საწოლზე), რომელსაც

ემსახურებოდა 235 ექიმი, 10 ამბულატორია-პოლიკლინიკის, 10 საფერშლო სამედიცინო პუნქტის და სხვა დაწესებულებებისაგან. 1946 წელს აჭარაში შეიქმნა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებელი საგანგებო სამსახური.

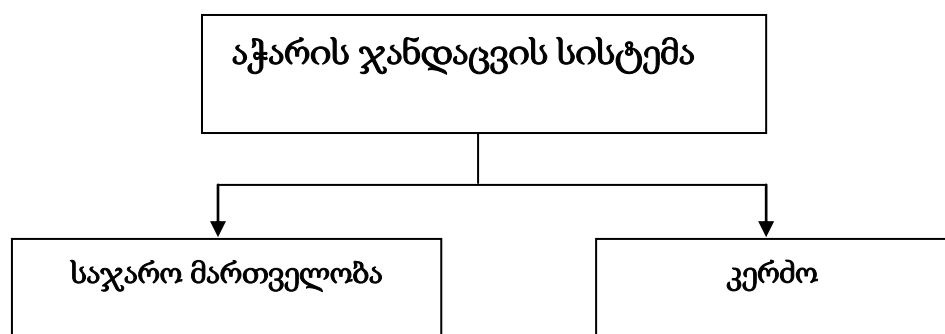
აჭარის რეგიონში ხშირად ადგილი ქონდა ინფექციურ დაავადებებს, რომლებიც მასიურად იწვევდა მოსახლეობის სიკვდილიანობას. დაავადებათა კლინიკური სურათი შემდეგი პუნქტებით ხასიათდებოდა:

- სიკვდილიანობისა და ავადობის მაღალი მაჩვენებელი გამოწვეული იყო ძირითადად გადამდები დაავადებებით; ავადობის დონის შედარებით დაბალი თანაფარდობა გამოწვეული იყო არაგადამდები დაავადებებით.
- ბავშვთა დაავადებები განსაკუთრებით ჭარბობდა 1970-იან წლებში: მწვავე პოლიომეღლიტი, ტეტანუსი, დიფტერია, წითელა, ყბაყურა, ყვიანახველა, პულმონარული ტუბერკულოზი და მალარია.

1995 წელს მიღებული ბრძანებულების შესაბამისად აჭარაში, ისევე, როგორც მთლიანად საქართველოში დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, ჯანდაცვის სისტემა გადავიდა მუხლობრივ ბიუჯეტურ დაფინანსებიდან (ეგრეთ წოდებული „სემაშკოს მოდელი“) მიზნობრივ პროგრამულ დაფინანსებაზე, ეს ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემის დასაბამი გახდა. ჯანდაცვის სამინისტრო წარმოადგენს ძირითად ორგანოს, რომელიც პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სექტორის მართვაზე, კოორდინირებასა და უზრუნველყოფაზე. ჯანდაცვის სამინისტრო ვალდებულია ჯანდაცვის სექტორის განვითარებაზე სხვა სოციალურ სექტორებთან მიმართებით. მისდევს რა აღნიშნულ კურსს, ჯანდაცვის სამინისტრო მოქმედებს როგორც ძირითადი შემოქმედი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში და აქვს პასუხისმგებლობა მიაღწიოს შიდა სექტორულ კოორდინაციას. იგი შეიმუშავებს პოლიტიკასა და პროგრამებს ჯანდაცვის სექტორისათვის. ამ ფუნქციებს ახორციელებს მასთან დაკავშირებულ სხვა სამინისტროებთან, სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფ ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან და კერძო სექტორთან ერთად. ჯანდაცვის სამინისტრო მოუწოდებს სხვა საჯარო სისტემებს ხელი შეუწყონ ჯანდაცვის სექტორისათვის ხელსაყრელი კურსის გატარებას და თავი შეიკავონ ისეთ პოლიტიკის გატარებისაგან, რასაც შესაძლებელია ადამიანის ჯანმრთელობისთვის საზიანო შედეგები მოჰყვეს.

დიაგრამა აჩვენებს ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ სტრუქტურას აჭარაში.

დიაგრამა – აჭარის ჯანდაცვის სისტემის კომპონენტები



ჯანდაცვის სერვისები აჭარაში

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო წარმოადგენს ძირითად სამთავრობო ორგანოს, რომელიც ახორციელებს აჭარის მოსახლეობისათვის სამკურნალო მომსახურებას. იგი ახორციელებს სახელმწიფო პოლიტიკას ჯანმრთელობის სფეროში საავადმყოფოების და ჯანდაცვის ცენტრების სახელმწიფო, რეგიონალურ, სუბრეგიონალურ და ადგილობრივ დონეზე, რომელიც ინტეგრირებულია რეფერალურ ჯაჭვში. სახელმწიფოს დაქვემდებარებულ საავადმყოფოებში მიწოდებული სამკურნალო სერვისები შევსებულია სხვა კერძო საავადმყოფოებითა და კლინიკებით, როგორცაა ჯანმრთელობის ცენტრი „მედინა“, მეზღვაურთა სამედიცინო ცენტრი –2010, საზღვაო ჰოსპიტალი. ასევე ფუნქციონირებს სხვა კერძო საავადმყოფოები და კლინიკები, რაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში. ყველა ეს დაწესებულება დაკავშირებულია ჯანდაცვის სამინისტროსთან უწყვეტი რეფერალური სისტემის გზით.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ხელმისაწვდომს ხდის პირველად სამედიცინო დახმარებას ჯანმრთელობის ადგილობრივი ცენტრების, ჯანდაცვის გაფართოებული ცენტრებისა და ადგილობრივი საავადმყოფოების საშუალებით. რეგიონალური რეფერალური სამედიცინო სამსახურები ძირითადად უზრუნველყოფს ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას, ხოლო ორი სახელმწიფო რეფერალური საავადმყოფო ახორციელებს სტაციონალურ სამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს აჭარის ყველა მკვიდრის სამედიცინო დახმარებით სარგებლობას. ჯანდაცვის სამინისტრო ცნობს პრევენციული, მასტიმულირებელი და სარეაბილიტაციო კომპონენტების მნიშვნელობას ჯანდაცვის სფეროში და უზრუნველყოფს ყველა საჭირო სერვისს ახლადდალჭურვილი ინფრასტრუქტურის საშუალებით შესაძლებლობის ფარგლებში.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო ხელს უწყობს კერძო სექტორის მონაწილეობას ჯანდაცვის სისტემაში, ეს ძალისხმევა ამ ეტაპზე არ არის სათანადოდ დამუშავებული და ორგანიზებული. კერძო სექტორი ჯანდაცვის მთლიანი სისტემის დაახლოებით 37%-ს შეადგენს.

ცხრილში ნაჩვენებია კერძო სექტორის ზრდა აჭარის ჯანდაცვის სერვისებში.

№	კერძო საკუთრებაში მყოფი	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
---	-------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

	სამედიცინო დაწესებულებები								
1	სტაციონარი	1	1	1	2	3	6	4	1 (სამშობიარო)
2	სამედიცინო ცენტრი				1	1	2	10	13
3	პოლიკლინიკა	1	2	2	2	2	2	7	9
4	სამკურნალო- დიაგნოსტიკური ცენტრი	1	1	1	1	1	1	4	8
5	კერძოსტომატოლოგიური დაწესებულებები	81	85	89	95	107	112	98	106

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსირება აჭარაში

ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო ფინანსირება ხდება ქვეყნის შემოსავლებიდან. კერძო რესურსების შემოდინება ჯანდაცვაში კერძო სამედიცინო მომსახურებაზე პირდაპირი გადახდის გზით, ხოლო სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურებაზე თანადაფინანსების მეშვეობით ხდება. ავტო-საგზაო შემთხვევების ზოგიერთი ტიპის სამედიცინო ანაზღაურება შედის ავტომობილის დაზღვევის სისტემაში. ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან 2005-2012 წლებში საშუალოდ 67 % გამოყოფილია ჯანმრთელობის დაცვის, ექიმ-სპეციალისტთა გადამზადების და სამედიცინო-პროფილაქტიკურ პროგრამებზე, ხოლო სოციალური დაცვის პროგრამებზე - 10 %. ჯანდაცვის სამინისტროსათვის გამოყოფილი ასიგნებები ბიუჯეტიდან (ათასი ლარი):

წლები	2005	2006	2007	2008	2009
აჭარისავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისადასოციალური დაცვის სამინისტრო	8 421.7	6 832.	4 700.3	5 140.0	3 236.9

ჯანდაცვის სამინისტროსათვის გამოყოფილი ხარჯვითი წილი ბიუჯეტიდან (%):

წლები	2005	2006	2007	2008	2009
აჭარისავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისადასოციალური დაცვის სამინისტრო	11	8.60	4.70	4.60	2.70

ჯანდაცვის ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (ლარი):

წლები	2005	2006	2007	2008	2009
აჭარისავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისადასოციალური დაცვის სამინისტრო	22	18	12	163	8

ჯანდაცვის სისტემის მიღწევები და ეფექტურობა

აჭარამ მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას მიაღწია ჯანდაცვის სფეროში. უკანასკნელი წლების განმავლობაში ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა დაიწია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდა, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გაიზარდა, ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებში სიკვდილიანობამ იკლო. კავკასიის რეგიონის სხვა ქვეყნებთან, თურქეთთან და რუსეთთან შედარებით სიცოცხლის ხანგრძლივობა 6 წლით მეტია.

ეპიდემიოლოგიური სურათი 2011 წლიდან მოყოლებული აჩვენებს, რომ (MOH of Adzharia,2012):

- აჭარა მოწმეა ეპიდემიოლოგიური ცვლილებებისა დაავადებათა კლინიკურ სურათში. გადამდები დაავადებების მაჩვენებელმა იკლო, ხოლო არაგადამდებმა დაავადებებმა თავი იჩინა.
- აჭარაში დიდი წარმატებით მიმდინარეობს ავადობის დონის კლება ისეთ დაავადებებში, რომელთა პრევენცია ხდება ვაქცინაციის საშუალებით, აღინიშნება მართავადი ინფექციების ერთეული შემთხვევები.
- არაგადამდები დაავადებები შეადგენს ამბულატორიული პაციენტების ავადობის 81,6%-ს და სტაციონარული პაციენტების ავადობის 90,6%-ს ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში მყოფ დაწესებულებებში.
- 2012 წელს სტაციონარულ პაციენტებში კიბოს შემთხვევებმა შეადგინა 1,5%.
- 2012 წელს სტაციონარულ პაციენტებში გულსისხლძარღვთა დაავადებებმა შეადგინა 10,3%.
- გულსისხლძარღვთა დაავადებები ჰოსპიტალური სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზი იყო და სიკვდილიანობის შემთხვევების 54,5%-ს შეადგენდა,
- სტაციონარულ პაციენტებში ტრამული, დამწვრობითი და სხვა დაზიანებების მთელი შემთხვევების 14% ავტო-საგზაო შემთხვევებში დაშავებულებმა შეადგინეს.

მიღწევები აჭარის ჯანდაცვის სისტემაში

2012 წლიდან აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრომ ახალი სტრატეგიული გეგმა შეიმუშავა და მისი განხორციელება დაიწყო. სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს მიღწეული შედეგების გამყარებასა და შენარჩუნებას და ახალი გამოწვევების დასახვას.

სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებულია პირველადი სამედიცინო მომსახურების გაფართოება და გაუმჯობესება სოფლებსა და ქალაქებში, დამატებითი სპეციალიზირებული სამკურნალო ცენტრების შექმნა, რაც შეამცირებს სამკურნალოდ პაციენტთა ქვეყნის სხვა რეგიონებში ან საზღვარგარეთ გაგზავნის აუცილებლობას. მიუხედავად ამ მიღწევებისა, აჭარა გარკვეული პრობლემების წინაშე დგას მიღწევათა შენარჩუნების კუთხით.

ცხრილი 3. მიღწევები აჭარის სამედიცინო მომსახურებაში

ინდიკატორი	1990	2000	2008	2011	2012
საავადმყოფო	42	27	19	14	14

საავადმყოფოში საწოლების რაოდენობა	4025	1750	1011	1025	929
ექიმებით უზრუნველყოფა / 10000 მოსახლეზე (მაჩვენებელი)	35,9	31,6	30,8	32,1	39,1
ექთნებით უზრუნველყოფა / 10000 მოსახლეზე (მაჩვენებელი)	94,1	62,3	52,2	54,0	34,5
პოლიკლინიკა	22	20	17	9	9
დისპანსერი	10	10	3	–	–
ჯანმრთელობის ცენტრი	–	–	7	2	2
კერძო კლინიკა	–	–	3	11	10

ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობა

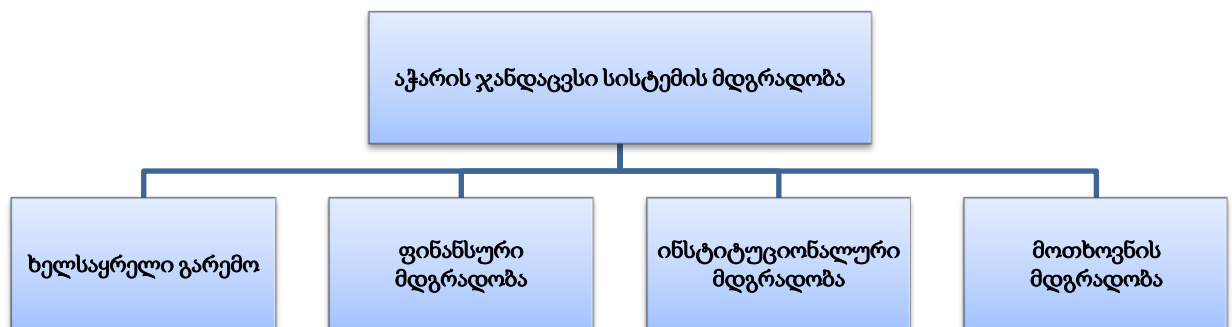
მდგრადობა მნიშვნელოვან გრძელვადიან მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის ნებისმიერ სიტუაციაში. ის მიუთითებს სისტემის უნარზე, მოიტანოს სარგებელი, რომელსაც სათანადოდ აფასებენ მომხმარებლებიცა და დაინტერესებული მხარეებიც, უზრუნველყოს საჭირო რესურსები, რათა გაგრძელდეს საქმიანობა გრძელვადიანი სარგებლის მოპოვების მიზნით. კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაციამ დაადგინა ხუთი ძირითადი კომპონენტი, რომელიც აუცილებელია მდგრადობის მისაღწევად: ტექნიკური მდგრადობა, სოციალური მდგრადობა, პოლიტიკური მდგრადობა, ფინანსური მდგრადობა და ადმინისტრაციული მდგრადობა. პარტნიორობის ცენტრი კი მდგრადობის ყველა კომპონენტს ერთ განსაზღვრებაში აერთიანებს: სამედიცინო მომსახურება მდგრადია, როდესაც იგი იმართება ორგანიზაციული სისტემის მიერ, რომელსაც გააჩნია გრძელვადიანი უნარი მოახდინოს საკმარისი და სათანადო რესურსების მობილიზება და განაწილება (სამუშაო ძალა, ტექნოლოგია, ინფორმაცია და ფინანსები) იმ საქმიანობის განსახორციელებლად, რომელიც აკმაყოფილებს ინდივიდუალურ ან საზოგადოებრივ საჭიროებებსა და მოთხოვნებს ჯანდაცვის კუთხით.

ჯანდაცვის სისტემაში ფინანსური მდგრადობა გულისხმობს სანდო ფინანსირების არსებობას, რათა შენარჩუნდეს მიღწეული ხარისხიანი შედეგები და სამედიცინო მომსახურება მზარდი მოსახლეობისათვის; ამასთან, შესაძლებლობის ფარგლებში დაიფაროს მზარდი ხარისხისა და გაზრდილი შესაძლებლობების ხარჯები (USAID, 1995). იმისათვის რომ არსებობდეს მდგრადობა, თანხები აღნიშნული საჭიროებებისათვის უნდა გამოიძებნოს საკუთრივ ქვეყნის რესურსებში. მდგრადობის უმეტეს განსაზღვრებაში შედის დამატებითი მოთხოვნა, რაც გულისხმობს, რომ სისტემას უნდა შეეძლოს გააფართოვოს საკუთარი საქმიანობა საჭიროების მიხედვით, რათა დაეწიოს ეკონომიკისა და მოსახლეობის ზრდით გამოწვეულ მზარდ მოთხოვნებს. მდგრადობა მოიცავს როგორც ფინანსურ, ისე ინსტიტუციონალურ მხარეს. აჭარის ჯანდაცვის სისტემის რეალობაში მდგრადობა გულისხმობს მიღწევების შენარჩუნებასა და მზარდი ცვლილებების განხორციელებას მომავალი ხარისხიანი შედეგების მისაღწევად.

ძირითადი გარემოებები, რაც გავლენას ახდენს აჭარის ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობაზე

ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობის გამოწვევებს მოთხოვნის კუთხით წარმოადგენს გაზრდილი მოლოდინი მომხმარებლის მხრიდან, მკურნალობის გაზრდილი ფასი (რაც ძირითადად გამოწვეულია ახალი ტექნოლოგიების განვითარებით და არა სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების ზრდით), ხოლო მოწოდების კუთხით – რესურსების შეზღუდვა, მათ შორის დაფინანსების, სამუშაო ძალისა და კაპიტალური ინფრასტრუქტურის. აჭარის ჯანდაცვის სისტემაში არსებული გამოწვევების გასაანალიზებლად წარმოდგენილია მოდელი დიაგრამა 2–ში, რომელიც ოთხი ძირითადი საკითხისაგან შედგება, რაც გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობაზე: ხელსაყრელი გარემო, ფინანსური მდგრადობა, ინსტიტუციონალური პრობლემები და მოთხოვნის მდგრადობა [5].

დიაგრამა 2. მდგრადობის გამართლებული სტრუქტურა



1. ხელსაყრელი გარემო

აჭარას გააჩნია სტაბილური პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური სისტემა. ხელსაყრელი გარემო ხელს უწყობს გონივრული პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებას; პროვადერებს (სახელმწიფო და კერძო) შორის კოორდინაციასა და თანამშრომლობას რესურსების ეფექტიანი და ეფექტური გამოყენების მიზნით; გარდა ამისა, უზრუნველყოფს საზოგადოების ჩართულობასა და უფლებებით აღჭურვას. იგი ასევე არის გარანტი იმისა, რომ კანონები და ნორმები არ შეაფერხებს მოთხოვნილი სერვისების მიწოდებას. მსგავსი გარემო და კონტექსტი ხელს უწყობს

სამედიცინო სერვისების მიწოდების მდგრადობას. თუმცა ხელსაყრელი გარემოს ელემენტები პირდაპირ ასოცირდება ინსტიტუციებსა და სისტემებთან, ისინი ასევე გამოიყენება მოთხოვნის მდგრადობასთან მიმართებით. საზოგადოების გაზრდილი ჩართულობა ხელს უწყობს საზოგადოების მხრიდან მეტ მხარდაჭერას ჯანდაცვის სამინისტროს პროგრამების, სამედიცინო სერვისებისა და ჯანსაღი ქმედებების მიმართ. ხელსაყრელი გარემოს ოთხი ასპექტი შეესაბამება აჭარის რეალობას: პოლიტიკის განსაზღვრა (რაც მოიცავს ტაქტიკის ჩამოყალიბებას, განხორციელებასა და შეფასებას), სამართლებრივი და ნორმატიული გარემო, რეფორმები ჯანდაცვის სისტემაში და საზოგადოების უფლებამოსილებით აღჭურვა.

მდგრადობისათვის ხელსაყრელი ფაქტორები	მდგრადობისათვის არახელსაყრელი ფაქტორები
<p>პოლიტიკის განსაზღვრის პროცესი</p> <ul style="list-style-type: none"> • მხარდაჭერა ხელმძღვანელობა • ყურადღება და ზრუნვა ხელმძღვანელობისაგან • ჯანდაცვის სამინისტრო აქცენტს აკეთებს გრელვადიან დაგეგმვაზე მდგრადობასთან მიმართებით 	<ul style="list-style-type: none"> • წყვეტახელმძღვანელობაში • კერძო სამედიცინო სექტორი არ მონაწილეობს პოლიტიკის განსაზღვრაში • ინფორმაციის არაეფექტური გამოყენება პოლიტიკის განსაზღვრისას • გადასახადის შემოღება პოლიტიკურად სენსიტიური საკითხია
<p>სამართლებრივი და ნორმატიული გარემო</p> <ul style="list-style-type: none"> • წარადგენს კომპლექსურ სამართლებრივ და ნორმატიულ მექანიზმებს კერძო სექტორისათვის • ჯანდაცვის სამინისტროს შემუშავებული აქვს სტიმულირების სისტემა კერძო სამედიცინო სექტორისათვის 	<ul style="list-style-type: none"> • ხარისხის კონტროლის პროგრამა სამთავრობო სამედიცინო დაწესებულებებში განვითარების ადრეულ ეტაპზეა • ხარისხის კონტროლის პროგრამა არ არსებობს კერძო სექტორში
<p>ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინტეგრირებული ჯანდაცვის სიტემა (პირველადი, ამბულატორიული და სტაციონალური) • ეფექტური რეფერალური სისტემა სერვისებს შორის • თანაგადახდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში 	<ul style="list-style-type: none"> • არ არსებობს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამები • არ არის პროვაიდერთა აკრედიტაციის სისტემა • არ არსებობს სერვისების მონიტორინგის სიტემა

2. ფინანსური მდგრადობა

ფინანსური მდგრადობა აერთიანებს საჯარო და კერძო სექტორების და ფინანსების კატეგორიებს. რესურსების მობილიზება, მათი ეფექტური გადანაწილება და გამოყენება ქვეელემენტებს წარმოადგენს [5]. ზემოთჩამოთვლილი გავლენას ხდენს როგორც საჯარო,

ისევე როგორც კერძო სექტორის რესურსები უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემაში. ფინანსური მდგრადობას ხელსაყრელ საფუძვლად აყენებს მდგრადი ეკონომიკის განვითარებას. მაგალითად, კანონის მიერ ნებადართული უნდა იყოს ხარჯების ანაზღაურება, თუ ეს წარმოადგენს შერჩეულ სტრატეგიას. ასევე, ამგვარი მიზნების მქონე პროგრამების დახმარებით უნდა უზრუნველყოს საჭიროების შემთხვევაში.

მდგრადობისათვის ხელსაყრელი ფაქტორები	ფაქტორები, რომლებიც მდგრადობას ხელს არ უწყობენ
<p>რესურსების გამოყოფა და გამოყენება</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჰოსპიტალის ავტონომია (მართვის, ბიუჯეტების და ზოგიერთი შესყიდვების წარმოების უფლებამოსილება) • ცენტრალური დაგეგმვა და დაფინანსება 	<ul style="list-style-type: none"> • კონკურენციის არარსებობა საჯარო და კერძო სექტორებს შორის • კერძო სექტორის ნელიზრდანაკლები ინვესტიციების გამო
<p>რესურსების მობილიზაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> • სახეუასაერთო რეალური ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა ერთ სულ მოსახლეზე, დასავარაუდოდ ზრდამომავალში ცენტრალურ დონეზე 	<ul style="list-style-type: none"> • პროპორციული ხარჯვისა და საჯარო და კერძო სექტორებს შორის 3:1-ზე მეტია
<p>ეფექტური გამოყოფა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ამჟამად ჯანდაცვის სამინისტროში ხორციელდება პრიორიტეტული პრობლემების დაკავშირებული ჯანდაცვის 14 პროგრამა. 	<ul style="list-style-type: none"> • ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტის 60% მიმართულია ურგენტული მომსახურების კენ • არარის გამოყოფილი სპეციფიური ბიუჯეტი თითოეული პროგრამისთვის.

3. ინსტიტუციონალური მდგრადობა

ჯანდაცვის სისტემაში მდგრადობის უზრუნველყოფის ელემენტს წარმოადგენს პაციენტების საჭიროებების დაკმაყოფილების სერვისის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა.

აღნიშნული იმნიშნავს,

რომ მომწოდებელმა უნდა შეეძლოს ხარისხიანი სერვისის უზრუნველყოფა,

რომელიც იცავს სახეუას სერვისის მთხოვნელის/მომხმარებლის საჭიროებები და სურვილებს. "დაწესებულება" გამოიყენება ფართო გაგებით,

სცდება რაფიზიკურ სტრუქტურასთან დაკავშირებულ განმარტებას.

ჯანდაცვის სამინისტროს საავადმყოფოები წარმოადგენს აჭარაში ჯანდაცვის სერვისის უზრუნველყოფის მთავარ დაწესებულებებს.

მეტად სავარაუდოა,

რომ კარგად განვითარებული სისტემის მქონე დაწესებულებები მეტად ეფექტურია და გადარჩება მომავალში,

სუსტად განვითარებული სისტემების მქონე დაწესებულებებთან შედარებით.
 მდგრადი ინსტიტუციონალური შესაძლებლობა მოიცავს ოთხ კატეგორიას:
 დაგეგმარება და მენეჯმენტი, ადამიანური რესურსები,
 საინფორმაციო სისტემები და ლოგისტიკა.

მდგრადობისათვის ხელსაყრელი ფაქტორები
<p>ობიექტები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჯანდაცვის პირველადი, ამბულატორიული და სტაციონარული ობიექტების ფართო ქსელი • ჯანდაცვის ამბულატორიული სავადმყოფოების ახალი ქსელი ყველა რეგიონში, მაღალისტანდარტის ინფრასტრუქტურით
<p>ადამიანური რესურსები</p> <ul style="list-style-type: none"> • მმართველობითი შესაძლებლობების განვითარება სტრატეგიულ დაგეგმარებაში, რესურსების მენეჯმენტში, ადამიანური რესურსების განვითარებასა და ზედამხედველობაში. • ჯანდაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს სხვადასხვა ტრენინგს აჭარის ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის.
<p>მენეჯმენტის სისტემა</p> <ul style="list-style-type: none"> • რეგიონალური ჯანდაცვის დირექტორატებს აქვთ საკუთარი ბიუჯეტი, საშატატო განრიგის ტრენინგის და განათლების პრიორიტეტები, მათი სერვისის სარეალიზაციის და მონიტორინგისთვის. • სავადმყოფოს ავტონომიისადრეული განხორციელება ყველა გამოყოფილ რესურსზე, ანგარიშვალდებულების ჩათვლით
<p>საინფორმაციო სისტემები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჯანდაცვის კარგი ელექტრონული საინფორმაციო სისტემა ჯანდაცვის სერვისის ყველა დონეზე • ტელემედიცინის განხორციელების პროცესში თავისუფალი სავადმყოფოების შორის

აჭარის ა.რ. სამედიცინო დაწესებულებებში ყოველწლიურად საშუალოდ 50 ადგილობრივი ახალგაზრდა კურსდამთავრებული სპეციალისტი შესაბამისი დიპლომის შემდგომი განათლების მიღების შემდეგ, იწყებს დამოუკიდებელ საქმიანობას.

აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სისტემატურად მუშაობს სპეციალისტთა პროფესიული დონის ამაღლებაზე მათი წარგზავნით, როგორც საქართველოს, ასევე, საზღვარგარეთ წამყვან კლინიკებში, რაც უზრუნველყოფს, აჭარის მოსახლეობისთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

4. მოთხოვნის მდგრადობა

მოთხოვნის მდგრადობა შედგება რამდენიმე კომპონენტისგან. მომხმარებლის მიერ გაწეულმა ხარჯმა შესაძლოა გავლენა იქონის როგორც სამედიცინო სერვისის მოთხოვნაზე, ასევე ზოგ შემთხვევაში მგზავრობის ხარჯზე, ლოდინის დროსა და ლაბორატორიის ხარჯებზე.

მდგრადობისათვის ხელსაყრელი ფაქტორები	
<p>მოთხოვნის მენეჯმენტი</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცნობიერებისამაღლებაიწვევსჯანდაცვისკერძოსექტორისგამოყენებისზრდას • განათლებისდონისზრდა • ჯანსაღიქცევებისპრაქტიკაშიდანერგვისმაღალიტენდენცია 	<ul style="list-style-type: none"> • მომხმარებლისგანსაკუთრებული • საზოგადოებისაღნიშნული • მომხმარებლისგანსაკუთრებული • გადამდები • ახალიტექნოლოგიები • მომხმარებლისგანსაკუთრებული (როგორც)

ჯანდაცვისდაფინანსებისსაერთაშორისომიდგომები

ჯანდაცვაეკონომიკურითანამრშრომლობისადაგანვითარებისორგანიზაციისქვეყნებში ეკონომიკისერთ-ერთუმსხვილესსექტორსწარმოადგენსდაამჟამადშეადგენსსაშუალოდმშპ-ს 8%-ზემეტს(OECD, 2001).თეორიულად, არსებობსსავარაუდოსამთავრობომიდგომებისუწყვეტობა, რაცვარირებსჯანდაცვისპასუხისმგებლობაზეუარისთქმიდან (მოქალაქეებიანკერძოდაზღვევითსარგებლობენ, ანსერვისისღირებულებასპირდაპირიხდიან) ჯანდაცვისსრულადდაფინანსებამდე, ზოგადიშემოსულობებისგზით, როგორცაჭარისშეთხვევაშია. პრაქტიკაში, უმეტესიქვეყნებიაფინანსებენმათიმოსახლეობისუმრავლესობისჯანდაცვისსახსრებისმნიშვნელოვანწილს, მაგრამასევეიძლევაზოგიერთიმომხმარებლისდაფინანსებისვარიანტებს (იხ. ცხრილი4).განვითარებულქვეყნებსშორის, აშშ-სსისტემაყველაზეახლოსარის "ბაზრისდასასრულთან" (თუმცამოქმედებსსაჯაროდაფინანსებითდახმარებაუმწეოთათვის, ხანშიშესულთათვისდაშეზღუდულიშესაძლებლობებისმქონეპირებისთვის). დიდიბრიტანეთისმთავრობაახლოსაა "ცენტრალურადდაგეგმილ" მოდელთან – ჯანდაცვისმომსახურებისთანხები -

უზრუნველყოფა ეროვნული ჯანდაცვის სერვისის გზით (თუმცა მცირე კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემით). ავსტრალიური ჯანდაცვის სისტემაზე მოთმობა ცემულ სისტემებს შორისა, იზიარებს როგორც აშშ-ს, ასევე დიდ ბრიტანეთის სისტემებისთვის. ისახდენს საჯარო დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემაზე უნივერსალური წვდომის კომბინირებას მემდიკარის ბაზრის მემშვეობით, როგორც აკერძო სექტორის მხრდაჭერა დაწახალი სება დაფინანსებით [12].

ცხრილი 4. შერჩეულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების პროცენტი

ეკონომიკა	მშპ ერთ სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი)	პირის საშემოსავლო გადასახადის უმაღლესი განაკვეთი	ჯანდაცვის დანახარჯი		
			მშპ-ს %	საჯარო დაფინანსება (საერთოს %)	კერძო დაფინანსება (საერთოს %)
ჰონკონგი	24,850	17.0%	4.6	53.8	46.2
სინგაპური	22,680	28.0%	3.9	33.5	66.5
საფრანგეთი	\$27,600	59.8%	9.7	15.8	24.4
ესპანეთი	\$22,000	64.9%	7.5	6.6	28.5
აშშ	\$35,991	-----	14.0	46.0	54.0

სინგაპურის ეკონომიკა მსოფლიოში პირველია, სადაც განხორციელდა სამედიცინო მემნახველი ანაბარისა ერთონაციონალურ საფუძველზე (ცნობილია მემდიასევის სახელით; მემოლებულია 1984 წწ). ეს ერთადერთი ქვეყანაა, რომელიც ხდენს სამედიცინო მემნახველი ანაბარის პროგრამას ეროვნული ჯანდაცვის დაფინანსების სტრუქტურის ფარგლებში. მემდიასევის ანაბრები ჩართულია უფრო ფართო ჩარჩოში, რაც მემნის სამედიცინო მემნახველი ანაბარის სარეზერვო ასლს ერთდროულად კატასტროფულ რისკებთან, აერთიანებს რას ქემას, სახელწოდებით მემდი მილდი, რაც მიწავსტესტირებულ უსარფთხოების ქსელს უმწეოთათვის, სახელად მემდი ფანდი. ეს სამდონიანი პაკეტი (მემდი სევი, მემდი მილდი და მემდი ფანდი) გამაგრებულია სახელმწიფოს დაფინანსებით სახელმწიფო მემწოდებლებზე გვერდითი სუბსიდიების წინადადებით, რაც მიზნად ისახავს პაციენტზე დაკისრებული წმინდა ღირებულების მემცირებას (MOH Singapore, 2004).

ევროპის უმეტეს ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემები დამოკიდებულია დაფინანსების წყაროების ნაზავზე, უმეტესწილად მიღებული სახელმწიფო ხარჯებიდან, ანუ დაბეგვრიდან და სოციალური ჯანდაცვის დაზღვევიდან. ცხრილში 5 მოყვანილია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის და დაბეგვრიდან მიღებული ჯანდაცვის საერთო ხარჯების პროპორცია და პროპორცია კერძო წყაროებიდან, შერჩეულ ქვეყნებში (OECD, 2003).

ცხრილი 5. ჯანმრთელობის დაზღვევა ევროპის შერჩეულ ქვეყნებში

ეკონომიკა	ზოგადი დაბეგვრა	ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა	სხვა კერძო წყაროები
საფრანგეთი	2.7	73.4	23.9
შოტლანდია	3.9	59.4	36.7
გერმანია	6.2	68.8	25.0
ლუქსემბურგი	15.1	72.7	12.2
ავსტრია	27.2	42.5	30.3
ფინეთი	59.8	15.8	24.4
ესპანეთი	64.9	6.6	28.5
იტალია	75.1	0.2	24.7
ირლანდია	75.2	0.8	24.0
დიდი ბრიტანეთი	82.2	0.0	17.8
დანია	82.4	0.0	17.0

რეკომენდირებული მიდგომა აჭარის ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობისთვის

მდგრადი ჯანდაცვის სისტემისთვის, რომელსაც შეუძლია გააგრძელოს დროთა განმავლობაში თავისი მიზნების მიღწევა. ეს არ არის მხოლოდ მოსალოდნელი საჭიროებების კვანტური შესრულების საკითხი, როგორც ჯანდაცვის ხარჯების შეფარდება მშპ-თან. არარსებობს "ავტომატური" ურთიერთობა საჭიროებას, ჯანდაცვის დონეს და ჯანდაცვის ხარჯებს შორის. ნებისმიერი დონის მომსახურების უზრუნველყოფის "მდგრადობა" დამოკიდებულია:

- რამდენად ურსდა შეუძლია საზოგადოებას ჯანმრთელობისთვის გადახდა; სხვა რესურსების ხელმისაწვდომობა, როგორც ანამუშაო ძალა და კაპიტალური ინფრასტრუქტურა, არამხოლოდ საერთოოდენობით, არამედ სათანადოდ გილებში;
- ეფექტურობა, შენატანების შედეგებთან თანაფარდობის გაუმჯობესება;
- შენატანის წყარო, კონკრეტულად, ინდივიდუალური პირების, მთავრობების და სხვა კერძო წყაროების – მომხმარებლების და დამსაქმებლების ფარდობითი შენატანები;
- ეფექტური მენეჯმენტის სისტემის კონცენტრაცია ანგარიშსწორებაზე, მოხმარების მიმოხილვაზე, ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ადამიანურ რესურსებსა და აკრედიტაციის სისტემაზე;
- დიდი ძალისხმევამ იმართოს არა-სამედიცინო ფაქტორები თანამოწვეული პრობლემების კენ, როგორც ასაგზაო შემთხვევები, ტრავმა, სიმსუქნე, მოწვევა და არასაკმარისი კვება;
- უნდა განიხილებოდეს მეცნიერულად დასაბუთებულის სამედიცინო დახმარება. სამეცნიერო კვლევები და ნიღბული ცონდადა კვლევები უნდა იყოს გამოყენებული ჯანდაცვის მომსახურების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად.

ჯანდაცვის დაფინანსების მდგრადობა

ადეკვატური ფინანსური რესურსები წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის მიერ სისტემის მდგრადობის საფუძველს.

აჭარის ჯანდაცვის სისტემაში უდნაიყოს გათვალისწინებული მემდეგის აკითხვები:

- მეტისახსრების მიმართ ვადადობის პრევენციას ადაჯანმთელობის ხელშეწყობაზე;
- კერძო სექტორი უნდა წახალისდეს ჯანდაცვის ინდუსტრიაში მეტი ინვესტიციები სჩასადებად;
- ალტერნატიული რესურსების ადაშემოსულობების მოზიდვამომხმარებლის გადასახადების, დაზღვევის გეგმების ან კერძო სექტორის დამსაქმებლის მიერ მხარდაჭერილი ჯანდაცვის გეგმებით; საჭირო აპლურალის ტული მოდელის გათვალისწინება და ფინანსების სხვადასხვა არიანტების ან ფინანსირების ნარევი წყაროების გამოყენებით.

ჯანდაცვის დაფინანსების ვარიანტები

1. საერთო დაბეგვრა

ჯანდაცვის დაფინანსება საერთო დაბეგვრის გზით ძალიან ეფექტურად ითვლება მაკროეკონომიკური პერსპექტივით.

ის უზრუნველყოფს დიდ დანახარჯებს და ძალიან პრიორიტეტულია სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ჯანდაცვის საერთო მიზნული ფულადი სახსრების ბიუჯეტების შემუშავებით. საგადასახადო დაფინანსების მიხედვით,

მთავრობას გააჩნია როგორც ძლიერი სტიმული,

ასევე ხარჯების კონტროლის შესაძლებლობა. საერთო დაბეგვრა ასევე ჯანდაცვის დაფინანსების ეფექტურ გზას წარმოადგენს მიკროეკონომიკური პერსპექტივით. ეს,

როგორც წესი, მოიცავს დაბალ დონის ტრანციულ ხარჯებს. მოგვერმი იჩნევენ, რომ საერთო გადასახადებზე დამოკიდებულებას შეუძლია ჯანდაცვის სისტემა დაუცველად აქციოს ეკონომიკური და ფისკალური სირთულეების პერიოდში.

საერთო დაბეგვრის გზით ჯანდაცვის დაფინანსება უზრუნველყოფს მომსახურებაზე უნივერსალურ წვდომას გადახდის უნარიანობაზე დამოუკიდებლად,

მინიმალური ან ცალკეებით პირის ფინანსურ შენატანებს ადა ჯანდაცვის სერვისების გამოყენებას მორის. რთული იქნება დაბეგვრის სისტემის განხორციელება აჭარაში,

ერთსულ მოსახლეზე დაბალი მემოსავლების გამო.

საერთო მემოსულობები დანდაფინანსება კიუკვე განხორციელებულია.

2. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა

სოციალური დაზღვევის სისტემებში,

დამქირავებლის და/ან დაქირავებულის მოგებასთან დაკავშირებული შენატანების გადახდა დამათიმართვა ჩვეულებრივ ხორციელდება სოციალური დაზღვევის ანსამედიცინო დაზღვევის ფონდების მიერ.

სოციალური დაზღვევის შენატანები მოზიდება ზოგად დაბეგვრაზე უფრო ვიწრო ბაზიდან, სადაც ხარჯები ძირითადად დაქირავებულს და დამქირავებელს ეკისრება,

ვიდრე გადასახადების გადახდის ფართო ჯგუფს.

ტრადიციული სოციალური დაზღვევის სისტემებს აკრიტიკებენ იმიტომ,

რომსამედიცინო დაზღვევის ეს ფონდები მცირე და ხდენენ სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლების სტიმულირებას, მათი უნარის გამოაამაღლონ შენატანის განაკვეთი. შედეგად, ბევრი ამ ტკიცებს, რომ სოციალური დაზღვევის ტრადიციული მოდელის ფარგლებში ხარჯების კონტროლის უსტიყო, რამაც გამოიწვია რესურსების სარაფექტური გამოყენება. ბოლოდროს ხარჯების მკვეთრმა ზრდამ და სოციალური დაზღვევის ფონდებში წარმოქმნილმა დეფიციტმა მიიყვანა რამდენიმე ქვეყანა იმგადაწყვეტილებამდე, რომ გაეტარებინათ რეფორმების სოციალური დაზღვევის სისტემებში იმდენი ან სური იქნა იზმების დასაწერგად, რომლითაც მესაძლებელი გახდებოდა ჯანდაცვის ხარჯების საერთოდონეუკონტროლის გამკაცრება [7].

3. კერძო სამედიცინო დაზღვევა

კერძო სამედიცინო დაზღვევის სქემები თსარგებლო ბენი დივიდუალური პირები ან დამსაქმებლები მათისახელით.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის მიერ ჯანდაცვის დაფინანსების ხარისხი, ასევე კერძო დაზღვევის ბუნება და დაფარვის არეალი იმნიშვნელოვნად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგ. აშშ-ში, კერძო

დაზღვევა სეკონდარული სოციალური დაზღვევის სისტემის შემთხვევაში, როგორც ხარჯების დაფარვის ერთადერთ წყაროს.

სხვა ქვეყნებში კერძო დაზღვევა სუმეტეს წილად მიმართავს მაღალი შემოსავლების მქონე ჯგუფები, სოციალური დაზღვევის ნაცვლად, ან მთავრობის მიერ უზრუნველყოფილი დაფარვის დამატებით.

ჯანდაცვის სერვისების წვდომის დონე განისზღვრება დაზღვევის დაფარვის დონით, რომლის შესყიდვაც ინდივიდუალური პირის შეუძლია და შენატანების საფუძველს წარმოადგენს არაგადახდის უნარი ანობა,

არამედიცინო დივიდუალური პირის ჯანმრთელობის რისკები,

რომელიც მფეფასდება მზღვეველის მიერ. ეს, როგორც წესი, არის საზოგადოების უმწეო, ასაკოვანი და ნაკლებად ჯანმრთელი ნაწილი,

რომელიც კერძო მზღვეველის მიერ ითვლება უმაღლესი ჯანმრთელობის რისკის კატეგორიად და შესაბამისად, მათისა დაზღვევა პრემიუმ უმაღლესია.

ასეთი კერძო დაზღვევის დაფინანსება მეტად რეგესიული და უსამართლოა [15].

4. პირდაპირი გადახდა

პირდაპირი გადახდა წარმოებს პაციენტის მიერ პირდაპირ განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების გამოყენებისთვის, როგორც საჯარო, ასევე კერძო სექტორში.

პაციენტებს შეიძლება მოეთხოვოს ხარჯების სრულად ან ნაწილობრივ დაფარვა გარკვეული მომსახურებისთვის,

სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი მომხმარებლის მოსაკრებლის გზით. ამასთან, ადამიანების ულუფრო ხშირად არჩევენ გარკვეული ღონისძიებებისთვის თანხის კერძო დგადახდას, მათისა ჭიროების მიხედვით.

ეფექტურარგუმენტს ბრალდების სასარგებლოდ წარმოადგენს ის ფაქტი,

რომ მათ შეუძლია თწახალისონ რესურსების გონივრული გამოყენება უყარათოდაუსარგებლო ქმედებების შეზღუდვით და შეიცავდენენ ჯანდაცვის ხარჯების საერთო მოცულობას, რომელიც მთავრობამ უნდა დააფინანსოს. თუმცა, არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ მაღალი ღირებულებას შეუძლია საერთოდ შეამციროს მკურნალობის მსურველი ადამ

იანებისრიცხვი, ანმიმართოსისინიჯანმრთელობისსისტემისსხვასფეროებისკენ, სადაცარხდებამოსაკრებლისმოკრება[13].

5. სამედიცინო შემნახველი ანგარიში

სამედიცინოშემნახველიანგარიშიპერსონალურიანგარიშია, რომელზეცმოქალაქეთავისიშემოსავლისნაწილსრიცხავსრეგულარულად, დასაზოგადმომავალშისამედიცინოხარჯებისთვის. სამედიცინოშემნახველიანაბარიშიძლებაგანმარტოსროგორცკერძო პირების, ოჯახისანკომპანიებისმიერნებაყოფლობითიანსავალდებულოშენატანიანგადასახადი პერსონალურშემნახველიანგარიშზე, რაცდროთაგანმავლობაშიმოქმსახურებაჯანმრთელობასთანდაკავშირებულიფინანსურიისკისგავრცელებას. მოცემულიანგარიშიდანდანაზოგისგატანაშესაძლებელიაჯანდაცვისხარჯებისთვის. სამედიცინოშემნახველიანაბრისსქემანებისმიერისხვაშემნახველიანაბრისსქემისმსგავსია, რისკებისჰორიზონტლურიგაერთიანებისგარეშე. ამრიგად, ადამიანებისიეკვატასტროფასთანანქრონიკულდაავადებასთანდაკავშირებულიმაღალიხარჯებისრისკებსექვემდებარებიან. სინგაპურში, პრობლემებმა, რომლებსაცდაბალშემოსავლიანიოჯახებისამედიცინომომსახურებისდაფინანსებისას აწყდებიან, გამოიწვიასაზოგადოებრივიფონდისჩამოყალიბება, უმწეომოსახლეობისჯანდაცვისხარჯებისდაფინანსებისმიზნით. ამგვარად, აღნიშნულირისკისშემცირებისმიზნით, სამედიცინოშემნახველიანაბარსჩვეულებრივახლავსჯანმრთელობისდაზღვევა, უზარმაზარხარჯებისგანთავდასაცავად[7].

გამოყენებული ლიტერატურა

1. OECD Statistics Directorate. Measuring well-being and progress. Paris, OECD Publishing, 2012 (<http://www.oecd.org/measuringprogress>, accessed 12 November 2012).
2. WHO Regional Office for Europe. Health 2020: the European policy for health and wellbeing. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>, accessed 12 November 2012).
3. WHO Regional Office for Europe. Measurement of and target-setting for well-being: an Initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8 9 February 2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/Well-beingexperts-meeting-16-6-2012-again.pdf, accessed 12 November 2012).
4. Australian Centre on Quality of Life. Personal wellbeing index. Melbourne, Deakin University, 2012 (<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/>, accessed 12 November 2012).
5. Esselman J. *Sustainability, Sustainable Development and the Health Sector*. USAID/CDIE. October 1994.
6. MOH (2004). *National health indicators*. Retrieved October 2004. From <http://www.moh.gov.om/index.php>
7. Mossialos E., Dixon A., Figueras J. and Kutzin J. (eds.). 2002. *Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health Care Systems*.

8. Musgrove, P. 1996. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. *World Bank Discussion Paper*. No. 339. Washington, D.C.: The World Bank.
9. Organization for Economic Cooperation and Development. 2001. *OECD Health Data 2001: A Comparative Analysis of 30 Countries*, OECD, Paris.
10. Overview of the Singapore Healthcare System, Ministry of Health Singapore, Website: <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/our/our01.asp>, accessed on 5 July 2002.
11. The PMNCH 2011 Report, WHO, 2012, pp 3-6.
12. Williams S. April 2002. Alternative Prescriptions: A Survey of International Healthcare Systems. *Conservative Policy Unit*.
13. Maxwell S., Moon M., MishaSegal[http: Growth in Medicare and Out-Of-Pocket Spendingmpact on Vulnerable Beneficiaries](http://www.urban.org/url.cfm)
www.urban.org/url.cfm<http://www.urban.org/url.cfm>
14. U.S. Agency for International Development (USAID). 1989. *A.I.D. Evaluation Handbook*. A.I.D. Program Design and Evaluation Methodology Report No. 7. Washington, DC: Agency for International Development.
15. Wagstaff A., van Doorslaer E., vaner Burg H. *et al.* (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*. 18: 263–90.
16. World Health Organization. *The World Health Report 2000- Health System: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000). Retrieved October 2004 from www.who.int/whr
Website: <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/our/our01.asp>, accessed on 5 July 2002.