



დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები

დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები

ანალიტიკური მიმოხილვა

ავტორების მიერ წინამდებარე კვლევაში გამოთქმული მოსაზრება არ
გამოხატავს ფონდის „ღია საზოგადოება-საქართველოს“ პოზიციას,
შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

სარედაქციო საბჭო

აკაკი ზოიძე
ალექსანდრე კვიციანი
ამირან გამყრელიძე
გიორგი მარგველაშვილი
დავით ოქროპირიძე
დევი ხეჩინაშვილი
ია ანთაძე
ირაკლი სასანიძე

ავტორი

დავით გზირიშვილი

პროექტის ორგანიზატორი

ირმა ხაბაზი

დიზაინერი: თორნიკე ლორთქიფანიძე

ISBN: 978-9941-0-4493-9

სარჩევი

შესავალი.....	6
1 ძირითადი ცნებები და მიღწომები	9
1.1 განმარტებები.....	9
1.2 მიდგომები	12
1.2.1 სოციალური დაცვის სისტემის მოდელები	12
1.2.2 ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდელები	15
1.3 ანალიზი და დასკვნები	16
2 მოვლენათა ქრონოლოგია	18
2.1 სოციალურ სფეროში მოვლენათა განვითარება	18
2.1.1 ჯანმრთელობის დაცვა	18
2.1.2 სოციალური დაცვა.....	32
2.2 გარემოში მოვლენათა განვითარება	40
2.3 მთლიანი სურათი	43
3 სისტემის ცვლილებები.....	47
3.1 ინერციის პერიოდი	47
3.1.1 სოციალური დაცვა.....	47
3.1.2 ჯანმრთელობის დაცვა	48
3.1.3 დასკვნა	50
3.2 სისტემის ცვლილებების პირველი ტალღა	51
3.2.1 სოციალური დაცვის სისტემა.....	51
3.2.2 ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა.....	55
3.2.3 დასკვნა	58
3.3 სისტემის ცვლილებების მეორე ტალღა	59
3.3.1 სოციალური დაცვის სისტემა.....	59
3.3.2 ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა.....	61
3.3.3 დასკვნა	63
4 შეჯამება	65
4.1 რა მივიღეთ?	65
4.2 რატომ მოხდა?	70
4.3 დასკვნა	76
5 დანართები.....	77
6 წყაროები.....	113

ილუსტრაცია 1: ანალიტიკური მიმოხილვის ეტაპები.....	17
ილუსტრაცია 2: საქართველოში (1990წ.) ჯანდაცვის რესურსების შედარება სხვა ქვეყნების ანალოგიური პერიოდის მაჩვენებლებთან	23
ილუსტრაცია 3: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები – 2010 წლის მონაცემები	30
ილუსტრაცია 4: გადასახადები სახელფასო შემოსავალზე წლების მიხედვით	42
ილუსტრაცია 5: ძირითადი მოვლენები.....	43
ილუსტრაცია 6: სოციალური დაცვის სარგებლის სქემის მოკლე მიმოხილვა სოციალური რისკებისა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტების მიხედვით (1995-2003 წლები).....	53
ილუსტრაცია 7: სოციალური დაცვის სარგებლის/სქემების მოკლე მიმოხილვა სოციალური რისკებისა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტების მიხედვით (2004-2010 წლები).....	60
ილუსტრაცია 8: სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების „ევოლუცია“ საქართველოში.....	66
ილუსტრაცია 9: ევროკავშირის სოციალური დაცვის სისტემები შრომის ბაზრის არადაზღვევადი რისკებისგან დაცულობის ხარისხის მიხედვით	68
ილუსტრაცია 10: ჯანდაცვის სისტემაზე სახელწიფოს ვალდებულებების განაწილება მოსახლეობის კეთილდღეობისა და მომსახურების მოცულობის მიხედვით.....	69
ილუსტრაცია 11: ტერმინთა განმარტებები.....	77
ილუსტრაცია 12: საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის ძირითადი დებულებები.....	78
ილუსტრაცია 13: 2003 წლის მდგომარეობით სოციალურ სფეროში სიტუაციის შეჯამება	79
ილუსტრაცია 14: დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური სახელფასო შემოსავალი, 2000წ.	81
ილუსტრაცია 15: საავადმყოფოების განახლების თავდაპირველი ჩანაფიქრი („100 საავადმყოფოს გეგმა“)	81
ილუსტრაცია 16: საავადმყოფოების განახლების გეგმის გადასინჯული ვარიანტი	82
ილუსტრაცია 17: ინსტიტუციურ და რეზიდუალურ პრინციპებზე დაფუძნებული სოციალური დაცვის მოდელების შედარებითი დახასიათება.....	83
ილუსტრაცია 18: ევროპული სოციალური მოდელები (Sapir, 2006)	85
ილუსტრაცია 19: ოთხი ევროპული სოციალური მოდელის ტიპოლოგია.....	86
ილუსტრაცია 20: სოციალური დაცვის განმარტებები.....	87
ილუსტრაცია 21: სოციალური დაცვა, რისკების სოციალური მართვა და განაწილება	88
ილუსტრაცია 22: სოციალური დაცვის სისტემის კომპონენტები	89
ილუსტრაცია 23: სოციალური დაცვის სისტემის სახელმწიფო სქემები / ტიპოლოგია	89
ილუსტრაცია 24: ინდივიდისა და საზოგადოების წინაშე მდგარი რისკები და მათი მართვა საზოგადოებრივი (სოციალური) ინსტიტუტების მიხედვით.....	90
ილუსტრაცია 25: რისკების მართვის შესაძლო ალტერნატივები რისკების მართვის ტიპებისა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტების მიხედვით	92
ილუსტრაცია 26: რისკების სოციალური მართვის ანალიზის მატრიცა.....	93
ილუსტრაცია 27: ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციები	94
ილუსტრაცია 28: ჯანდაცვის დაფინანსების კონცეპტუალური ჩარჩო წყაროებისა და ფინანსური ნაკადების მიხედვით	94
ილუსტრაცია 29: ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელების ალგორითმი	95
ილუსტრაცია 30: კავშირი ჯანდაცვის სისტემის ამოცანებსა და ფუნქციებს შორის	95
ილუსტრაცია 31: სახელმწიფო სოციალური ტრანსფერების ეფექტიანობა (2000-2002 წლების მონაცემები).....	96
ილუსტრაცია 32: სოციალური უზრუნველყოფის რეჟიმების ტიპოლოგია ავტორების მიხედვით	97

ილუსტრაცია 33: სოციალური დაცვის და შრომის ბაზრის ინსტიტუტები ბალტიისპირეთის ქვეყნებსა და ევროპის სხვა ქვეყნებში	99
ილუსტრაცია 34: ჯანდაცვის სისტემის შეფასების მოდელი.....	100
ილუსტრაცია 35: სისტემის ცვლილებები.....	101
ილუსტრაცია 36: სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მოვლენების მატრიცა.....	106
ილუსტრაცია 37: 15 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის განაწილება ეკონომიკური აქტივობის მიხედვით, 1991-2010წწ.	111
ილუსტრაცია 38: საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის მსგავსება ტრადიციული ევროპული და ბალტიისპირეთის ქვეყნების მოდელებთან.....	112

შესავალი

ვისთვის არის განკუთვნილი ანალიტიკური მიმოხილვა?

ანალიტიკური მიმოხილვა განკუთვნილია ფართო აუდიტორიისათვის, ყველასთვის, ვისაც აინტერესებს იპოვოს პასუხი კითხვაზე – „რა ვითარებაა საქართველოში სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში?“

რატომ ანალიტიკური და არა ჩვეულებრივი მიმოხილვა?

დამოუკიდებლობის გამოცხადებიდან დღემდე საკმაოდ ბევრი და საინტერესო მოვლენა განვითარდა საქართველოს სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, თუმცა ყველას არ ჰქონდა ერთნაირი მნიშვნელობა მისი ჩამოყალიბების ან გარდაქმნის კუთხით. ხშირად ყველაზე არსებითი მოვლენა შეუმჩნეველი რჩებოდა საზოგადოებისთვის, ხოლო ადვილად შესამჩნევი თემა ყურადღების ცენტრში ექცეოდა.

განსხვავებით ზოგადისაგან, ანალიტიკური მიმოხილვა იმით არის ფასეული, რომ ეხმარება მკითხველს, დაინახოს ყველაზე არსებითი – რამაც განაპირობა ცვლილებები, ან რასაც ეფუძნება დღევანდელი ვითარება. მასში ნაჩვენებია მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები ამ მოვლენებსა და სისტემის ძირითად მახასიათებლებს შორის.

რატომ არის ფასეული სისტემის (სისტემური) ანალიზი?

სოციალური დაცვა (ჯანმრთელობის დაცვის ჩათლით) საკმაოდ ბევრი მოვლენის ურთიერთკავშირს მოიცავს, დამოკიდებულია საზოგადოებრივი ცხოვრების სხვა სფეროებზე (სახელმწიფო მონყობა, სახელმწიფო მართვა, ეკონომიკური მდგომარეობა თუ განვითარება, ფასეულობები და ნორმები და ა.შ.) და თავად ახდენს გავლენას მათზე.

თუ გვსურს გავიგოთ „როგორ მოხდა“, „რატომ მოხდა“ ან „რა მივიღეთ“, ანუ ჩავენვდეთ მოვლენათა არსს, მაშინ ეს მოვლენები და ფაქტორები ისე უნდა მოვიყვანოთ სისტემაში, რომ იოლად აღსაქმელი გახდეს ამ სფეროს არმცოდნე, ნებისმიერი დაინტერესებული ადამიანისთვის.

ფაქტების სისტემაში მოყვანის შემდეგ ბევრად ადვილია ურთიერთკავშირის დანახვა, ანუ მიზეზებისა და შედეგის გამიჯვნა და დასკვნის დამოუკიდებლად გაკეთება – თუ რა მოჰყვა ერთი ფაქტორის ცვლილებას ან პირიქით, რამ განაპირობა ყველასათვის ცნობილი ესა თუ ის მოვლენა.

შეიძლება თუ არა ანალიტიკური მიმოხილვა იყოს ობიექტური?

შეიძლება, თუ ის შემოიფარგლება მოვლენათა სისტემატიზაციით (სისტემაში მოყვანით) და დაუტოვებს მკითხველს თავისუფლებას, თავად გააკეთოს დასკვნები.

სოციალური თუ ჯანდაცვის სისტემები მეტ-ნაკლებად საყოველთაოდ ცნობილი და აღიარებული ცნებებია (ე.წ. „თეორიული მოდელები“) და მათი არჩევა არ არის დამოკიდებული ავტორის გემოვნებაზე.

მოვლენათა შეფასებისას ანალიტიკურ მიმოხილველს მოეთხოვება ააგოს გამართული, ლოგიკური კონსტრუქციები და დააღაგოს ეს მოვლენები სისტემის ამა თუ იმ მოდელის გამოყენებით, რითაც სუბიექტივიზმი მინიმუმამდე იქნება დაყვანილი. ამდენად, სოციალური თუ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების მცოდნე, თუნდაც განსხვავებული შეხედულების ადამიანისათვის მარტივი იქნება დაადგინოს, არის თუ არა მიმოხილვა დაბალანსებული, სამართლიანი და კვალიფიციური (ანუ ობიექტური).

ანალიტიკური მიმოხილვის თვალსაზრისით მოვლენათა შეფასება არ აძლევს საშუალებას მის ავტორს, თავს მოახვიოს მკითხველს თავისი სუბიექტური აზრი და პოზიცია. „შეფასება“ ამ შემთხვევაში გულისხმობს მოვლენათა მწყობრ სისტემაში მოყვანის მცდელობას და ეფუძნება კონკრეტულ ფაქტებს (წყაროების მითითებით). იქ, სადაც ფაქტები არ არსებობს (მაგალითად, მთავრობის არგუმენტები ამა თუ იმ გადანყვეტილების ასახსნელად), ანალიტიკური მიმოხილველი სთავაზობს მკითხველს თავის ვარაუდს (მოსაზრებებს, რომელიც შეიძლება დავის საგანი იყოს) ან უტოვებს საკუთარი მოსაზრების ქონის საშუალებას.

როგორ არის აგებული ანალიტიკური მიმოხილვა?

ყოველგვარი გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად, ანალიტიკური მიმოხილვის თავში „ძირითადი ცნებები და მიდგომები“, იმთავითვე განმარტებულია რამდენიმე პოპულარული¹ ტერმინი. შემდეგ თავში დასაბუთებულია სისტემის მოდელების არჩევის პრინციპები და მიმოხილვის სამ ნაწილად (ცვლილების „ტალღად“) დაყოფის ლოგიკა.

ანალიტიკური მიმოხილვი იწყება ყველა მნიშვნელოვანი მოვლენის ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით ჩამოთვლით, რომელიც მოხდა სოციალური თუ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და სისტემის ცვლილებებზე იქონია გავლენა. ამ აღწერას ეთმობა თავი 2 – „მოვლენათა ქრონოლოგია“.

თავში „სისტემის ცვლილებები“ სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში საქართველოს დამოუკიდებლობის აღიარებიდან დღემდე მომხდარი ცვლილებები პირობითად სამ ტალღად არის დაყოფილი და თითოეულის მიმოხილვას ცალკე ქვეთავი ეთმობა:

1 „პოპულარული“ გულისხმობს ხშირად გამოყენებულს, მაგრამ არა ყოველთვის ყველასათვის გასაგებს

- **ინერციის პერიოდი** – მოიცავს 1989-1995 წლებს. ამ თავში აღწერილია საბჭოთა პერიოდის სისტემა (რომელიც ჩარჩენილია ბევრის მეხსიერებაში და ნოსტალგიას იწვევს) და რღვევის პროცესი, რომელსაც 5 წლის განმავლობაში განიცდიდა;
- **სისტემის ცვლილებების პირველი ტალღა** – მოიცავს 1995 წლიდან 2003 წლამდე დროის მონაკვეთს. ამ პერიოდში დაიწყო სახელმწიფოებრიობის მშენებლობა, ინტენსიურად რეფორმების გატარება ჯანდაცვის სფეროში (ახალი სისტემის მშენებლობა), სიღარიბის გააზრება და მისი დაძლევის სტრატეგიის შემუშავება. პერიოდის ბოლოს (2001-2003 წწ.) დაინტერესებულ მხარეთა ორ ბანაკს შორის სოციალური დაცვის სისტემის განვითარების მოდელთან დაკავშირებით (ჯანმრთელობის დაცვის ჩათვლით) გამოიკვეთა დაპირისპირება, რამაც შექმნა სერიოზული ცვლილებების (მეორე ტალღის) კონცეპტუალური საფუძვლები.
- **სისტემის ცვლილებების მეორე ტალღა** – მოიცავს პერიოდს 2004 წლიდან დღემდე, როდესაც დაიწყო (და დღემდე გრძელდება) პირველი ტალღისგან დიამეტრალურად განსხვავებული სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების მშენებლობა.

სამივე თავში ცალ-ცალკე, რამდენიმე ქრილში არის შეფასებული მოვლენების განვითარება:

- მმართველობა (სახელმწიფო მართვა, პოლიტიკური სისტემა);
- ეკონომიკური მდგომარეობა და ტენდენციები;
- ვითარება სოციალური დაცვის სფეროში;
- ვითარება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

თავში „შეჯამება“ წარმოდგენილია ავტორთა მცდელობა, მტკიცებულებებზე დაყრდნობით ახსნან, თუ რამ განაპირობა სისტემის აღნიშნული ცვლილებები.

თავში „დანართები“ ცხრილების თუ გრაფიკების სახით, თავმოყრილია ყველაზე არსებითი ფაქტები, რომელთაც ეფუძნება სისტემის შეფასება წინა თავებში, აგრეთვე შეტანილია ტექნიკური ხასიათის დამხმარე ინფორმაცია.

დოკუმენტი სრულდება იმ წყაროების მითითებით, საიდანაც მოპოვებული იყო ფაქტები, ან სადაც მკითხველს შეეძლება უფრო დეტალურად გაეცნოს ამა თუ იმ საკითხს (მაგ. ალტერნატიული მოსაზრებებს).

1. ძირითადი ცნებები და მიდგომები

1.1. განმარტებები

სოციალური დაცვა და სოციალური უსაფრთხოება

სოციალური დაცვა (Social Protection) და სოციალური უსაფრთხოება (Social Security) ზოგიერთ ქვეყანაში ხშირად სინონიმებად გამოიყენება და ძნელია მათი მკაფიო გამიჯვნა (International Labour Organization, 2010).

პირობითად შეიძლება შევთანხმდეთ, რომ სოციალური დაცვა უფრო ფართო ცნებაა და თავის თავში მოიცავს სოციალურ უსაფრთხოებას, რომელიც გულისხმობს სოციალური დაცვის იმ ნაწილს, სადაც ძალისხმევა სავალდებულო ხასიათისაა (Paas, et al., 2004). ეს კარგად ჩანს სოციალური უსაფრთხოების საერთაშორისო ასოციაციის მიერ მონოდეზულ განმარტებაში:

“Social security maybe defined as any programme of social protection established by legislation, or any other mandatory arrangement, that provide individuals with a degree of income security when faced with the contingencies of old age, survivorship, incapacity, disability, unemployment or rearing children. It may also offer access to curative or preventive medical care.” (International Social Security Association, 2011)

რიგი ავტორები თვლიან რომ, ტერმინი „სოციალური უსაფრთხოება“ (Social security) უფრო მისადაგება დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებს, ხოლო „სოციალური მაშველი ბადა“ (Social Safety Net) – განვითარებად ქვეყნებს მაშინ, როცა ტერმინი „სოციალური დაცვა“ უფრო ფართო ცნებაა:

“Social protection refers to the public actions taken in response to levels of vulnerability, risk and deprivation which are deemed socially unacceptable within a given polity or society.” (Norton, et al., 2001)

სოციალური დაცვა/უსაფრთხოება ვარირებს ძალიან ზოგადი განმარტებიდან უფრო კონკრეტულ ფორმულირებამდე (იხ. ილუსტრაცია 20 გვ. 87).

ყველაზე ინოვაციური და პრაქტიკული დეფინიცია მსოფლიო ბანკმა შემოგვთავაზა²:

„Social protection is seen as public interventions that assist individuals, households, and communities to manage risk better and that provide support to the critically poor“ (The World Bank, 2000)

2 საგულისხმოა, რომ მსოფლიო ბანკი ამზადებს სოციალური დაცვის ახალ სტრატეგიას და არ არის გამორიცხული, გადახედოთ იქნეს სოციალური დაცვის არსებულ კონცეპტუალური გააზრება (The World Bank, 2011)

ეს განმარტება ეფუძნება სოციალური რისკების მართვის (Social Risk Management – SRM) კონცეფციას, რომელიც სხვადასხვა ავტორების მიერ იქნა შემუშავებული გასული საუკუნის მინურულს (Neubourg, 2001), (Holzmann & Jorgensen, 1999), (Siegel & Neubourg, 2011). სოციალური დაცვისა და სოციალური რისკების მართვის კონცეპტუალური ჩარჩოების გადაკვეთა სქემატურად ასახულია დანართში (იხ. ილუსტრაცია 21, გვ. 78).

სოციალური უზრუნველყოფა

ტერმინი Social Welfare ან Welfare State სხვადასხვა კონტექსტში გხვდება (პრაქტიკულად ტექნიკური ჟარგონია), თუმცა ძნელია მისი ზუსტი შესატყვისის პოვნა. სიტყვა Welfare ნიშნავს იღბალს, ბედნიერებას, კეთილდღეობას და მომდინარეობს მე-14 საუკუნის ძველი ინგლისური ფრაზიდან welfaren (>welfare = “good journey“). დღეს მას გამოიყენებენ სოციალური შემწეობის ან სარგებლის (ფინანსური დახმარების) მნიშვნელობითაც. რუსულ ენაში მას социальное обеспечение შეესატყვისება. როგორც ქართულში, ისე რუსულში მისი ფესვია უზრუნველად ყოფნა (ან უზრუნველი ყოფა), იგივე обеспеченность და აქედან ნაწარმოები უზრუნველყოფა (обеспечение).

ტერმინი „სოციალური უზრუნველყოფა“ მიესადაგება ისეთ ქვეყნებს, სადაც სოციალური დაცვის ტვირთი ძირითადად სახელმწიფოზეა (საზოგადოებაზე) გადატანილი, რაც პიროვნების უზრუნველყოფას განაპირობებს. შესაბამისად, Welfare State-ად მოიხსენიებენ ისეთ ქვეყნებს, სადაც პირველ რიგში სახელმწიფო ზრუნავს პიროვნების კეთილდღეობაზე, მისი ცხოვრების დონეზე. ასეთ ქვეყნებად მიიჩნევა შვედეთი, ფინეთი, დანია (ზოგჯერ ნორვეგიაც). შესაბამისად, Welfare State-ის ქართულ შესატყვისად შეიძლება გამოვიყენოთ ტერმინი „სოციალურად უზრუნველყოფილი ქვეყნები“ ან მოკლედ – „უზრუნველყოფილი ქვეყნები“.

სოციალური დაცვის სისტემის კომპონენტები

სოციალური დაცვის სისტემა, პირობითად შედგება ოთხი ძირითადი კომპონენტისაგან: სოციალური დაზღვევა, სოციალური დახმარება, სოციალური კომპენსაციები და სოციალური მასშველი ბადე. სწორედ აღნიშნულთა მეშვეობით ხდება სარგებლის (benefit) მიწოდება ბენეფიციარამდე (beneficiaries), ანუ მოსარგებლემდე (იხ. ილუსტრაცია 22, გვ. 79).

სოციალური დაზღვევა (social insurance) მოიაზრება, როგორც ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც მიმართულია გარკვეული რისკების უარყოფითი შედეგების შემსუბუქებისა და კომპენსაციისაკენ რისკების გადანაწილების (სოლიდარობის) პრინციპით, განურჩევლად იმისა, სახელმწიფო ახდენს დაფინანსებასა და ადმინისტრირებას თუ კერძო სექტორი. სოციალური დაზღვევა, როგორც წესი, სავალდებულოა და ფინანსდება სადაზღვევო შენატანებით. თუმცა, იგი შეიძლება ნებაყოფლობითიც იყოს, როდესაც სახელმწიფო ფინანსური სტიმულირებით ახალისებს სოლიდარობის მექანიზმში მონაწილეობას.

სოციალური დახმარება (social assistance) მოიაზრება, როგორც საზოგადოებრივი რესურსების გადანაწილების მექანიზმი, რომელიც მიმართულია გაჭირვებაში მყოფი იმ ადამიანების (ოჯახების) ყოფის გაუმჯობესებისაკენ, რომელთაც ამ დახმარების გარეშე სიღარიბე ემუქრებათ. სოციალური დახმარება შეიძლება იყოს როგორც ფულადი, რომელსაც „შემწეობას“ ვუნოდებთ, ასევე არაფულადი, რომელიც გამოიხატება **შეღავათებითა** და სოციალური სერვისით.

სოციალური კომპენსაციები (social compensations) მოიაზრება, როგორც მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისთვის მიყენებული ზიანის საზოგადოების მიერ ანაზღაურების (დაფარვის) მექანიზმი. ზიანი შეიძლება გამონკვეული იყოს საზოგადოებრივი საქმიანობის განვით (მაგ. ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის ავარიის შედეგების ლიკვიდაციისას მიღებული ჯანრთელობის დაკარგვა) ან სტიქიური უბედურებით (თავშესაფრის/საცხოვრისის ან ქონების დაკარგვა, შემოსავლის წყაროს დაკარგვა, ჯანრთელობის დაკარგვა და ა.შ.) .

სოციალური მაშველი ბადე (Social Safety Net) მოიაზრება, როგორც სოციალური დაცვის ღონისძიებების ის ნაწილი, რომელიც უშუალოდ ემსახურება ადამიანების დაცვას სიღარიბეში ჩავარდნისაგან (პირველ რიგში) ან სიღარიბიდან ამოყვანას (რიგ შემთხვევებში). სოციალური მაშველი ბადე არ არის სოციალური დაცვის სისტემის (ორგანიზაციული, სტრუქტურული) ცალკე კომპონენტი, არამედ ის წარმოადგენს ღონისძიებების ერთობლიობას ფუნქციური ნიშნით. მაგალითად, უმუშევრობის დაზღვევა (განეკუთვნება სოციალური დაზღვევის კომპონენტს) სამსახურის (შრომითი შემოსავლის) დაკარგვისას იცავს პიროვნებას (ან ოჯახს) გაღარიბებისგან გარკვეული დროის მანძილზე, კერძოდ ხელახლა დასაქმებამდე ან დაზღვევის ვადის ამონურვამდე. თუ ამ პერიოდში პიროვნება ვერ დასაქმდება და ცხოვრების დონის მკვეთრი გაუარესების საფრთხის წინაშე აღმოჩნდება, განსაზღვრული ან განუსაზღვრელი ვადით, უპირობოდ ან გარკვეული პირობებით (მაგ. საზოგადოებრივად სასარგებლო სამუშაოების განწევა) ირთვება სოციალური შემწეობების მექანიზმი (განეკუთვნება სოციალური დახმარებების კომპონენტს).

სელექტივიზმი და უნივერსალიზმი

ეს ცნებები გამოიყენება სოციალური დახმარების (თანხის ან მომსახურების) მიწოდების პრინციპის დასახასიათებლად: ყველას, ან მხოლოდ მათ, ვინც ყველაზე გაჭირვებულია. სელექტივიზმის პრინციპით მოსარგებლის შერჩევისას ყურადღება ექცევა ერთ დამატებით კრიტერიუმს – გაჭირვებას და შემწეობის მისაღებად მხოლოდ შემოსავლის დაკარგვა (სამსახურიდან დათხოვნის გამო) არ არის საკმარისი.

სინამდვილეში, სელექტივიზმი და უნივერსალიზმი აისბერგის მწვერვალია, რომელიც ფასეულობებისა და სახელმწიფო მონყობის მიხედვით განსახვავებს ქვეყნებს და მჭიდროდ უკავშირდება ისეთ ცნებებს, როგორიცაა სოციალური დაცვის ინსტიტუციური თუ რეზიდუალური მონყობის მოდელი (დეტალები იხ. ილუსტრაცია 17, გვ. 74)

1.2. მიდგომები

საკმაოდ რთულია აღწერო და შეაფასო საზოგადოებრივი სისტემები – ანუ გასაგებად გადმოსცე ის, რაც ხდება რეალურ ცხოვრებაში თავისი უამრავი შემადგენელი ელემენტით (სისტემის „ობიექტებით“) – მონაწილეებით, მათი როლებით (უფლებებით, შესაძლებლობებით, მოვალეობებითა და პასუხისმგებლობებით), მონაწილეთა შორის ურთიერთობებით, დანერგული და დაუნერგული წესებით, რესურსებით, სურვილებით თუ მიზნებით, საფრთხეებითა თუ დაბრკოლებებით.

რეალობის გადმოცემასა და მის აღქმაში გვეხმარება მოდელები – ჩვენთვის საინტერესო კუთხით დანახული მოვლენების სქემატური აღწერა („ნახაზები“ ან „კონსტრუქციები“).

ამ მიმოხილვაში ოთხი სახის მოდელს გამოვიყენებთ:

- სოციალური დაცვის სისტემის ანალიზისთვის:
 - სოციალური დაცვის სისტემის მონეობის მოდელები (Esping-Andersen);
 - რისკების სოციალური მართვის მოდელი (WB).
- ჯანდაცვის სისტემის ანალიზისთვის:
 - ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების მოდელი (WHO);
 - ჯანდაცვის სისტემის შეფასების მოდელი (HSPA).

1.2.1. სოციალური დაცვის სისტემის მოდელი

სოციალური უზრუნველყოფის ტიპოლოგია

სოციალური დაცვის სისტემის ტიპოლოგია პირველად 1990 წელს შეიმუშავა დანიელმა სოციოლოგმა ესპინგ-ანდერსენმა (Esping-Andersen) და მას მერე არ წყდება მისი კრიტიკა თეორიული, მეთოდოლოგიური თუ ემპირიული თვალსაზრისით (Bambra, 2007).

ესპინგ-ანდერსენმა OECD-ის 18 ქვეყანა სამ ჯგუფად – სოციალური უზრუნველყოფის ლიბერალური, კონსერვატიული და სოციალ-დემოკრატიული რეჟიმების (welfare regimes) მქონე ქვეყნებად დაყო. ეს დაყოფა ძირითადად სამ კრიტერიუმს ეფუძნებოდა: დეკომოდიფიკაცია (Decommodification), სოციალური სტრატეფიკაცია (social stratification) და სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის ბალანსი (private-public mix):

- დეკომოდიფიკაცია³ ასახავს, თუ რამდენად არის პიროვნების უზრუნველი ყოფა დამოკიდებული ბაზარზე, განსაკუთრებით პენსიის, უმუშევრობის სარგებლისა და სამედიცინო დაზღვევასთან მიმართებით. რაც ნაკლებია დამოკიდებულება ბაზარზე, მით მაღალია დეკომოდიფიკაციის ხარისხი.
- სოციალური სტრატეფიკაცია ასახავს სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის როლს საზოგადოების სტრუქტურის შენარჩუნებას ან მის დანაწევრებაში (განშრევაში). უფრო ზოგადად, სტრატეფიკაცია გამოხატავს სოციალურ არაერთგვაროვნებას, საზოგადოების განშრევას, მისი წევრებისა და სოციალური ჯგუფების სოციალური მდგომარეობის განსხვავებულობას, მათ სოციალურ უთანასწორობას (გელიტაშვილი, 2011)..
- სახელმწიფოსა და კერძოს სექტორის ბალანსი ასახავს ოთხი ინსტიტუტის – სახელმწიფოს, ოჯახის (სამოქალაქო), საზოგადოებისა და ბაზრის როლს სოციალურ უზრუნველყოფაში.

1990 წლის შემდეგ სოციალური დაცვის სისტემების მრავალი ტიპოლოგია შეიქმნა (იხ. ილუსტრაცია 32, გვ. 86). სოციალური უზრუნველყოფის რეჟიმების მიხედვით ქვეყნების 20 წლის წინანდელი დაჯგუფება სწრაფად „დაბერდა“ და აღმოჩნდა, რომ სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების ლანდშაფტი ძალზე დინამიკურია. უფრო მეტიც, გლობალიზაციის პროცესმა, მოსახლეობის დაბერებამ და გართულებულმა ფინანსურმა მდგრალობამ რიგი ქვეყნები ახალი გამოწვევების წინაშე დააყენა, თუმცა ისინი ყოველთვის ერთნაირ გამოსავალს არ ირჩევენ (Esping-Andersen, 2000), (Gensche, 2004), (Kwiek, 2006) და დღეს გამოიკვეთა სოციალური უზრუნველყოფის კონცეპტუალური გადასინჯვის, ახალი პარადიგმის განსაზღვრის აუცილებლობა (Gilbert, 1999), (Young Acage-mics Network, 2011)..

არსებობს აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების ესპინგ-ანდერსენის (Esping-Andersen) ტიპოლოგიაში მოთავსების მცდელობა იერარქიული კლასტერული (Fenger, 2007) ან კლასტერული ანალიზის გამოყენებით (Farkas, 2011), თუმცა პრაქტიკული თვალსაზრისით ეს მცდელობა წარუმატებელია, რადგან რიგი ქვეყნები, კერძოდ საქართველო, მოლდავეთი და რუმინეთი, ვერცერთ კატეგორიაში ვერ მოთავსდა.

ყველაზე ოპტიმალურია ებინგჰაუზის (Ebbinghaus) მიერ 1999 წელს შემუშავებული ევროპული სოციალური მოდელი, რომელიც ასევე ითვალისწინებს ბალტიისპირეთის ქვეყნებს (იხ. ილუსტრაცია 33, გვ. 88) და ფაქტობრივად იმეორებს ანდრე საპირის (Andre Sapir) ევროპის ოთხ მოდელს (იხ. ილუსტრაცია 18 და ილუსტრაცია 19, გვ. 77).

³ თავად ტერმინის ავტორია კარლ პოლანი (Karl Polanyi), რომელიც თვლიდა, რომ კაპიტალიზმს სჭირდება შრომა მიიჩნიოს საქონლად (commodity), რომელიც სხვა საქონლის მსგავსად გაცვლისთვის არის განკუთვნილი. რადგან შრომა (სამუშაო ძალა) არ არის რიგითი საქონელი, მას ჭირდება დამხმარე სისტემები „გამო-საქონლებად“ (დე-კომოდიფიკაციისთვის), რათა მოხდეს მისი შენარჩუნება ან გაუმჯობესება მაშინაც კი, როცა არ იცვლება (იყიდება) შრომის ბაზარზე.

სოციალური რისკების მართვის მოდელი

მოდელი ეფუძნება სოციალური დაცვის, როგორც რისკების სოციალური მართვის კონცეფციას და ფართოდ გამოიყენება საერთაშორისო განვითარების ინსტიტუტების მიერ ((The World Bank, 2000), (Asian Development Bank, 2003)). ცხოვრებაში არსებობს უამრავი მოვლენა, რომელიც საფრთხეს უქმნის პიროვნების ან საზოგადოების გარკვეული ნაწილის კეთილდღეობას, მისი ცხოვრების ხარისხს (იხ. ილუსტრაცია 24 „ინდივიდისა და საზოგადოების წინაშე მდგარი რისკები და მათი მართვა საზოგადოებრივი (სოციალური) ინსტიტუტების მიხედვით“, გვ. 80), თუმცა ყველა ასეთი მოვლენა, ანუ რისკი როდი წარმოადგენს საზოგადოების მხრიდან ჩარევისა და გამკლავების საგანს.

რისკების სოციალური მართვის მოდელში რისკები შეიძლება ოთხ ჯგუფად დაიყოს:

1. შემოსავლის დაკარგვა:

- 1.1 დაბერება;
- 1.2 დროებითი შრომისუუნარობა;
- 1.3 ხანგრძლივი შრომისუუნარობა (ინვალიდობა);
- 1.4 მარჩენალის დაკარგვა;
- 1.5 უმუშევრობა;
- 1.6 სანარმოო ტრავმა, (პროფესიული დაავადებით) გამოწვეული ინვალიდობა.

2. ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული დანახარჯები

3. ბავშვის გაჩენისა და აღზრდის ტვირთი

4. გაჭირვება

რისკების სოციალური მართვის მოდელში მოიაზრება სამი მოთამაშე და სამი მიდგომა:

- მოთამაშეები (ინსტიტუტები);
 - სახელმწიფო (საჯარო სექტორი)
 - ბაზარი (კერძო სექტორი)
 - პიროვნება (არაფორმალური სექტორი)
- მიდგომები;
 - რისკების ფაქტორების შემცირება (პრევენცია)
 - რისკების შესუსტება
 - რისკების გამკლავება

ინსტიტუტებისა და მიდგომების მიხედვით სოციალური რისკების მართვა ასახულია დანართში (იხ. ილუსტრაცია 25, გვ. 81).

ანალიზის პროცესში გამოყენებულ იქნება სოციალური რისკების მართვაში ინსტიტუტების წვლილის ამსახველი ორგანიზაციული მატრიცა (იხ. ილუსტრაცია 26, გვ. 82).

1.2.2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდელები

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების მოდელები

ლიტერატურაში ფართოდ არის გავრცელებული ჯანდაცვის მოდელების დაყოფა სამ ჯგუფად: ბისმარკის, ბევერიჯის და სემაშკოს. ეს დაყოფა აგებულია დაფინანსების მახასიათებლებზე და ეფუძნება პრინციპს, რომ ჯანდაცვის დაფინანსება მნიშვნელოვნად განაპირობებს ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებას. ჯანდაცვის სისტემების სპეციფიკის შედარებითი ანალიზისას ეს დაყოფა დღესაც გამოიყენება (მაგ. (Tawfik-Shukor, et al., 2007))

ანალიტიკური მიმოხილვისას ჩვენ არ გამოვიყენებთ ამ კლასიკურ ტიპოლოგიას რამდენიმე მიზეზის გამო:

- ვინაიდან ჯანმრთელობის დაცვას განვიხილავთ სოციალური დაცვის ქვესისტემად, ამდენად საკმარისია ვისარგებლოთ სოციალური დაცვის სისტემის მოწყობის მოდელებით;
- ძალიან ბევრია მეთოდოლოგიური უზუსტობა, რომლის გამოც ე.წ. ჯანდაცვაში სოციალური დაზღვევის მქონე ქვეყნები ავტომატურად მიეკუთვნება ბისმარკის მოდელს (მაგ. გერმანია). სინამდვილეში ეს მიკუთვნება ძალზე ზედაპირულია, რამდენადაც ყირგიზეთსა თუ სომხეთში არსებულ დაფინანსების სისტემას (და ჯანდაცვის მოწყობას) არაფერი აქვს საერთო გერმანიასთან;
- არსებობს უფრო პრაქტიკული, დეზაგრეგირებული (გაცილებით ღრმა) და ჯანდაცვის სისტემისთვის სპეციფიკური, კონცეპტუალური ჩარჩო, რომელსაც აქ დეტალურად განვიხილავთ.

ჯანდაცვის დაფინანსების კონცეპტუალური ჩარჩო შემუშავებულ იქნა ჯოზეფ კუტცინის (Joseph Kutzin) მიერ (Kutzin, 2000) და გამოყოფს რა ჯანდაცვის დაფინანსებაში ოთხ ფუნქციას (სახსრების შეგროვების, სახსრების თავმოყრის, მომსახურების შესყიდვა-დაფინანსების და მომსახურების მიწოდების), იგი ეფუძნება ე.წ. ფუნქციონალურ მიდგომას (იხ. ილუსტრაცია 27, გვ. 83). ფუნქციების ასეთი დაყოფა დაგვეხმარება დავინახოთ, თუ როგორ ტრანსფორმაციას განიცდიდა ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში ბოლო 20 წლის მანძილზე.

ამ მიდგომაზე დაყრდნობით ანალიტიკურ მიმოხილვაში გამოვიყენებთ ჯანდაცვის დაფინანსების უფრო დეტალურ ჩარჩოს, სადაც მითითებულია დაფინანსების წყაროები, შუალედური აგენტები

და ფულადი ნაკადების ტიპები (იხ. ილუსტრაცია 28 – „ჯანდაცვის დაფინანსების კონცეპტუალური ჩარჩო წყაროებისა და ფინანსური ნაკადების მიხედვით“ – გვ. 83).

ჯანდაცვის სისტემის შეფასების მოდელი

ჯანდაცვის სისტემის ხელახალი გააზრება, რამაც ხელი შეუწყო სისტემის წინაშე მდგომი ამოცანების და ფუნქციების სტრუქტურირებას, უკავშირდება *The World Health Report*-ის 2000 წლის ანგარიშს (World Health Organization, 2000).

იმავე პერიოდში, ამ კონცეპტუალური გააზრების საფუძველზე შეიქმნა ჯანდაცვის სისტემის შეფასების მოდელი (Murray & Frenk, 2000, Murray & Evans, 2003). მისი ერთ-ერთი ვარიანტი ნაჩვენებია დანართში (ილუსტრაცია 34, გვ. 89).

ანალიტიკური მიმოხილვისას გამოვიყენებთ აღნიშნული მოდელის გამარტივებულ ვარიანტს, რაც ასახავს კავშირს სისტემის ფუნქციონირებას (ოთხ სფეროში: მომსახურება, რესურსები, მმართველობა და დაფინანსება), გარეშე ფაქტორებსა და საბოლოო შედეგზე ზეგავლენას შორის (ჯანმრთელობა, გულისხმიერება, ფინანსური სამართლიანობა).

1.3. ანალიზი და დასკვნები

ანალიტიკური მიმოხილვა სამ ეტაპად განხორციელდა (იხ. ილუსტრაცია 1 ქვემოთ):

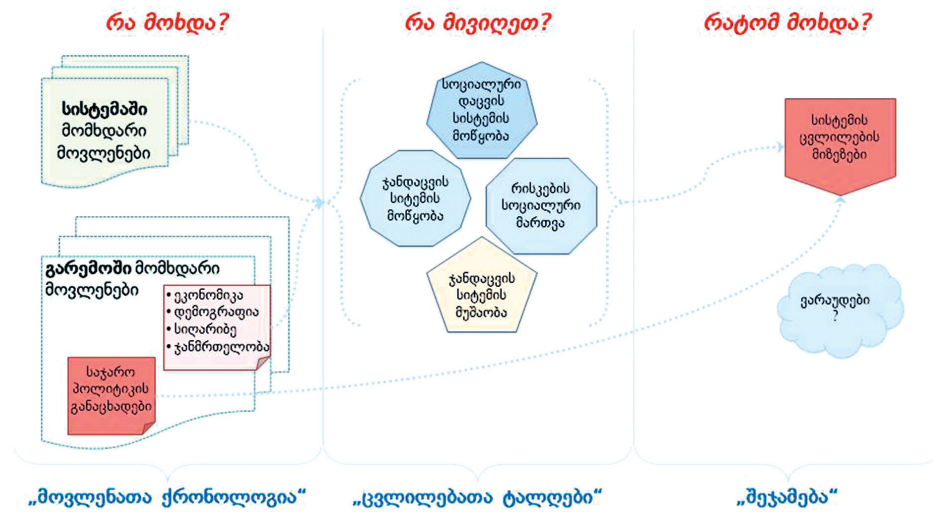
1. პირველ ეტაპზე შეგროვდა ყველა არსებითი მოვლენა, რომელსაც ადგილი ჰქონდა სოციალური დაცვის ან ჯანმრთელობის სისტემის შიგნით ან უშუალოდ იმოქმედა მათზე. ასევე, აისახა გარემოში განვითარებული მოვლენები (რომლებსაც კავშირი აქვთ სოციალური ან ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებთან). ყველა ეს მოვლენა დაიყო ორ ჯგუფად: „სისტემაში მომხდარი მოვლენები“ და „გარემოში მომხდარი მოვლენები“. გაკეთდა მოვლენების ქრონოლოგიური ჩამონათვალი ორი მატრიცის გამოყენებით (იხ. ილუსტრაცია 35 – „სისტემის ცვლილებები“, გვ. 90 და ილუსტრაცია 36 – „სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მოვლენების მატრიცა“, გვ. 97). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მოვლენის განმარტება თან დაერთო აღნიშნულ მატრიცებს. ამდენად, ამ ეტაპზე პასუხი გაეცა შეკითხვას „რა მოხდა“ და პასუხები განთავსდა დოკუმენტის თავში – „მოვლენათა ქრონოლოგია“

2. მეორე ეტაპზე მოვლენები „გადალაგდა“ სისტემის მოდელებში, რომელთა გამოყენებით აღვწერეთ სისტემების ცვლილებების სამივე ტალღისათვის (1990-1994, 1995-2003 და 2004-2010 წლები). შესაბამისად, პასუხი გავეცით შეკითხვას „რა მივიღეთ“ – თავი „სისტემის ცვლილებები“.

3. მესამე და ბოლო ეტაპზე, ვეცადეთ რა გავცეთ პასუხი კითხვას „რატომ მოხდა“, გამოვიყენეთ საჯარო პოლიტიკის სივრცეში არსებული ყველა მტკიცებულება (რომელიც პირველ ეტაპზე შევაგ-

როვით) და მათზე დაყრდნობით შევეცადეთ აგვეხსნა, რამ განაპირობა ეს ცვლილებები (რა მიზანს ემსახურებოდა, ან რა განზრახვა ამოძრავებდა გადწყვეტილების მიმღებს). იმ შემთხვევაში, როცა საჯარო პოლიტიკის სივრცეში სათანადო მტკიცებულებები არ აღმოჩნდა, შემოვიფარგლეთ ვარაუდებით.

ილუსტრაცია 1: ანალიტიკური მიმოხილვის ეტაპები



2. მოვლენათა ქრონოლოგია

2.1. სოციალურ სფეროში მოვლენათა განვითარება

2.1.1. ჯანმრთელობის დაცვა

სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან დაკავშირებული ძირითადი მოვლენები ქრონოლოგიურად აღწერილი და შეჯამებულია მატრიცაში (იხ. ილუსტრაცია 35, გვ. 90).

1990-წლიდან ხუთი წლის მანძილზე ჯანდაცვის სფეროში არსებითი მოვლენა არ მომხდარა. სისტემა, უფრო სწორად მისი ცალკეული კომპონენტები, ფუნქციონირებას ინერციით აგრძელებდნენ (Gzirishvili, et al., 1997).

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ახორციელებდნენ პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის სახელმწიფო (საბიუჯეტო) ორგანიზაციები. ფორმალურად, სახელმწიფო სექტორში სამედიცინო მომსახურება რჩება უფასო. მკვეთრად იკლებს ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (Hauschild & Bekrhout, 2009) და თუ 1990 წელს ერთ სულზე \$13 შეადგენდა, 1994 წელს ერთ დოლარზე ქვემოთ ეცემა (Gamkrelidze, et al., 2002). ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 1995 წელს 4.9%-მდე შემცირდა, ხოლო 1994 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტში სულ 1.3%-ს შეადგინა (იხ. ილუსტრაცია 36, გვ. 97). საშუალოდ, 1990-1995 წწ. ჯანმრთელობის დაცვაზე მშპ-ს 4.5% იყო (Gzirishvili, et al., 1997).

სამედიცინო დაწესებულებების სახელმწიფო დაფინანსება ხდება ისტორიული ბიუჯეტების საფუძველზე, რომლებიც განისაზღვრებოდა საწოლთა ფონდთან ან საშტატო განრიგთან დაკავშირებული (საბჭოთა პერიოდში შემუშავებული) ნორმატივებით.

გაეროს ბავშვთა დაცვის ფონდის მიერ 1994 წელს ჩატარებული ჯანდაცვის მოხმარებისა და დანახარჯების კვლევის შედეგების მიხედვით გამოიკვეთა, რომ ჯიბიდან არაფორმალური გადახდების მაღალი წილი მიუხედავად, გამოკითხულთა მხოლოდ ერთი მეხუთედი გამოხატავდა უკმაყოფილებას საავადმყოფოში არაფორმალური გადასახადით (საშუალოდ \$5 დღეში) და თითქმის ნახევარი კმაყოფილებას აფიქსირებდა (Gzirishvili, et al., 1997).

საქართველოში მოწყვლადობის (დაუცველობის) შეფასების 1996 წლის გამოქვეყნებულ ანგარიშში (Dershem, et al., 1996), ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით შინამეურნეობათა მხოლოდ 4.5% (ან პიროვნებათა 7.1%) იქნა მიჩნეული დაუცველად⁴.

4 ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით შინამეურნეობის დაუცველობა გულისხმობდა სამედიცინო მომსახურების მიღების საჭიროების არსებობას (თვითშეფასებით), მაგრამ მომსახურების მიღების საშუალების არქონას გეოგრაფიული ანდა ფინანსური ხელმისაწვდომობის არარსებობის გამო.

ამ პერიოდში არ შეიმჩნევა სექტორში სამედიცინო კადრების რაოდენობის არსებითი ცვლილება და 100,000 მოსახლეზე ექიმთა რაოდენობა დაახლოებით 500-ს, ხოლო ექთნების – 1000-ს შეადგენს, თუმცა 1994 წელს პირველად აღინიშნა ექთნების რაოდენობის კლება 7%-ით (შესაბამისად, ერთ ექიმზე ექთნების თანაფარდობამ თანდათანობით იკლო 1991 წელს 2.2-დან 1994 წელს 1.9-მდე) (World Health Organization Regional Office for Europe, 2011).

1992-1994 წლებში ჩნდება პირველი კერძო სამედიცინო დაწესებულებები (სპეციალისტების მომსახურება, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება), თუმცა კერძო, ფორმალზებული, ლეგალური სამეწარმეო საქმიანობა ჯანდაცვის სფეროში დასაბამს 80-იანი წლების მეორე ნახევრიდან იღებს.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 3 წლით შემცირდა და 1995 წელს 70.3 შეადგინა. დედათა მოკვდაობა 1995 წლისთვის 1990 წელთან შედარებით გაორმაგდა (55.1 და 20.5 შესაბამისად). იმავე პერიოდში ბავშვთა მოკვდაობა ყოველწლიურად იზრდება 20.7-დან 28.6-მდე.

1993-1994 წლებში მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს თაოსნობითა და დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობით მიმდინარეობდა მუშაობა ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფციასა და განხორციელების გეგმაზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია ფორმალურად გაცხადდა სახელმწიფო მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულება, რომლის 11 პუნქტი მოიცავდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის (დასაწყისი – 1995 წლის 1 იანვარი⁵) ყველა ასპექტს და განსაზღვრავდა მომდევნო წლებში განსახორციელებელი ცვლილებების სამართლებრივი ბაზას, სფეროს ორგანიზაციული მოწყობისა თუ დაფინანსების პრინციპებს.

ძნელია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე მომხდარი მოვლენების გამოყოფა და დალაგება მნიშვნელობათა მიხედვით. ის, რაც 1995-2000 წლებში სისტემაში მოხდა, იყო არა უბრალოდ არსებულის უკეთესით შეცვლის მცდელობა (რასაც, ჩვეულებრივ, ტერმინი „რეფორმა“ გულისხმობს), არამედ 1990-1994 წლებში დაქცევის პირას, თვითდინებით მოფუნქციონირე სფეროში წესრიგის აღდგენა და იმავდროულად წარსულში დაბრუნება, ანუ საბჭოთა პერიოდის სემაშკოს მოდელის გაცოცხლების ნაცვლად⁶ სისტემაში თვისობრივად ახალი ურთიერთობების დამკვიდრება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან (Gzirishvili, et al., 1997). „საქართველოს უახლესი ისტორიის მანძილზე განხორციელებული სახელმწიფოებრივი რეფორმებიდან ერთ-ერთი პირველი ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმა გახლდათ“ (გამყრელიძე, 2004).

5 რეალური ქმედებები დაიწყო ცოტა მოგვიანებით, 1995 წლის აგვისტოდან

6 ცნობისთვის, ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებიდან ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა სემაშკოს მოდელით (უმნიშვნელო ცვლილებებით) განაგრძობს ფუნქციონირებას ბელორუსიაში, აზერბაიჯანსა და უკრაინაში.

სახელმწიფომ პირველად განაცხადა (საქართველოს 1995 წლის კონსტიტუციის 37-ე მუხლი), რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებლობის ტვირთი ნაწილდება სახელმწიფოს სხვადასხვა სუბიექტებზე და სამედიცინო მომსახურება აღარ არის უფასო. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა აღარ არის ყოვლისმომცველი და ვალდებულები განისაზღვრება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით, აგრეთვე დარგის მართვის (რეგულირების) მექანიზმებით. საზოგადოებას რჩება უფლება, ხელი მიუწვდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (უფასოდ ან თანაგადახდით).

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უფლების პარალელურად საზოგადოებას უჩნდება ვალდებულება გაინაწილოს ფინანსური ტვირთი სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ანგარიშზე სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შესატანების სახით. კანონის თანახმად, დამქირავებლები იხდიდნენ (ბრუტო) ხელფასის 3%, ხოლო დაქირავებულები – 1%-ს. კანონის თავდაპირველ რედაქციაში („საქართველოს რესპუბლიკის კანონი სამედიცინო გადასახადის შესახებ“) ეს თანხა მოხსენიებულია, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდში სამედიცინო „გადასახადი“. 1997 წელს ტერმინი „გადასახადი“ შეიცვალა ტერმინით „სადაზღვევო შენატანი“, ხოლო „ჯანმრთელობის დაცვის ფონდი“ – ტერმინით „სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია“⁷. ამდენად, ტერმინოლოგიურის გარდა საჯარო პოლიტიკის თვალსაზრისით არსებითად არაფერი შეცვლილა⁸.

1995 წელს სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლები საბიუჯეტო ორგანიზაციებიდან იქცნენ სახაზინო დანესებულებად, ხოლო 1999 წელს – კერძო სამართლის სუბიექტებად (შეზღუდული პასუხისმგებლობების ან სააქციო საზოგადოებებად სახელმწიფოს მიერ წილების 100%-იანი ფლობით). შესაბამისად, გაიზარდა მათი მმართველობითი ავტონომია. სამენარმეო სუბიექტებად გადაქცევის შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აღარ ახორციელებს სამედიცინო დანესებულების პირდაპირ ადმინისტრირებას და მმართველობაში მონაწილეობის ერთადერთ ფორმად მენარმეობის კანონმდებლობით განსაზღვრული ე.წ. „კორპორატიული მმართველობის“ მექანიზმები რჩება.

სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო დანესებულებები 1995 წლიდან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან პირდაპირი დაფინანსების ნაცვლად სახსრებს იღებენ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში მონაწილეობით, გადამხდელთან გაფორმებული შესაბამისი ხელშეკრულების საფუძველზე.

პოსტ-საბჭოთა სივრცეში პირველად⁹ მოხდა სახელმწიფო სექტორში მომსახურების მიწოდებისა და დაფინანსების ფუნქციების გამიჯვნა. მთავრობა პირდაპირი (სამეურნეო) მართვის ნაცვ-

7 საქართველოს კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ“ საქართველოს რესპუბლიკის კანონში ცვლილებების შეტანის თაობაზე“, 1997 წლის 28 მაისი. №737–III.

8 სინამდვილეში მოხდა „შელამაზება“ - რეალური მიზნობრივი გადასახადი გაფორმდა სადაზღვევო შენატანად.

9 საერთაშორისო ლიტერატურაში დამკვიდრებულია აზრი, რომ პოსტ-საბჭოთა სივრცეში რადიკალური რეფორმები ყირგიზეთში დაიწყო. სინამდვილეში ყირგიზეთში საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ანალოგი ორი წლის დაგვიანებით, 1997 წელს შეიქმნა, ხოლო საქართველოსგან განსხვავებით ყირგიზეთში სახელმწიფომ შეინარჩუნა საკუთრებაში მყოფი სამედიცინო დანესებულებების პირდაპირი მართვა (European Observatory on Health Care System, 2000).

ლად იფარგლება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პოლიტიკის განსაზღვრით და მისი დანერგვისათვის¹⁰ იყენებს დაფინანსებისა და რეგულირების მექანიზმს (The World Bank, 2002).

დაფინანსების თვალსაზრისით სახელმწიფო ხარჯები მიემატება გაზომვად შედეგს. სახელმწიფო პირველად აფიქსირებს თავისი ვალდებულებების მოცულობის დაბალანსების აუცილებლობას არსებულ რესურსებთან.

1997 წელს საქართველოს კანონით „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ საჯარო პოლიტიკის სივრცეში დამკვიდრდა სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განმარტება და განისაზღვრა მისი ფორმები: სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. დაფუძნდა სახელმწიფო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და 1995 წელს შემოღებული სამედიცინო გადასახადი (3+1%) გადაიქცა სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესატანად¹¹. ზემოაღნიშნული კანონი და აგრეთვე „საქართველოს კანონი დაზღვევის შესახებ“ არეგულირებდა სადაზღვევო საქმიანობას ჯანდაცვის სფეროში. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია (სახელწოდების მიუხედავად), თავისი არსით, არ აწარმოებდა სადაზღვევო საქმიანობას და წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებისათვის აუცილებელი ფინანსური სახსრების კოლექტორსა¹² და მხარჯველს.

სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების ანაზღაურების საფუძველია ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით განსაზღვრული ტარიფები, რომელიც ითვლება სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო სტანდარტების მიხედვით. სტანდარტები მოიცავს ყველა იმ შემთხვევას (დაავადებებს, ანუ ნოზოლოგიებს), რომელსაც ფარავს სახელმწიფო პროგრამები და განსაზღვრავს დიაგნოზით მიხედვით ჩარევების (დიაგნოსტიკური თუ სამკურნალო ინტერვენციების) მოცულობასა და ღირებულებას. სახელმწიფო სტანდარტები წარმოადგენდა არა მხოლოდ მომსახურების დაფინანსების გათვლისა და ანაზღაურების საფუძველს, არამედ სამედიცინო საქმიანობის მონესრიგების პირველ მცდელობას (დღევანდელი „გაიდლაინებისა“ და „პროტოკოლების“ წინამორბედს). 1997 წლიდან სახელმწიფო ცვლის (ამარტივებს) დაფინანსების მექანიზმს და ნერგავს გლობალური ბიუჯეტი-თა¹³ და ლიმიტირებული პერიდიემის (სანოლ-დღეებით დაფინანსება) მეთოდებით დაფინანსებას¹⁴. სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები თანდათანობით იძენს სარეკომენდაციო ხასიათს (2002 წელს განისაზღვრა სამედიცინო სტანდარტების ზედა ზღვრული ტარიფები). საქართველომ დროის

10 საგულისხმოა, რომ არც მაშინ და არც მოგვიანებით მგავსი ნაბიჯები არ გადადგმულა საჯარო პოლიტიკის სხვა მსგავს სფეროში, მაგალითად, განათლებაში.

11 საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, 1997 წლის 18 აპრილი. №660–III

12 სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლებში სულ უფრო მეტი ხვედრითი წილი მოდიოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტრანსფერებზე, რადგან 3+1 სავალდებულო სადაზღვევო შენატანი არ იყო საკმარისი ვალდებულებების დასაფინანსებლად.

13 სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსების ფორმა, რომელიც გულისხმობს დანახარჯების ზედა ზღვრის (ლიმიტის) არსებობას. დაწესებულების ანაზღაურება ხდება ერთიანი ბიუჯეტის სახით, რომელიც ითვლება სხვადასხვა მიდგომით (მაგ. ისტორიული, სულადობრივი ან ნორმატიული). გლობალური ბიუჯეტი უპირატესად საავადმყოფოების დასაფინანსებლად გამოიყენება (Dredge, 2004)

14 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №158 (1997 წლის 30 მარტი ქ. თბილისი) საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ეკონომიკური მექანიზმების სრულყოფის შესახებ

მოკლე მონაკვეთში დანერგა და გამოსცადა ჯანდაცვის დაფინანსების პრაქტიკულად ყველა მექანიზმი (Gzirishvili, et al., 1997).

დაფინანსების მექანიზმის შეცვლის პარალელურად სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის. ადგილობრივი ხელისუფლება ადგილობრივი ჯანდაცვის ფონდებში ე.წ. ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად ერთ სულზე არანაკლებ 2 აშშ დოლარისა რიცხავდა. პროგრამების აუცილებელ მინიმალურ მოცულობას კი ცენტრალური ხელისუფლება ადგენდა. განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მმართველობის დეცენტრალიზაცია და ცენტრალური მმართველობის უფლებები ადგილობრივ ორგანოებს გადაეცა (მაგალითად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების შექმნა ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან) (Gzirishvili, et al., 1997).

საბოლოო ჯამში, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები ნაწილდებოდა და იხარჯებოდა სამი ფინანსური აგენტის – სახელმწიფო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის, ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური ფონდებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ (The World Bank, 2002). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი აფინანსებდა ან უშუალოდ ახორციელებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთ პროგრამებს, როგორც იყო მოსახლეობის იმუნიზაცია ან ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა. 2001 წლიდან კი დაიწყო სოფლისა და მაღალმთიანი რაიონების სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება.

სახელმწიფო სტანდარტების პარალელურად სამედიცინო დაწესებულებებიც განსაზღვრავდნენ მომსახურების ე.წ. შიდა ტარიფებს, რის საფუძველზეც მომხმარებელს ახდევინებდნენ განუყოფელი სამედიცინო მომსახურების საფასურს (თუ ეს მომსახურება არ იფარებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით). სამედიცინო დაწესებულები საკუთარი შეხედულებისამებრ განკარგავდნენ მომსახურებაზე სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ და მომხმარებლისგან თანადაფინანსებით მიღებულ შემოსავლებს.

სახელმწიფომ დაიწყო სამედიცინო ბაზრის რეგულირება, როგორც სამედიცინო მომსახურების განვითარების, ისე სამკურნალწამლო საშუალებების ბრუნვის სფეროში (საქართველოს ახალგაზრდა ეკონომისტთა ასოციაცია, 2003).

კანონმდებლობით განისაზღვრა სამედიცინო დაწესებულების ცნება. ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მქონე ნებისმიერ იურიდიულ პირს შესაბამისი ლიცენზიის მიღების შემდეგ შეეძლო სამედიცინო საქმიანობა. სამედიცინო საქმიანობაზე დაწესდა გარკვეული საგადასახადო შეღავათები (მაგ. სამედიცინო მომსახურება არ იბეგრებოდა დამატებითი ღირებულების გადასახადით). მოგვიანებით, 2003 წელს, სამედიცინო დაწესებულებები განთავისუფლდნენ ყველა ძირითადი (მათ შორის ქონების და მოგების) გადასახადისაგან (გამყრელიძე, 2004).

1990 წელს 100 000 მოსახლეზე საქართველოში 492 ექიმი იყო (საბჭოთა კავშირში საშუალო მაჩვენებელი იყო 390, ევროკავშირში – 310). 1997 წელს ერთ ექიმზე საშუალოდ ერთი ექთანი მოდიოდა

(შედარებისთვის: დიდ ბრიტანეთში ერთ ექიმზე 7 ექთანი, გერმანიაში – 2,74 ექთანი). 1995 წლიდან სამედიცინო პერსონალი აღარ იღებდა ანაზღაურებას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, მათი დასაქმება და შრომითი ანაზღაურება სამედიცინო დაწესებულებასთან გაფორმებული ხელშეკრულებით განისაზღვრებოდა. სახელმწიფო იმედოვნებდა, რომ პროფესიული კადრების ოპტიმიზაცია (სიჭარბე და არათანაბარი გადანაწილება გეოგრაფიულ ჭრილში ან ჯანდაცვის სისტემის დონეების მიხედვით), მთავრობის ჩაურევლად, ბაზრის ძალებით მოხდებოდა (Gamkrelidze, et al., 2002).

ილუსტრაცია 2: საქართველოში (1990) ჯანდაცვის რესურსების შედარება სხვი ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან

	ექიმები 1000 მოსახლეზე	საავადმყოფოს საწოლთა ფონდი 1000 მოსახლეზე
საქართველო	4,9	9,7
ევროკავშირი	3,1	8,5
ცენტრალური და აღმოსავლეთი ევროპა	2,4	8,0
თანამეგობრობის ქვეყნები	3,9	13,3

წყარო: (Bennett & Gzirishvili, 2000)

50 კერძო უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის გახსნის შედეგად წელიწადში დაახლოებით 3 ათასი ექიმი იღებდა დიპლომს (როცა საჭიროება 300-ს არ აღემატებოდა). ამდენად, 1995 წლიდან მკვეთრად გაიზარდა საკადრო რესურსების შედინება ჯანდაცვის ბაზარზე. 90-იანი წლების მეორე ნახევარში სახელმწიფომ თვისობრივად შეცვალა სამედიცინო განათლების სისტემა: შემოიღო ერთიანი სახელმწიფო სამედიცინო გამოცდები, შექმნა სამედიცინო მომსახურების დარგობრივი კლასიფიკატორი¹⁵, შეიმუშავა სპეციალობების ნუსხა¹⁶ და ექიმების სერტიფიცირებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა¹⁷ (Chanturidze, et al., 2009), დანერგა სპეციალისტების ხანგრძლივადიანი მზადება რეზიდენტურაში (შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამებით) და უწყვეტი სამედიცინო განათლებისათვის მოკლევადიანი ციკლებისა და პროგრამების სახელმწიფო აკრედიტაცია (გამყრელიძე, 2004). სისტემის რეფორმის შედეგად საწყის ეტაპზე შემცირდა ექიმების რაოდენობა (1 ექიმი 252 მოსახლეზე). სერტიფიცირების გამოცდის წარმატებით გავლა (მეან-გინეკოლოგიის, ზოგადი პრაქტიკის და ეპიდემიოლოგიის სპეციალობებში) მხოლოდ 51%-მა შესძლო (Gotsadze, et al., 1999). 2005 წლიდან ექიმისათვის, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, უწყვეტ პროფესიულ განვითარებაში მონაწილეობა არის ნებაყოფლობითი (თალაკვაძე, et al., 2011).

პროფესიული განათლების სისტემის შეცვლით შეიქმნა ჯანდაცვის ბაზარზე კადრების მიწოდების სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური

15 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №13, 2000 წლის 3 ოქტომბერი
 16 საბოლოოდ აისახა კანონმდებლობაში 2001 საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ მიღების შემდეგ
 17 უწყვეტი პროფესიული განვითარება, საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ თანახმად, მოიცავს ოთხ კომპონენტს: უწყვეტი სამედიცინო განათლება, უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა, პროფესიული რეაბილიტაცია და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება

დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავდა რეზიდენტურის ადგილების რაოდენობას სპეციალობების მიხედვით და აფინანსებდა მათ, თუმცა, 2005 წლიდან შეწყდა რეზიდენტურის დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან (Chanturidze, et al., 2009).

1996 წლიდან რეალურად დაიწყო სამედიცინო დაწესებულების (აფთიაქების, ამბულატორიების, პოლიკლინიკებისა და საავადმყოფოების) პრივატიზაცია¹⁸. 1996-1997 წლებში გაიყიდა დაახლოებით 400 დაწესებულება, ძირითადად აფთიაქები და სტომატოლოგიური კლინიკები (Gamkrelidze, et al., 2002) და შემოსავალმა 2.1 მილიონი ლარი შეადგინა.

1994 წლისათვის დაახლოებით 25 ათასი სანოლით ფუნქციონირებდა 287 საავადმყოფო (რაც 1,000 მოსახლეზე საშუალოდ 4.5 სანოლს შეადგენდა), რომელთა დატვირთვის მაჩვენებელი საშუალოდ 28% შეადგენდა, აქედან 100-ზე მეტ საავადმყოფოში ეს მაჩვენებელი 10%-ს არ სცდებოდა. საშუალო დაყოვნების მაჩვენებელი 10.5 დღე იყო და ერთ სანოლს საშუალოდ ერთნახევარი ექიმი ემსახურებოდა (The World Bank, 2007). საავადმყოფოების სახელმწიფო დაფინანსება მხოლოდ სრული ფინანსური საჭიროებების ერთი მესამედის დაკმაყოფილებას ყოფნიდა.

ერთ სულ მოსახლეზე ჯანმრთელობის დაცვისათვის განეული მთლიანი დანახარჯები (PPP\$) გაორმაგდა და თუ 1995 წელს საშუალოდ 107 PPP\$ იყო, 2003 წელს უკვე 237 PPP\$ შეადგინა.

1996 წელს, 1994 წელთან შედარებით ჯანდაცვაზე დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტში 3.5-ჯერ გაიზარდა (4.4%), მაგრამ 2003 წლის ჩათვლით რეალურად 6%-ს ვერ ასცდა (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2003).

ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 1996 წელს (11.6% წინა წლის 4.9%-თან შედარებით) მკვეთრად მატულობს, მაგრამ 2003 წლის ჩათვლით 18% არ აღემატება. 1994 წელთან შედარებით სახელმწიფო ხარჯები 20-ჯერ გაიზარდა და 2004 წელს ერთ სულ მოსახლეზე 33 ლარი შეადგინა, რაც 10-15 ჯერ ნაკლები იყო ქვეყნის დამოუკიდებლობამდე არსებულ მაჩვენებელზე (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2003).

1998 წელს ექიმის საშუალო წლიური შემოსავალი (ფორმალური) 573 ლარს შეადგენდა მაშინ, როცა საარსებო მინიმუმი ერთ სულზე 1 080 ლარი იყო.

სახელმწიფომ ჩაატარა საავადმყოფოების ინფრასტრუქტურის დეტალური შეფასება, რომლის თანახმადაც შენობების 90% არ იყო უსაფრთხო, სამედიცინო აღჭურვილობის 80%-ზე მეტი მოძველებული იყო და შეცვლას საჭიროებდა. საავადმყოფოების მინიმალურ სტანდარტამდე რეაბილიტაციას დაახლოებით 100 მილიონი აშშ დოლარი, ხოლო სრულ განახლებამდე – 200 მილიონ აშშ დოლარზე მეტი ესაჭიროებოდა მაშინ, როცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტი წელიწადში 35 მილიონ აშშ დოლარს არ აღემატებოდა, ხოლო ქვეყნის მთლიანი ბიუჯეტი დაახლოებით 600 მილიონი აშშ დოლარს შეადგენდა.

18 თუმცა მთავრობამ ბევრად ადრე მიიღო ნორმატიული აქტი სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის შესახებ: მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №728 1994 წლის 10 ოქტომბერი

ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაციისთვის სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებდა საწოლთა ფონდის მკვეთრ შემცირებას (მაგალითად, თბილისში 12 ათასის ნაცვლად 3 600 საწოლის დატოვებას), ზედმეტი აქტივების გაყიდვას და მიღებული შემოსავლით (პროგნოზი შეადგენდა 56 მილიონ აშშ\$-ს) დარჩენილი საავადმყოფოების სრულ რეაბილიტაციას. 2000 წელს იქმნება საქართველოს საავადმყოფოთა რესტრუქტურის ფონდი, სადაც გროვდება აქტივების გაყიდვითა და იჯარიდან შემოსული თანხები, რომელიც შემდგომ პრიორიტეტული დაწესებულებების რეაბილიტაციას ხმარდება. მოგვიანებით სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტთან ერთად ფონდი შეერწყა საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელ ცენტრს (2006 წელს).

საავადმყოფოების დაფინანსების ამ პერიოდში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ საავადმყოფოების ოპტიმიზაციის შემთხვევაში (საწოლთა რაოდენობის განახევრებისა და პერსონალის 45% დათხოვნის პირობებში) თუ მომსახურების ფასი (ტარიფები) სრულად ასახავდა მომსახურების რეალურ თვითღირებულებას ჰოსპიტალური მომსახურების დანახარჯები 2.5-ჯერ გაიზარდებოდა (Zoidze, et al., 1999).

წინა პერიოდთან შედარებით მკვეთრად შემცირდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებით სარგებლობა: თუ 1990 წელს ექიმთან ვიზიტი საშუალოდ ერთ მოსახლეზე 8 იყო, 1999 წლისთვის უკვე 2,6-ს შეადგენდა და 2003 წლამდე 1,8 ვიზიტის ნიშნულს არ აცდენია.

იმავ პერიოდში დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები იწყებს კლებას: დედათა სიკვდილობა მაქსიმუმს 1997 წელს (70.1) აღწევს და 2002 წლისთვის 45.06-მდე მცირდება, ხოლო ბავშვთა სიკვდილიანობა 28-დან 23 მაჩვენებლებს შორის მერყეობს.

ბავშვთა ონკოპათოლოგიის სახელმწიფო პროგრამით ამ კონტინგენტში სიკვდილობა 1994 წელს 80%-მდე, ხოლო 2002 წელს 20%-ით შემცირდა. გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლის თვალსაზრისით ლიკვიდირებულ იქნა პოლიომიელიტი და თავიდან იქნა აცილებული დიფტერიისა და ამებიოზის ფართომასშტაბიანი ეპიდემია (გამყრელიძე, 2004).

ჯანდაცვის სექტორისათვის სახსრების მობილიზებასა და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების სრულად დაფინანსებასთან დაკავშირებით მუდმივი სირთულეებისა გამო (მაგ. 1997-2000 წლებში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულება საშუალოდ 50%-ს შეადგენდა, (The World Bank, 2002)) სახელმწიფო ცდილობს შეცვალოს დაფინანსების სქემები და გაამკაცროს აღსრულებით დისციპლინა მმართველობით სფეროში. 2001 წელს ხელისუფლება ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბის შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის 2001-2003 წლების საშუალოვადიან სახელმწიფო პროგრამას¹⁹.

19 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №69 2001 წლის 23 თებერვალი

1997 წელს ჯანმრთელობის დაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 40% სტაციონარულ და 31% – ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოდიოდა და მხოლოდ 27% იხარჯებოდა მედიკამენტებზე (Gamkrelidze, et al., 2002).

ქალაქ თბილისში ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევების თანახმად, 2000 წელს მომხმარებლის ჯიბიდან ჯანდაცვაზე განუხლები ხარჯებმა 132 მილიონ ლარი შეადგინა, და აქედან ნახევარი მედიკამენტების შესყიდვაზე დაიხარჯა (The World Bank, 2002). ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ხარჯები საშუალოდ შინამეურნეობების ბიუჯეტის 17%-ს შეადგენდა, ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო მაღალი – 23% იყო ულარიბეს კვინტილში. ავადმყოფების 11% არ მიმართავდა ექიმს (ძირითად ლარიბები) და 60% ძირითადად ფინანსური შეჭირვების გამო თვითმკურნალობას ეწეოდა (თუმცა გარკვეულ როლს თამაშობდა ჯანმრთელობის პრობლემის სუბიექტური აღქმა ან ასაკი). მათ შორის, ვინც ავად გახდომისას სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობდა, მხოლოდ 52% მიმართავდა სპეციალისტს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის გვერდის ავლით. უბნის ექიმების მომსახურებათა შორის ჭარბობდა პედიატრიული მომსახურება. ჯანმრთელობის გაუარესების შემთხვევაში განსაკუთრებით ხშირი იყო სასწრაფო დახმარებისთვის მიმართვა (მაგალითად, ლარიბთა 21%, ამბულატორიაში ექიმისთვის მიმართვის ნაცვლად, პირველ რიგში სასწრაფო დახმარებას იძახებდა). სპეციალისტების დასკვნით, ეს სურათი მიუთითებდა ჯანდაცვის პირველადი სისტემის სისუსტესა (Gotsadze, et al., 2006) და იმ ფაქტზე, რომ სახელმწიფოს მიერ რეფორმის პროცესში დანერგილმა და დაფინანსებულმა ბაზისური მომსახურების პაკეტმა ვერ შეძლო სამედიცინო მომსახურების ოპტიმიზაცია (The World Bank, 2002).

მსოფლიო ბანკმა და საქართველოს მთავრობამ ჯანდაცვის სისტემის წინაშე მდგარი გამოწვევები 2002 წელს შემდეგნაირად შეაჯამა:

- ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობა (დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებელი, რთული მდგომარეობა გადამდები (მაგ. ტუბერკულოზი) და არაგადამდები დაავადებების (გულსისხლძარღვთა და ონკოლოგიური) მხრივ;
- ხელმისაწვდომობის პრობლემა ხარისხიან და აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე;
- სახელმწიფოს მიერ ფინანსური რესურსების მობილიზების სისუსტე და საერთო დანახარჯებში დაბალი ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე;
- სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებთან სახელშეკრულებო ურთიერთობების გაუმართაობა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში;
- ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის, და კერძოდ სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლების დანაწევრება და სიმძლავრეების არაოპტიმალური გადანაწილება (გეოგრაფიული თუ სამედიცინო დახმარების დონეების მიხედვით).

საქართველოს მთავრობამ მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით შეიმუშავა და დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, რომელიც თავდაპირველად ითვალისწინებდა პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებისა და რეფერალური ლაბორატორიების შექმნას, სოფლად და მაღალმთიან ადგილებში პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებიდან პაციენტების მიმართვიანობის მექანიზმების შემუშავებას (დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ფარგლებში), ჯანდაცვის სისტემის ინსტიტუციურ განვითარებას (პირველადი ჯანდაცვის სფეროში სანვრთნელი სიმძლავრეების შექმნა, პირველადი ჯანდაცვის მართვის შესაძლებლობების გაძლიერება, ჯანდაცვის მართვის ინფორმაციული სისტემების გაძლიერება, პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის ხელშეწყობა). მთავრობის ამ ძალისხმევას მხარი დაუჭირეს სხვა დონორებმაც (აშშ განვითარების სააგენტო, ევროკომისია, DfID, სხვა) და 2002-2005 წლებში სერიოზული ინვესტიციები განხორციელდა როგორც საკადრო რესურსებში, ისე ფიზიკურ ინფრასტრუქტურაში.

1995-2003 წლებში, იმ პერიოდის სახელმწიფო პოლიტიკის გათვალისწინებით, შეიქმნა მნიშვნელოვანი საკანონმდებლო ბაზა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. მომდევნო წლებში განახლდა რამდენიმე კანონი (მაგ. 2006 წელს – საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, 2007 წელს – საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ, 2009 წელს – საქართველოს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ), თუმცა კანონმდებლობაში მაინც დარჩა სხვადასხვა ხარისხის ხარვეზი. მათი ერთი ნაწილი სისტემის კონცეპტუალური მთლიანობის ხელახალ გააზრებას ან საკვანძო საკითხებზე შეთანხმებას საჭიროებს, ხოლო მეორე ნაწილი კი ტექნიკურ თუ სამართლებრივ ხარვეზად მიიჩნევა (თალაკვაძე, et al., 2011).

ნერგავს რა საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებს²⁰, რომელთა ტექნიკური საკითხების დამუშავება რეალურად 2002-2003 წლებში დაიწყო, 2006 წელს მთავრობა მნიშვნელოვან ნაბიჯს დგამს საჯარო პოლიტიკისა და მართვის თვალსაზრისით²¹

2007 წლიდან სახელმწიფო იწყებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ჯანმრთელობის დაზღვევის მექანიზმით, რაც პრინციპულია ორი ნიშნით:

- მოსახლეობის ყველა ფენისათვის გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ნაცვლად სახელმწიფო ეტაპობრივად მიმართავს ფინანსურ სახსრებს ყველაზე გაჭირვებული ფენების სამედიცინო მომსახურებით მოცვაზე, ანუ უნივერსალურობის პრინციპი იცვლება შერჩევითობით („სელექტივიზმით“);
- სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ნაცვლად სახელმწიფო სახსრები ხმარდება პირველადი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვას ბაზარზე, კერძოდ, სამედიცინო დაწესებულებისათვის მომსახურების ანაზღაურების ნაცვლად, უხდის რა სადაზღვევო კომპანიებს სტანდარტულ სადაზღვევო შენატანს (პრემიას), სახელმწიფო ყიდულობს მათგან სადაზღვევო პროდუქტს.

20 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №11 2006 წლის 18 იანვარი

21 ობიექტურობის თვალსაზრისით უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ხელსაწყო და მისი პროდუქტის გადანყვეტილების მიღების პროცესში გამოყენების ფაქტები არ მოიპოვება

თავდაპირველად სიახლე დაინერგა თბილისსა და იმერეთში. ამ რეგიონებში ბენეფიციარებს (სოციალური სუბსიდიების სააგენტოს მიერ წარმოებულ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ 2007 წლის 1 ივლისამდე დარეგისტრირებულ საქართველოს მოქალაქეებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა ტოლი ან ნაკლები იყო 70 000-ზე) გადაეცათ სადაზღვევო ვაუჩერი („მიმოქცევადი ფინანსური ინსტრუმენტი“) და შეეძლოთ აერჩიათ მზღვეველი – ლიცენზირებული სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელიც წერილობით დაადასტურებდა თანხმობას სადაზღვევო ვაუჩერის სანაცლოდ მთავრობის მიერ დადგენილი პირობებით სადაზღვევო პოლისის გაცემაზე²².

2008 წლიდან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვა გავრცელდა საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე²³. დაზღვევა განხორციელდა ვაუჩერის მექანიზმით, ამ შემთხვევაშიც ბენეფიციარებს მზღვეველის თავისუფალი არჩევანის საშუალებას მიეცათ. წლიური სადაზღვევო პრემია განისაზღვრა საშუალოდ 132,12 ლარის ოდენობით (0-64 წლის დაზღვეულთათვის თვეში 9,24 ლარის ოდენობით, ხოლო 65 და მეტი ასაკის დაზღვეულთათვის – 15,01 ლარის ოდენობით).

2008 წლის ბოლოსათვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს; მზღვეველების ზარალის წმინდა კოეფიციენტმა 76,6%, ხოლო კომბინირებულმა კოეფიციენტმა²⁴ - 96% შეადგინა (ჯადუგიშვილი, 2010).

2009 წელს დაზღვევამ მოიცვა არა მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, არამედ იძულებით გადაადგილებული ოჯახები, რუსეთის ფედერაციის მიერ საქართველოს ტერიტორიების ოკუპაციის შედეგად დევნილი ოჯახები და ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებები, ბავშვები მცირე ტიპის საოჯახო სახლებსა და სკოლა-პანსიონებში. ამ შემთხვევაში წლიური სადაზღვევო პრემია საშუალოდ 180 ლარის ოდენობით²⁵ განისაზღვრა.

ინყებს რა „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის“, „სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევის“, „კომპაქტურ დასახლებებში მყოფ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დაზღვევის“ და „მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევის“ პროგრამების²⁶ პროგრამების განხორციელებას, 2010 წლიდან სახელმწიფო აფართოებს ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსარგებლეთა კონტინგენტს; სადაზღვევო პრემიას განსაზღვრავს საშუალოდ 180 ლარის ოდენობით (0-64 წლის დაზღვეულთათვის თვეში 12,93 ლარის, ხოლო 65 და მეტი ასაკის დაზღვეულთათვის – 21,43 ლარის ოდენობით).

22 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №166 2007 წლის 31 ივლისი

23 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №92 2008 წლის 8 აპრილი

24 ზარალიანობის წმინდა კოეფიციენტი გულისხმობს მხოლოდ ზარალების (გადახდილის, დაურეგულირებულისა და განუცხადებელის ჯამს) თანაფარდობას გამომუშავებულ პრემიასთან, მაშინ როცა კომბინირებული კოეფიციენტი ზარალების გარდა ითვალისწინებს ადმინისტრაციულ და აკვიზიციურ ხარჯებს. ამდენად, კომბინირებული კოეფიციენტი უფრო სრულად ასახავს, თუ რამდენად მიმზიდველი (გამართლებული) იყო კომერციული თვალსაზრისით კონკრეტული სადაზღვევო პროდუქტი.

25 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №32 2009 წლის 19 თებერვალი

26 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №218 2009 წლის 9 დეკემბერი

ოთხი თვის შემდეგ, 2010 წლის აპრილში, მთავრობა ცვლის ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობებს²⁷: ვაუჩერების ნაცვლად სადაზღვევო ორგანიზაციები კონკურსის საფუძველზე ინაწილებენ სადაზღვევო კონტინგენტს 26 „სამედიცინო“ რეგიონში, ანუ ბენეფიციარებს ეზღუდება მზღვეველის არჩევის თავისუფლება 3 წლის ვადით; წლიური სადაზღვევო პრემიის მაქსიმალური ოდენობა 180 ლარიდან 144 ლარამდე შემცირდა, თუმცა სადაზღვევო პაკეტში გაჩნდა ახალი კომპონენტი: პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის (50 ლარის) ფარგლებში სამკურნალო საშუალებების ხარჯების 50%-ის თანაგადახდა. ყველაზე მთავარი სიახლე კი ის იყო, რომ სადაზღვევო ორგანიზაციებს თავიანთ სადაზღვევო რეგიონებში (უბნებში) განსაზღვრულ ვადაში, კერძოდ 2011 წლის ბოლომდე უნდა განეახლებინათ აქმენებინათ და ამოქმედებინათ საავადმყოფოები.

სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცულთა რაოდენობამ 2010 წელს 888368 ბენეფიციარი შეადგინა (ჯადაუგიშვილი, 2010), რომლის ძირითად კონტინგენტს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა (იხ. ილუსტრაცია 3 ქვემოთ) წარმოადგენდა.

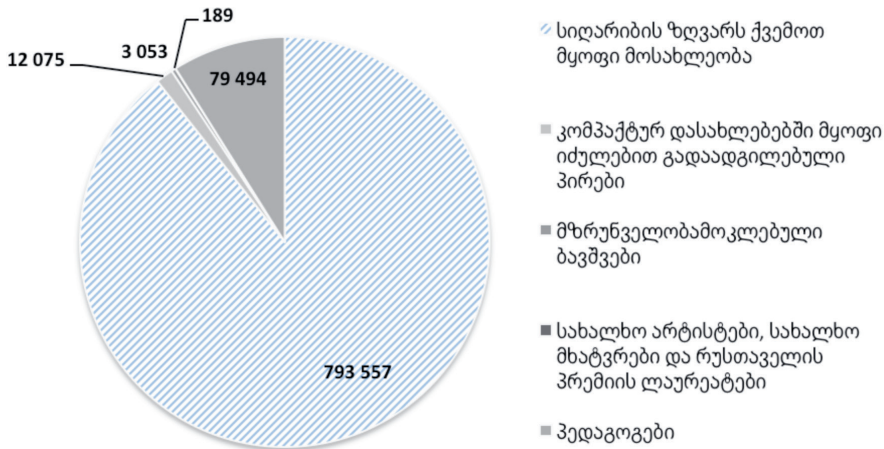
2009 წელს მთავრობამ შეიმუშავა ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანიც შემდეგნაირად იქნა ფორმულირებული: „ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევაში მოსახლეობის ინტეგრაციით, რომელიც სახელმწიფოსა და მოქალაქის თანამონაწილეობაზეა დაფუძნებული, გაზარდოს საქართველოს მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა“²⁸. პროგრამაში მონაწილეობა შეეძლო საქართველოს 3-65 ასაკის მოქალაქეებსა თუ რეზიდენტებს, გარდა სახელმწიფო, ადგილობრივი ან/და ავტონომიური ერთეულის ბიუჯეტის სახსრებით უკვე დაზღვეული მოქალაქეებისა. სადაზღვევო პრემია შედგებოდა „სახელმწიფოს წილისა (სადაზღვევო ვაუჩერის ღირებულება) და დამზღვევის წილისაგან“²⁹; სადაზღვევო ბაზისური წლიური პრემია 60 ლარი იყო, აქედან 40,2 ლარს ფარავდა სახელმწიფო. დაზღვეულს ეძლეოდა საშუალება, აერჩია უფრო ძვირი სადაზღვევო პროდუქტი საკუთარი ხარჯით. ბაზისური დაზღვევა ითვალისწინებდა წელიწადში 8,000 ლარის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელ სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას. მთავრობის მოლოდინი იყო, რომ ამ პროგრამით 300-500 ათასი პიროვნება ისარგებლებდა. საბოლოოდ პროდუქტი მხოლოდ 122 ათასმა პირმა შეიძინა (ჯადაუგიშვილი, 2010).

27 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №110 2010 წლის 10 აპრილი

28 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №33 2009 წლის 26 თებერვალი

29 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №53 2009 წლის 19 მარტი.

ილუსტრაცია 3: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები – 2010 წლის მონაცემები



2010 წლის მდგომარეობით საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 2/3-ს არ გააჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევა და უხდებოდა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯების საკუთარი ჯიბიდან ანაზღაურება, რაც წელიწადში საშუალოდ 324 ლარს შეადგენდა. აქედან 194 ლარი, ანუ 60% სამკურნალწამლო საშუალებებს ხმარდებოდა, რაც 10 პუნქტით მაღალია 2007 წლის ანალოგიურ მონაცემთან – 50% (203 და 105 ლარი შესაბამისად).

ამდენად, 2004-2010 წლებში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მნიშვნელოვნად გაიზარდა: 2003 წლის მაჩვენებელთან შედარებით (237 PPP\$) 2008 წელს ერთ სულზე დანახარჯი 432 PPP\$ იყო. ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯების ზრდის ტემპმა გაუსწრო მშპ-ს და თუ 2003 წელს მშპ-ს 8.5%-ს იყო, 2009 წელს უკვე 10.1% შეადგინა. სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის დაფინანსების გაზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯებში სახელმწიფოს ხვედრითი წილი 25%-ს ვერ ასცდა, სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხვედრითი წილი 2002-2003 წელთან შედარებით მცირდება და 6-7%-ის ფარგლებში მერყეობს, ხოლო მშპ-ში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 1,8%-ს არ აღემატება.

„დაზღვევის პროგრამების განვითარებასთან ერთად 2008 წლიდან ამოქმედდა და წარმატებით ფუნქციონირებდა ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური – არაკომერციული, არასამთავრობო და მიუკერძოებელი ორგანო, რომლის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა დახმარებოდა სადაზღვევო ურთიერთობის სუბიექტებს დავების არასასამართლო გზით მოგვარებაში“ (ჯადუგიშვილი, 2010).

მინისტრთა კაბინეტის №389 დადგენილებით 1995 წელს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის პარალელურად, შეიქმნა სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმების დეპარტამენტი (Gamkrelidze, et al., 2002). 2001 წლიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ცენტრალური ინსპექცია და სახელმწიფო საზღვრის გამტარ პუნქტებზე სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ინსპექცია ფუნქციონირებენ სამინისტროს გამგებლობაში მყოფი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულების სტატუსით³⁰. 2004 წელს საქართველოს მთავრობამ მოახდინა სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურის ცენტრალიზაცია და შექმნა საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ინსპექცია³¹. აღნიშნული ორგანო სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სფეროში მეთოდურ ხელმძღვანელობასა და ზედამხედველობას უწევდა საქალაქო, რაიონული სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის დაწესებულებებს, რომელთაც შექმნეს ქვეყნის სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ერთიანი ფუნქციური სისტემა. ინსპექციის კომპეტენციაში შედიოდა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოს ფაქტორების უარყოფითი გავლენის სანიტარიული ზედამხედველობა. 2006 წლიდან სანიტარიული ზედამხედველობის ინსპექცია უქმდება³² და მისი ფუნქციების ნაწილი გადაეცემა სახელმწიფო მართვის შესაბამის სტრუქტურებს.

ჰოსპიტალური სექტორის ინფრასტრუქტურის განახლების მიზნით, 2007 წელს საქართველოს მთავრობა იწყებს სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის ახალ ტალღას³³. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის (საზოგადოებისათვის „100 საავადმყოფოს გეგმის“ სახელით ცნობილი) მიზანს წარმოადგენდა, ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრეების განვითარება და ხელმისაწვდომობა ხარისხიან ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებაზე. მთავრობამ გააძლიერა, გაეყიდა სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ჰოსპიტალური სექტორის აქტივების ნაწილი მაგრამ, თანხის სანაცვლოდ მიეღო მის მიერ დადგენილი გეოგრაფიული განაწილების, სიმძლავრეებისა და მინიმალური სტანდარტების შესაბამისი ახალი საავადმყოფოები. ინვესტორს მოეთხოვებოდა მდგრადი განვითარებისა და ეკონომიკის სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულებით დადგენილ ვადებში აეშენებინა და გაემართა ახალი საავადმყოფო, რის შემდეგაც ეძლეოდა შესყიდული აქტივების სრული განკარგვის უფლება, მაგრამ 7 წლით რჩებოდა ახლადაშენებული საავადმყოფოს ფუნქციონირების ვალდებულება. მთავრობის ჩანაფიქრით, 2007 წელს არსებული 14 600 სანოლის ნაცვლად 2010 წლისთვის 7 800 სანოლი დარჩებოდა, აქედან 1 860 სახელმწიფო სექტორში, დანარჩენი კი (76%) კერძო საკუთრებაში იქნებოდა. ნავარაუდები იყო, რომ ინვესტორები გასაყიდად გამოტანილი 11 705 სანოლის ნაცვლად შექმნიდნენ 4 905 სანოლს (იხ. ილუსტრაცია 15, გვ. 73). 2010 წლის მდგომარეობით გაყიდული იყო 5 660 სანოლი 2 245 სანოლის სანაცვლოდ, ხოლო მეორე ნახევარის ბედი გაურკვეველი იყო. საგულისხმოა, რომ ინვესტორთა დიდი ნაწილი ე.წ.

30 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №411, „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“, 2001 წლის 17 ოქტომბერი, ქ. თბილისი

31 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №172 2004 წლის 22 ივლისი

32 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №178 2006 წლის 28 ივნისი

33 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №11, 2007 წლის 26 იანვარი

„დეველოპერული“ კომპანიები იყვნენ, რომელთა მთავარი ბიზნეს-ინტერესი იყო მათზე გადაცემული აქტივების რეალიზაციით შემოსავლის მიღება და მათ წარმატებას კი განაპირობებდა უძრავი ქონების ბაზრის მდგომარეობას და კაპიტალზე ხელმისაწვდომობა.

2010 წელს მთავრობამ გადაწყვიტა კორექტივები შეეტანა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალურ გეგმაში³⁴ და სადაზღვევო ორგანიზაციებს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განუსაზღვრა ახალი საავადმყოფოების აშენება 2011 წლის ბოლომდე³⁵. ახალი მიდგომით თავდაპირველად დაგეგმილი 7 800 საწოლის განაწილება საკუთრების ფორმის მიხედვით შემდეგნაირად გამოიყურება (იხ. ილუსტრაცია 16, გვ. 74): სახელმწიფო საკუთრებაში რჩება საწოლთა ფონდის 36%, ახლად აშენებული საავადმყოფოების საერთო სიმძლავრის (3 320 საწოლი) 43% (ანუ 1 115 საწოლი) სადაზღვევო ორგანიზაციების მიერ, დანარჩენი 2 205 საწოლი კი მდგრადი განვითარებისა და ეკონომიკის სამინისტროსთან ხელშეკრულების თანახმად კერძო ინვესტორების მიერ შეიქმნებოდა. გაურკვეველი რჩებოდა 638 საწოლის ბედი (დარჩებოდა სახელმწიფო საკუთრებაში თუ გაიყიდებოდა კერძო ინვესტორებზე).

2.1.2. სოციალური დაცვა

საქართველოს დამოუკიდებელმა რესპუბლიკამ მემკვიდრეობით მიიღო სოციალური დაცვის საბჭოთა მოდელი, რომელიც საბჭოთა კავშირის 1936 წლის კონსტიტუციის თანახმად ოთხ პრინციპს ეყრდნობოდა (თვალჭრელიძე, 2003):

- უფასო სამედიცინო მომსახურება
- საპენსიო სისტემა
- სახელმწიფო დაზღვევის სისტემა
- პრივილეგიები პროფკავშირების წევრებისათვის

1991 წელს ერთიან საპენსიო და სამედიცინო დაზღვევის ფონდში გადახდილი სოციალური ანაზღაურებები (სახელმწიფო და კერძო საკუთრებაში მყოფი საწარმოებიდან 38%-ის ოდენობით, საბიუჯეტო ორგანიზაციებიდან – 27%-ის ოდენობით) ხმარდებოდა პენსიების, საოჯახო დახმარებებისა და დროებითი შრომისუუნარობის სარგებლის გაცემას. ეს დანახარჯები მშპ-ს 11.5%-ს შეადგენდა; ასაკობრივი, შრომისუუნარობის, მარჩენალის დაკარგვისა და სოციალური პენსიები მშპ-ს 10%-ს შეადგენდა. პენსიების ჩანაცვლების კოეფიციენტი საშუალოდ 70%-ს უტოლდებოდა. პენსიონერთა 49% იყო ასაკით პენსიონერი. 1992-ს ფონდის შემოსავლებმა დაგეგმილის 50-60% შეადგინა, რის

34 თავად ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის ცვლილება ფორმალურად ამ მომხდარა

35 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №85 2010 წლის 30 მარტი და №110 2010 წლის 10 აპრილი

გამოც დაირღვა პენსიების რეგულარული გადახდა, ხოლო დროებითი შრომისუუნარობის სარგებლის გაცემა შეწყდა (The World Bank, 1993).

1996 წელს მთავრობამ გაზარდა საპენსიო ასაკი. შრომითი პენსიისათვის საპენსიო ასაკი გახდა ქალისათვის 60, ხოლო მამაკაცისათვის 65 წელი, ხოლო სოციალური პენსიის ასაკი (აღამიანები, რომლებიც არ იხდიდნენ სოციალურ გადასახადს) ქალისათვის 65, ხოლო მამაკაცისათვის 70 წელით გასწიდა. აღნიშნული ცვლილების შედეგად დამოკიდებულების კოეფიციენტი, რომელიც 1994 წელს 67%-ს შეადგენდა, 1996 წლისათვის 55%-მდე შემცირდა, ხოლო ჩანაცვლების კოეფიციენტი 14,5%-დან 27,6%-მდე გაიზარდა (ჯუღუხაძე, 2009).

ასაკობრივი პენსიის შემოღება და მისი ოდენობის განსაზღვრა უკავშირდება ბაზრის ლიბერალიზაციის მიმართულებით გადადგმულ ნაბიჯებს. მაგალითად, სახელმწიფო 1996 წელს დგამს წინმსწრებ ნაბიჯებს: „კერძო ინიციატივის წახალისების მიზნით ხორბლის იმპორტი განთავისუფლებულია საბაჟო და დამატებული ღირებულების გადასახადისაგან. საჭიროების შემთხვევაში დაწესდება დამატებითი შეღავათები, რათა თავისუფალ ფასწარმოქმნაზე გადასვლისას არ მოხდეს ფასების ისეთი მატება, რომ დაეცეს მოსახლეობის ისედაც დაბალი მყიდველობითი უნარი. სოციალური დაცვის მიზნით განხორციელდება ხელფასების, პენსიების, მიზნობრივი დახმარებების გაზრდის დამატებითი წინმსწრები ღონისძიებები.“³⁶ 1997 წლიდან, იმის გამო, რომ სახელმწიფომ ელექტროენერჯის მოხმარებისთვის ბაზარზე დაადგინა ტარიფი 4.5 თეთრის ოდენობით³⁷, არამომუშავე პენსიონერთა პენსიები (აგრეთვე „ლტოლვილთა, ხიზანთა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა“ შემწეობა) გაიზარდა ორი ლარით და 11.8 ლარი შეადგინა. იმავე პრინციპით 14 ლარამდე იზრდება პენსია და შემწეობები მომდევნო წელს³⁸. მხოლოდ 2005 წლიდან მოყოლებული, როცა პენსია გაორმაგდა³⁹, პენსიის ზრდა პირდაპირ აღარ უკავშირდება ბაზარზე სახელმწიფოს ინტერვენციებს. საქართველოს მთავრობამ 2005 წელს პენსიების გაორმაგებასთან ერთად დაფარა მანამდე არსებული (14 ლარიანი პენსის) დავალიანებები⁴⁰ და უზრუნველყო შემდგომში მათი სრულად და დროულად გაცემა.

იმავე პერიოდში მთავრობა ელექტროენერჯის მოხმარებისთვის 14 სოციალური კატეგორიისა (მაგ. ომის ინვალიდები, 70 წელს გადაცილებული მეორე მსოფლიო ომის მონაწილეები, ომის ვეტერანებთან გათანაბრებული პირები და ა.შ.) და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახებისთვის⁴¹ დამატებით აწესებს შეღავათებს და ფულად კომპენსაციებს.

საგულისხმოა, რომ 2007 წლიდან გარკვეული სოციალური კატეგორიებისათვის შეღავათები ქრება და სანაცვლოდ ინერგება საყოფაცხოვრებო სუბსიდიები⁴², ანუ სახელმწიფოს მიერ კომუნალური

36 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №252 1996 წლის 3 აპრილი

37 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №389 1997 წლის 28 ივლისი

38 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №469 1998 წლის 11 აგვისტო

39 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №12 2005 წლის 25 იანვარი

40 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №74 2005 წლის 19 აპრილი

41 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 9 თებერვლის №44/ნ ბრძანება და 2006 წლის 9 ივნისი ბრძანება №158/ნ

42 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №4 ,2007 წლის 11 იანვარი

მომსახურების საფასურის დაფარვის მაგივრად ბენეფიციარები ხელზე ღებულობენ ნაღდ ფულს (განხორციელდა ე.წ. „სოციალური შეღავათების მონეტიზაცია“).

1997 წელს სოციალური დაცვის პოლიტიკის სივრცეში ჩნდება „საარსებო მინიმუმის“ ცნება. საქართველოს კანონში განმარტებულია როგორც „საქართველოს მოქალაქეთა სოციალური დაცვისა და სოციალური გარანტიების საფუძველი და მიმართულია მოსახლეობის ნაკლებად უზრუნველყოფილი ნაწილის მხარდასაჭერად და გახდა საუძველი სახელმწიფოს მიერ მიზნობრივი სოციალური პოლიტიკის გატარებისა“⁴³. საარსებო მინიმუმის გაანგარიშებას საფუძველად დაედო შრომისუნარიანი მამაკაცის სასურსათო კალათა⁴⁴.

1997წლიდან ქვეყანაში მიმდინარეობს საოჯახო სოციალური დახმარების მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფინანსური უზრუნველყოფა ცენტრალური ბიუჯეტიდან ხორციელდება. ეს გახლავთ ბაზისური სოციალური დახმარებები, რომელიც ყოველწლიურად იზრდება რაოდენობრივად და თვისობრივად. 1998 წელს პროგრამა შეეხო 46 ათასამდე ოჯახს. 2003 წლისათვის ბენეფიციართა რაოდენობა 72 ათას ოჯახამდე გაიზარდა. მონაწილეთა 33%-ინვალიდი, 16%-მდე ბავშვია, რაც პროგრამის მიზნობრიობის და მისამართულობის ერთ-ერთი ინდიკატორია (პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისთვის, 2003წ).

1997 წელს მიღებულ სამოქალაქო კოდექსში⁴⁵ განისაზღვრა ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთვალდებულებები სოციალური დაცვის კუთხით, კერძოდ, მეუღლეთა ურთიერთრჩენის მოვალეობა (მუხლი 1182-1186), მშობელთა მოვალეობანი შვილების მიმართ (მუხლი 1198 – შვილების აღზრდა და მათზე ზრუნვა, მუხლი 1212 – შვილების რჩენა) შვილების მოვალეობა მშობლების მიმართ (მუხლი 1218 – მშობლებზე ზრუნვა, რჩენა, მუხლი 1220 – მონაწილეობა დამატებით ხარჯებში), და-ძმების ურთიერთრჩენის მოვალეობა (მუხლი 1223 – რჩენა), პაპისა და ბებულის საალიმენტო მოვალეობანი შვილიშვილების მიმართ (მუხლი 1225 – რჩენა), შვილიშვილის საალიმენტო მოვალეობა შრომისუნარო პაპისა და ბებულის მიმართ (მუხლი 1224 – რჩენა), მამინაცვლისა და დედინაცვლის საალიმენტო მოვალეობა (მუხლი 1226 – რჩენა), გერის საალიმენტო მოვალეობა (მუხლი 1227 – რჩენა) და მუდმივ აღსაზრდელად და სარჩენლად აყვანილი ბავშვის რჩენის მოვალეობა (მუხლი 1228 – რჩენა).

1999 წელს განისაზღვრა შრომითი მოვალეობის შესრულებისას მუშაკის ჯანმრთელობისათვის ვნების მიყენების შედეგად ზიანის ანაზღაურების წესი (რომელიც მოქმედებდა 2007 წლის თებერვლამდე⁴⁶).

43 საქართველოს კანონი საარსებო მინიმუმის შესახებ (1997 წლის 17 აპრილი, №649-III);

44 საქართველოს კანონი (№4469-III, 2011 წლის 22 მარტი) თანახმად, „საარსებო მინიმუმის გაანგარიშების მეთოდის დამტკიცება და მასში ცვლილების შეტანა ხდება საქართველოს პრეზიდენტის; ბრძანებულებით, საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატის), საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, ფინანსთა და ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროების წინადადებების საფუძველზე“;

45 საქართველოს კანონი საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, 1997 წლის 26 ივნისი №786-III.

46 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №93 (2007 წლის 6 თებერვალი) „შრომითი მოვალეობის შესრულებისას მუშაკის ჯანმრთელობისათვის ვნების მიყენების შედეგად ზიანის ანაზღაურების წესის შესახებ“ საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის 9 თებერვლის №48 ბრძანებულების ძალადაკარგულად გამოცხადების თაობაზე

2000 წლიდან ორი სამინისტროს გაერთიანების შედეგად ჩამოყალიბდა ერთი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო⁴⁷.

2001 წელს სახელმწიფომ განსაზღვრა დასაქმების სფეროში რეფორმის პირველი ეტაპის ღონისძიებების გეგმა და შექმნა დასაქმების სახელმწიფო სამსახური⁴⁸. 2002 წელს დამტკიცებული დებულებების თანახმად, სამსახურის მიზანი იყო დასაქმების სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზების ხელშეწყობა და უმუშევართა სოციალური დაცვის ღონისძიებათა განხორციელება⁴⁹.

სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლები პირველად 2000 წელს განისაზღვრა.

სოციალური დაცვის განვითარების შესახებ ყოვლისმომცველი გეგმა სახელმწიფომ 2002 წელს დამტკიცა „საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამის განხორციელების სტრატეგიული გეგმის (2002-2006)“ სახით, რომელიც აქცენტს აკეთებდა ორ მიმართულებაზე – შრომითი ურთიერთობების რეგულირების, შრომითი რესურსების გამოყენების ეფექტიანობისა და დასაქმების გაუმჯობესებასა და მოსახლეობის საპენსიო უზრუნველყოფის გაუმჯობესებაზე.

დამტკიცდა საერთო ხარჯის მიმართ ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებში, მინიმალური სოციალური პაკეტის 10-პროცენტის დაფინანსების პრინციპი. ამ სახსრებით გათვალისწინებული იყო სოციალური კანონმდებლობით მოსარგებლე კონტინგენტის შეღავათების, კომპენსაციისა (ომის ინვალიდები, მონაწილეები და მათთან გათანაბრებული რეპრესირებული, 9 აპრილს დაზარალებულები, ჩერნობილელები, მარტოხელა პენსიონერები, უდედმამო ბავშვები, პერსონალური პენსიონერები, მეშახტეები, ინვალიდები) და სხვა უმწეო ოჯახთა (მრავალშვილიანი ოჯახები, მარტოხელა დედები, მარჩენალდაკარგული არასრულწლოვანი ბავშვები, უზედამხედველო ბავშვები, 100 წლისა და მეტი ასაკის მოქალაქეები, ახალგაზრდა ოჯახები, ბავშვობიდან ინვალიდები) სოციალურ მიზნობრივ პროგრამების დაფინანსება.

2001 წლიდან დონორების მხარდაჭერით და დაინტერესებული მხარეების ფართო თანამონაწილეობით ხელისუფლება იწყებს სიღარიბის დაძლევის პროგრამაზე მუშაობას („ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის პროგრამაზე“ მუშაობა დასრულდა 2003 წლის ზაფხულში და შემოდგომაზე დამტკიცდა როგორც ქვეყნის განვითარების ფართომასშტაბიანი სტრატეგიული დოკუმენტი). ამ დოკუმენტით საჯარო სივრცეში პირველად დაფიქსირდა ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვისა და განათლების პრობლემატიკა **ადამიანური კაპიტალის** ქრილში. ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთ ფუნდამენტურ პრინციპად მიჩნეულია „ადამიანური განვითარება“ და „შესაძლებლობათა თანასწორობა“. სახელმწიფო აღიარებს, რომ ინერციით გრძელდება „169“ სოციალური დაცვის სფეროს არაეფექტიანი ფუნქციონირება. ეფექტიანი, უნივერსალური სოციალური დახმარებისთვის არ არის საკმარისი საფინანსო რესურსები, ხოლო **მიზნობრივი, მისამართული**

47 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №179, 2000 წლის 7 მაისი;

48 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №63, 2001 წლის 22 თებერვალი;

49 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №402 (2002 წლის 13 სექტემბერი ქ. თბილისი) „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის დებულების შესახებ“

დახმარების ეფექტიანი მიწოდებისთვის ჩამოსაყალიბებელია ადეკვატური ორგანიზაციული ინფრასტრუქტურა და ალტერნატიული მექანიზმები. საპენსიო დავალიანების გადახდა დროულად ვერ ხორციელდება. პენსიები და სხვა სახის სოციალური დახმარება ნაკლებია, ვიდრე საარსებო მინიმუმი და სიღარიბის შემცირებაზე უმნიშვნელოდ მოქმედებს დროული მიწოდების შემთხვევაშიც კი⁵⁰. ორი სტრატეგიული მიზნის („სწრაფი და მდგრადი ეკონომიკური განვითარება“ და „სიღარიბის შემცირება“) მისაღწევად სახელმწიფო განსაზღვრავს პრიორიტეტებს, მათ შორისაა „**ადამიანური კაპიტალის განვითარება**“ და „**სოციალური რისკების მართვა** და უსაფრთხოების გაუმჯობესება“. საგულისხმოა, რომ სოციალურ სფეროში ღონისძიებების გასატარებლად განსაზღვრულია შემდეგი მიდგომები:

- „ღონისძიებები, რომლებიც მიმართულია ადამიანური კაპიტალის განვითარებაზე, აგრეთვე **სამუშაო ძალის მობილურობასა** და კვლავწარმოების დონის ამაღლებაზე;
- ღონისძიებები, რომლებიც მიმართულია **მარგინალური ჯგუფების** ყოფის გაუმჯობესებაზე;
- ღონისძიებები, რომელიც მიმართულია **ცხოვრების ხარისხის მკვეთრი დაქვეითების პრევენციაზე**“.

2003 წელს განცხადებული ეს პოსტულატი, რომ „ადამიანური კაპიტალის განვითარებასთან დაკავშირებულ მოკლევადიან ამოცანათა რიცხვს განეკუთვნება სამუშაო ძალის მობილურობისა და კვლავწარმოების გაუმჯობესება. სამუშაო ძალის მობილურობა წარმოადგენს ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთ პირობას აუცილებელი რესურსის ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და ტრანზაქციული ხარჯების შემცირების გზით“ ნაწილობრივ⁵⁰ რეალიზდება 4 წლის მოგვიანებით ახალი შრომის კოდექსის მიღებისას.

დაუცველობის (ცხოვრების ხარისხის მკვეთრი დაქვეითების) საფრთხის შესამცირებლად სახელმწიფო აპირებს, მხარი დაუჭიროს „**სოციალური რისკების მენეჯმენტის ყველა შესაძლო ადეკვატური მექანიზმის** ამოქმედებას საზოგადოებაში ისეთ ინსტიტუტებზე დაყრდნობით, როგორცაა **ბაზარი, ერთობაზე დაფუძნებული ორგანიზაციები და ოჯახი**“.

სახელმწიფო მკაფიოდ აფიქსირებს, რომ უნივერსალური, კეთილდღეობის ამაღლების სოციალური დაცვის მექანიზმების ნაცვლად მისი პრიორიტეტია იმ მოქალაქეების ღირსეულ ცხოვრებასა და სოციალურ ინტეგრაციაზე ზრუნვა, „რომლებსაც ობიექტური მიზეზების გამო არ შესწევთ უნარი შეიძინონ სოციალური დაცვა“. იმავდროულად, სახელმწიფო ხედავს საკუთარ როლს ისეთი პირობების შექმნაში, რომ საზოგადოების ნებისმიერმა წევრმა შეიძინოს თითოეული რისკისგან სოციალური დაცვა (უსაფრთხოება). პრაქტიკულად, სახელმწიფო მიჯნავს სოციალური დახმარებებისა და სოციალური უსაფრთხოების მექანიზმებს⁵¹.

50 სამუშაო ძალის მობილურობის გაზრდისა და კვლავწარმოების გასაუმჯობესებლად აუცილებელი, მაგრამ საკმარისი არაა შრომითი ურთიერთობების გამარტივება; აუცილებელია შრომის ბაზრის ინსტიტუციური განვითარება სამუშაო ძალის მიწოდებისა და მოთხოვნილების, აგრეთვე სამუშაო ძალის პროფესიული განვითარების საჭიროებებისა და განათლების სისტემის მომსახურების დასაკავშირებლად.

51 ეს პრაქტიკულად ნიშნავდა სოციალური დაცვის რეზიდუალურ მოდელზე გადასვლას

იმავე პერიოდში (2003 წელს ივნისში) საქართველოს პარლამენტი განიხილავს და ამტკიცებს სამი კანონპროექტისაგან შემდარ პაკეტს⁵², რომელიც ითვალისწინებს საყოველთაო სოციალური დაზღვევის დანერგვას (ჯანმრთელობის დაცვის ჩათვლით), მათ შორის, სავალდებულო სადაზღვევო პენსიების სისტემის შემოღებას. კანონები უნდა ამოქმედებულიყო 2004 წლიდან, მაგრამ ახალმა პარლამენტმა ორჯერ გადადო მათი ამოქმედება და 2006 წლის 1 იანვრიდან საბოლოოდ გააუქმა „სახელმწიფო პენსიის შესახებ საქართველოს კანონის“⁵³ ამოქმედებით.

საქართველოს ხელისუფლებამ სოციალური დაცვის სფეროში ეროვნული პოლიტიკა 2005 წელს შემდეგი პრიორიტეტებით განსაზღვრა:

- „სილატაკისა და სოციალური გარიყულობის დაძლევა, სიღარიბის შემცირება, ცხოვრების დონის გაუმჯობესება და ძლიერი საშუალო ფენის ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობა;
- უმუშევრობის შემცირება ქვეყანაში, განსაკუთრებით კი რეგიონებში ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის ხელშეწყობა და სოციალური მობილურობის გაზრდა;
- განათლების თანამედროვე სისტემის ჩამოყალიბება; საყოველთაო დანყებითი და საშუალო განათლებით მოსახლეობის უზრუნველყოფა; უმაღლესი განათლების ხარისხის გაუმჯობესება და საერთაშორისო სტანდარტებისა და შრომის ბაზრის მოთხოვნებისადმი მისი მისადაგება;
- პენსიებისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმა; **სოციალური დახმარების პროგრამების მიზნობრიობის უზრუნველყოფა; საპენსიო და სხვა დავალიანებების დაფარვის დასრულება;**
- ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა; სოციალური დაზღვევის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება; ცხოვრების ჯანსაღი წესის და გარემოს დამკვიდრების ხელშეწყობა;
- სოციალურად საშიშ დაავადებათა (ტუბერკულოზი, შიდსი, ნარკომანია) პრევენცია⁵⁴

2005 წელს მთავრობა ნერგავს სახელმწიფო კომპენსაციებსა და სახელმწიფო აკადემიურ სტიპენდიებს მოსახლეობის გარკვეული კატეგორიისათვის (მაგალითად, ხელისუფლების სხვადასხვა შტოს თანამდებობის პირები, მეცნიერები და სხვ.) საპენსიო ასაკის მიღწევის, კანონით დადგენილი ნამსახურობის ვადის ამონურვის, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენის ან მარჩენალის გარდაცვალების შემთხვევაში.

52 „საქართველოს კანონი სავალდებულო სადაზღვევო პენსიების შესახებ“ (2003 წლის 20 ივნისი. №2419-III), „საქართველოს კანონი სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სფეროში ინდივიდუალური (პერსონიფიცირებული) აღრიცხვისა და ინდივიდუალური ანგარიშების შემოღების შესახებ“ (2003 წლის 20 ივნისი. №2413-III) და „საქართველოს კანონი სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შესახებ“ (2003 წლის 20 ივნისი. №2416-III)

53 საქართველოს კანონი სახელმწიფო პენსიის შესახებ 2005 წლის 23 დეკემბერი (№2442-რს)

54 საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „საქართველოს ეროვნული უსაფრთხოების კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ (2005 წლის 8 ივლისი. №1895-რს)

2005-2006 წლებში სახელმწიფო იღებს საკანონმდებლო აქტების მთელ პაკეტს და ნაბიჯ-ნაბიჯ ნერგავს :

- „ქვეყანაში სილატაკის დონის შემცირებისა და მოსახლეობის სოციალური დაცვის სრულყოფის ღონისძიებათა მიზანმიმართულად დაგეგმვისა და განხორციელების მიზნით“ ქმნის სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზას⁵⁵. ჩნდება სოციალური აგენტების ინსტიტუტი⁵⁶;
- აფუძნებს⁵⁷ მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასების ახალ სისტემას და შემოაქვს შინამეურნეობის „კეთილდღეობის ინდექსისა“ და „სარეიტინგო ქულის“ ცნებები⁵⁸;
- 2006 წლის მარტში განსაზღვრავს სილატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახებისთვის მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას, მათი ოდენობის დაანგარიშების, ღონისძიებათა დაფინანსებისა და ანგარიშსწორების წესს⁵⁹;
- 2006 წლის ივლისში განსაზღვრავს საარსებო შემწეობის (საოჯახო დახმარების) ოდენობის გაანგარიშების, ღონისძიებათა დაფინანსებისა და ანგარიშსწორების წესს⁶⁰. საარსებო შემწეობის ოდენობა ერთსულიანი ოჯახისათვის განისაზღვრა 30 ლარის ოდენობით და ორ და მეტსულიანი ოჯახების შემთხვევაში ამ ოდენობას მეორე და ოჯახის ყოველ მომდევნო წევრზე ემატება 12 ლარი. ერთ თვეში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო აზუსტებს მიზნობრივი სოციალური დახმარების დანიშვნისა და გაცემის წესს⁶¹;
- 2006 წლის მიწურულს სახელმწიფო ლებულობს კანონს სოციალური დახმარების შესახებ, რომლის „მიზანია სოციალური დახმარების მწყობრი სისტემის ჩამოყალიბებით მოსახლეობის სამართლიანი, მიზნობრივი და ეფექტიანი დახმარებით უზრუნველყოფა“⁶².

საგულისხმოა, რომ მიზნობრივი სოციალური დახმარების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილების პრეამბულა შეიცავს შემდეგ განაცხადს: „სოციალური დახმარების მოქმედი სისტემა

55 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №51, 2005 წლის 17 მარტი

56 სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზის ფორმირების წესმა განიცადა ცვლილებები და 2010 წლის მდგომარეობით განისაზღვრება საქართველოს მთავრობის დადგენილება №126-ით, 2010 წლის 24 აპრილი

57 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №126 2005 წლის 4 აგვისტო

58 მთავრობამ გადასინჯა მეთოდოლოგია სამი წლის შემდეგ: საქართველოს მთავრობის დადგენილება №241, 2008 წლის 17 დეკემბერი

59 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №59 2006 წლის 16 მარტი

60 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №145 2006 წლის 28 ივლისი

61 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №225 2006 წლის 22 აგვისტო

62 საქართველოს კანონი სოციალური დახმარების შესახებ 2006 წლის 29 დეკემბერი. №4289-რს

განიცდის თვისებრივ ცვლილებას, რაც გულისხმობს სახელმწიფოს ხელთ არსებული რესურსების მიზნობრივ განაწილებას უკიდურეს სილატაკეში მცხოვრები მოსახლეობისათვის.“

2009 წელს გადაისინჯა საოჯახო დახმარების გაცემისა და ადმინისტრირების წესი. საოჯახო დახმარება განიმარტა, როგორც „ფულადი სახის სოციალური დახმარება, რომელიც დანიშნული აქვს უმწეო მდგომარეობაში მყოფ ოჯახთა (მათ შორის დევნილთა ოჯახების) საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებულ კატეგორიებს“. საოჯახო დახმარება მარტოხელა, არამომუშავე პენსიონერთა ერთსულიანი ოჯახებისთვის განისაზღვრა 22 ლარის ოდენობით, ხოლო ორ და მეტსულიანი ოჯახებისთვის – 35 ლარის ოდენობით; დედ-მამით ობოლი 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის, მეურვის შრომისუნარიანობის მიუხედავად, ერთ ბავშვზე – 22 ლარის ოდენობით; მრავალშვილიან ოჯახებზე, რომელთაც ჰყავთ 7 ან 7-ზე მეტი 18 წლამდე ასაკის ბავშვი – 35 ლარის ოდენობით⁶³.

2006 წელს სახელმწიფომ მიიღო შრომის ახალი კოდექსი⁶⁴ და გააუქმა რა სახელწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება „შრომის ინსპექცია“⁶⁵, მინიმუმამდე დაიყვანა შრომის ბაზრის სახელმწიფო რეგულირება. შრომის ახალი კოდექსი მიჩნეულ იქნა ერთ-ერთ ყველაზე გაბედულ ნაბიჯად ეკონომიკის ლიბერალიზაციის მიმართულებით და საზოგადოების გარკვეული ჯგუფებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების მხრიდან არაერთგვაროვანი შეფასება დაიმსახურა.

2009 წელს დაიწყო მოქალაქეთა საინიციატივო ჯგუფის მიერ საქართველოს პარლამენტში „საქართველოს შრომის კანონთა კოდექსში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის შესახებ“ და „საქართველოში უმუშევრობის შემწეობის დანიშვნის შესახებ“ საქართველოს კანონის პროექტების წარდგენის პროცედურა⁶⁶. კანონპროექტები პარლამენტს არ განუხილავს.

„საქართველოში არ არსებობს შრომის დაცვის ეროვნული კონცეფცია, შრომის დაცვის საკითხების ეროვნული საბჭო, შრომის დაცვაში ეროვნული კანონმდებლობის პერიოდული გადახედვისთვის უფლებამოსილი კომისიები, დირექტორთა საბჭოები, კომიტეტები და სხვა ორგანოები. აღნიშნულ ფუნქციას ასრულებენ შესაბამისი სამინისტროები და პარლამენტის კომიტეტები“ (სსიპ – საქართველოს ტექნიკური ზედამხედველობის სახელმწიფო ინსპექციის შრომის უსაფრთხოების საინფორმაციო ცენტრი, საქართველოს დამსაქმებელთა ასოციაცია, 2008).

2009 წელს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის, ხანდაზმულთათვის და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთათვის ღირსეული ცხოვრების პირობების შექმნის მიზნით ხანდაზმულთა 28 პანსიონატის, ბავშვთა სააღმზრდელო და ჩვილ ბავშვთა დაწესებულების, აგრეთვე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სპეციალიზებული დაწესებულების ნაცვლად იქმნება ერთი

63 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №238 2009 წლის 31 აგვისტო

64 საქართველოს კანონი „საქართველოს შრომის კოდექსი“, 2006 წლის 25 მაისი. №3132-ლს

65 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №177 2006 წლის 28 ივნისი

66 საქართველოს პარლამენტის საინფორმაციო გამოშვება, 2009 წლის 6 თებერვალი, http://www.parliament.ge/print.php?gg=1&sec_id=385&info_id=22610&lang_id=GEO

სსიპ – „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტო“. მომდევნო წლიდან სსიპ სახელწოდება შეიცვალა, სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოთი.⁶⁷

2010 წელს სახელმწიფოს მხრიდან ბავშვზე ზრუნვის ალტერნატიული ფორმების განვითარების მხარდაჭერის ფარგლებში ფუნქციონირებას იწყებს მცირე საოჯახო ტიპის ბავშვთა სახლები⁶⁸.

2.2. გარემოში მოვლენათა განვითარება

გარემოში ცვლილების აღსაწერად გამოყენებული იქნება შემდეგი მატრიცა – ილუსტრაცია 36 (გვ. 97).

საქართველოში პირველი „გარდამტეხი“ არჩევნები 1990 წელს ჩატარდა, როცა საქართველოს მმართველმა კომუნისტურმა პარტიამ ხმების მხოლოდ 29.6% დააგროვა და ხელისუფლებაში ეროვნული ძალები მოვიდნენ. 1990 წლიდან 2003 წლამდე საქართველოში ოთხჯერ ჩატარდა საპარლამენტო არჩევნები (1990, 1992⁶⁹, 1995 და 1999 წლებში), ოთხჯერ – საპრეზიდენტო (1991, 1992, 1995, 2000 წლებში) და სამჯერ – ადგილობრივი (1991, 1998, 2002 წლებში). 1990 და 1991 წლების არჩევნების შედეგად არჩეული სახელისუფლებო ორგანოები 1991-1992 წლების სახელმწიფო გადატრიალების შედეგად ძალადობით იქნა გადაყენებული. 1995 წლის კონსტიტუციის მიღების შემდეგ ყველა არჩევნები კონსტიტუციურ ვადებში და შედარებით ორგანიზებულად ჩატარდა. „ყველა შემდგომ საპარლამენტო და საპრეზიდენტო არჩევნებში გამარჯვება ხელისუფლებას დარჩა“ (უსუფაშვილი & ნოდია, 2003).

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოფილ საბჭოთა სოციალისტურ რესპუბლიკებში შეიმჩნევა ეკონომიკური დაღმასვლა. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობა აღინიშნა საქართველოში. 1989 წელთან შედარებით მშპ-ს მაჩვენებელი შეადგენდა (%- ში): 1990 წ. – 84,9; 1991 წ. – 67,0; 1992 წ. – 36,9; 1993 წ. – 26,1; 1994წ. – 23,4; 1995 წ. – 24,0; 1996 წ. – 26,6; 1997 წ. – 29,6; 1998წ. – 30,0 (თეთრუაშვილი & თეთრუაშვილი-ქარდავა, 2006). PPP\$-ში გამოხატული ერთ სულზე მშპ 1994 წელს ყველაზე დაბალი – 1323 იყო, მომდევნო ათი წლის მანძილზე გაორმაგდა, 2003 წელს 2951 შეადგინა და მას შემდეგ, 2009 წელს მკვეთრად, 4 774-მდე გაიზარდა. საგულისხმოა, რომ ეკონომიკური ზრდის მიუხედავად, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ჰუმანური განვითარების კომპოზიტივი ინდექსი ბოლო ხუთი წლის მანძილზე პრაქტიკულად არ იცვლება და 0.679 – 0.698 ფარგლებში მერყეობს (მაქსიმალური მნიშვნელობაა 1).

67 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №339/ნ, 2010 წლის 18 ოქტომბერი;

68 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №373, 2010 წლის 8 დეკემბერი;

69 1992 წელს მოქალაქეებმა პირდაპირი ხმის მიცემით (საპარლამენტო არჩევნების პარალელურად) აირჩიეს პარლამენტის თავმჯდომარე, რომელიც აგრეთვე სახელმწიფოს მეთაური უნდა გამხდარიყო. ამგვარად, კანონმდებლებმა თავი აარიდეს პრეზიდენტის იურიდიულად გაფორმებული ინსტიტუტის დაფუძნებას, მაგრამ ფაქტობრივად ამ თანამდებობას საპრეზიდენტო ძალაუფლება მიანიჭეს, ამიტომ ამ არჩევნებს საპრეზიდენტოს მივათვლით (უსუფაშვილი & ნოდია, 2003).

1991 წლის მარტში დამოუკიდებლობის გამოცხადებიდან 1993 წლამდე საქართველომ გამოიარა სამოქალაქო ომი და 2 შეირაღებული კონფლიქტი, რამაც კიდევ უფრო სერიოზულად დაამძიმა სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა. ქვეყანაში იმ დროისათვის არსებული საავადმყოფოების საწოლთა 80-90%-ს აფხაზეთიდან და სამაჩაბლოდან იძულებით გადაადგილებული პირები იკავებენ (Gamkrelidze, et al., 2002).

1991 წელს ცენტრალური ბიუჯეტის საშემოსავლო ნაწილი მხოლოდ 78,3%-ით, ხოლო საგასავლო ნაწილის გეგმა – 75,3%-ით შესრულდა (კაკულია & ბაბუნაშვილი, 2005).

„1992 წელს საქართველომ, პირველად „ცენტრის“ ჩარევის გარეშე, დაიწყო ბიუჯეტის შედგენა. სწორედ ამ დროიდან შევიდა ქვეყნის ბიუჯეტის ხარჯვით ნაწილში თავდაცვის სამინისტროს და საერთოდ ძალოვანი სტრუქტურების ფინანსური უზრუნველყოფის ხარჯები. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ქვეყანაში არსებული რეალიების გათვალისწინებით, 1992-1994 წლებში ბიუჯეტის მიღება თვეებისა და კვარტლების მიხედვით ხდებოდა. ამასთან, მუშავდებოდა და ისაზღვრებოდა მხოლოდ ბიუჯეტის გასავლის ნაწილი, მაგრამ არ მტკიცდებოდა შემოსავლები. 1992-1994 წლებში, საგადასახადო სისტემის ჩამოყალიბების მეორე ეტაპზე მოხდა საგადასახადო სამსახურის გამოყოფა ფინანსთა სამინისტროსაგან და უკვე 1993 წლისათვის (მეორე ნახევარი) საქართველოს საგადასახადო ინსპექცია ჩამოყალიბდა. სწორედ მეორე ეტაპზე, კერძოდ კი, 1993 წლის დეკემბერში საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტმა მიიღო საგადასახადო სისტემის კანონების პირველი პაკეტი – სულ რვა კანონი, რომლის ძირითადი მიზანი და დანიშნულება საგადასახადო საქმიანობის კანონმდებლობის ფარგლებში მოქცევა იყო“ (მოდებაძე, 2003).

1994 წლიდან საქართველოს ხელისუფლება, მსოფლიო ბანკისა და საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მხარდაჭერით, იწყებს მაკროეკონომიკური სტაბილურობის აღდგენასა და ეკონომიკის აღმშენებლობას. 1995 წელს აპრილ-მაისში ინფლაცია 1%-მდე კლებულობს და საქართველოს მთავრობა მიმოქცევაში უშვებს ახალ ქართულ ფულს – ლარს, აშშ დოლართან სტაბილური გაცვლითი კურსით. პარალელურად მიმდინარეობს სახელმწიფო მართვასა და დაფინანსებაში რადიკალური ცვლილებები, საბიუჯეტო სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა 30%-ით მცირდება (The World Bank, 1996).

ეკონომიკის გაჯანსაღებისა და ქვეყნის განვითარების მეორე ეტაპი უკავშირდება 1997 წელს საქართველოს პრეზიდენტის №600 ბრძანებულების გამოცემას „ეკონომიკური რეფორმის მეორე ეტაპის ძირითად მიმართულებათა შესახებ“. 4 წლის შემდეგ სახელმწიფო იწყებს სოციალურ-ეკონომიკური გაჯანსაღებისა და ეკონომიკური ზრდის პროგრამის განხორციელებას⁷⁰.

საქართველოს გენერალური პროკურატურის მონაცემების თანახმად, ქვეყანაში ყოველწლიურად იკარგებოდა 1 მილიარდ 700 მილიონი ლარი (თეთრუაშვილი & თეთრუაშვილი-ქარდავა, 2006). ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბებზე მიუთითებდა მშპ-ს მიმართ სახელმწიფო ბიუჯეტში მოზილზებული სახსრების მუდმივად დაბალი თანაფარდობაც (United Nations Development Programme,

70 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №89 (2001 წლის 10 მარტი ქ. თბილისი) საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური გაჯანსაღებისა და ეკონომიკური ზრდის პროგრამის დამტკიცების შესახებ

2003): 1995 წელს მთავრობამ პირველად შეძლო მშპ-ს 12.7%-ს ოდენობით ბიუჯეტში მთლიანი შემოსავლების გენერირება (1990 წლის შემდეგ, როცა ეს მაჩვენებელი 30% შეადგენდა). 2004 წლამდე მხოლოდ 1996 წელს იყო მიღწეული მაქსიმალური შედეგი – 24%, მას შემდეგ ყოველწლიურად კლებულობდა და 2003 წელს 18.8% შეადგინა. სიტუაცია რადიკალურად იცვლება 2004 წლიდან, როცა დამოუკიდებელი საქართველოს ისტორიაში რეკორდული მაჩვენებელი – 24.6% დაფიქსირდა (ძველი საგადასახადო რეჟიმის პირობებში). მას შემდეგ ეს მაჩვენებელი მუდმივად იზრდება და 2008 წელს 36.4%-ს აღწევს გადასახადების რაოდენობის შემცირების, განაკვეთების კლებისა და ადმინისტრირების გამკაცრების ხარჯზე.

სოციალური გადასახადი პირველად 1997 წელს მიღებულ საგადასახადო კოდექსში ჩნდება და განისაზღვრება სოციალურ ფონდში დამქირავებლის მიერ სახელფასო შემოსავლის 27%, ხოლო დაქირავებულის მიერ – 1%-ის ოდენობით. სოციალურ გადასახადში შევიდა აგრეთვე დასაქმების სახელმწიფო ფონდში გადასახადი სახელფასო შემოსავლის 1% (ჯამში 29%=27%+1%+1%). 2002 წელს ტერმინი „სოციალური გადასახადი“ იცვლება „სოციალური დაზღვევის გადასახადით“ და დამქირავებელს ეკისრება დასაბეგრი თანხის 31%-ის (არანაკლებ 16 ლარისა), ხოლო დაქირავებულს – 2%-ის გადახდა სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდში. მიუხედავად იმისა, რომ გაქრა დასაქმების ფონდში გადასახადი და სამედიცინო დაზღვევის შენატანი, ჯამში სოციალური დაზღვევის გადასახადი მაინც 33% დარჩა. შეიძლება ითქვას, რომ 2002 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებაში საზოგადოების ტვირთი „ნაიშალა“ და შეერწყა ერთიან სოციალურ ვალდებულებას. მას შემდეგ ჯანმრთელობისა და სოციალური სფეროს დაფინანსების საკითხი საჯარო პოლიტიკის სივრცეში მთლიანად ეკონომიკის (საგადასახადო) სფეროში მოექცა.

2004 წელს ახალი საგადასახადო კოდექსის მიღებით სახელმწიფომ „სოციალური შენატანის“ ცნება შეცვალა „სოციალური გადასახადით“ (და განაკვეთი 20% მდე შეამცირა). საშემოსავლო გადასახადთან (12%) ერთად შრომაზე საგადასახადო ტვირთმა 36% შეადგინა (მაგალითად, 100 ლარი ხელფასის გაცემა დამქირავებელს უჯდება 100+20=120 ლარი, დაქირავებული ხელზე იღებდა 100-12=88 ლარს, ანუ 120-88=32 ლარი შეადგენდა ხელზე მიღებული 88 ლარის 36%-ს) (იხ. ილუსტრაცია 4 ქვემოთ). 2008 წლიდან საგადასახადო სივრცეში საერთოდ ქრება „სოციალური გადასახადი“ და რჩება მხოლოდ საშემოსავლო გადასახადი 25%-ის ოდენობით. რეალურად შრომაზე საგადასახადო ტვირთი 36%-დან 33%-მდე შემცირდა. 2009 წლიდან საშემოსავლო გადასახადი 20%-მდე შემცირდა, რის შემდეგაც შრომაზე საგადასახადო ტვირთი მნიშვნელოვნად შემსუბუქდა და 25% შეადგინა.

ილუსტრაცია 4: სახელფასო შემოსავალზე გადასახადები წლების მიხედვით

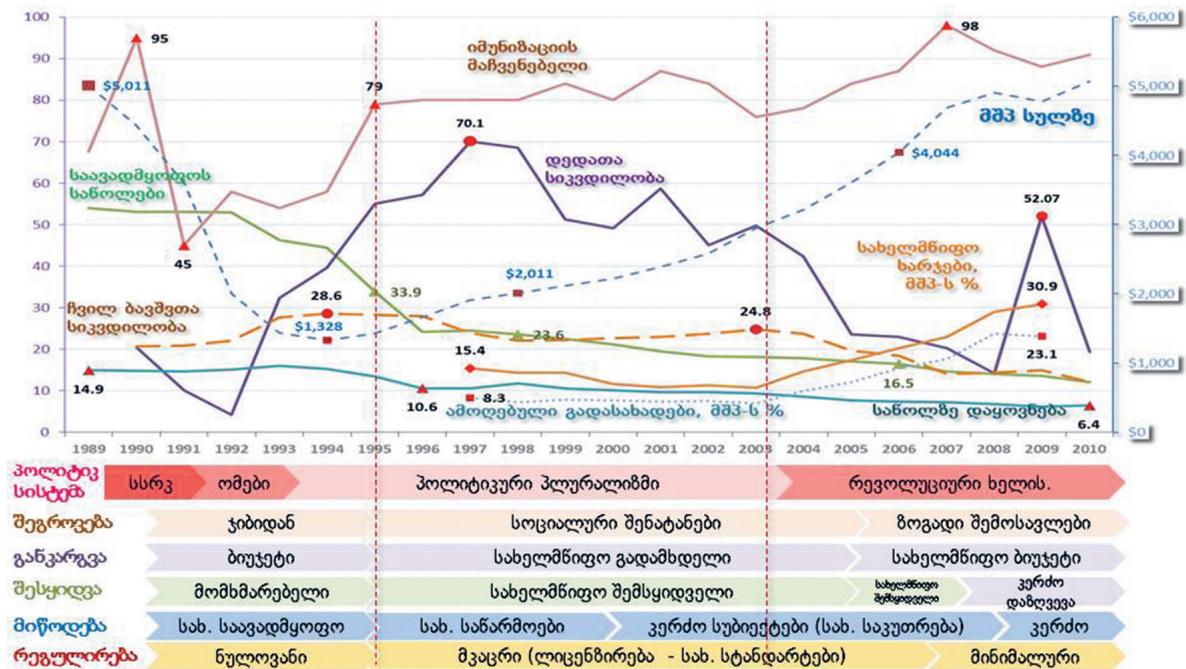
ბადასახადი	წლები					
	1990	1995	1995	2004	2008	2009
საშემოსავლო	20	20	20	12	25	20
სოციალური	37	27+1	31+2	20		
ჯანდაცვა		3+1				
დასაქმება	3	1				
საგადასახადო ტვირთი	76	66	66	36	33	25

შეფასებითი მონაცემებით 1960-2007 წლებში, გარე მიგრაციის შედეგად, საქართველო დატოვა 1 მილიონ 639 ათასმა ადამიანმა, ხოლო ამ წლებში საქართველოში შემოვიდა 0,5 მილიონამდე ადამიანი, ანუ უარყოფითმა სალდომ 1 მილიონ 197 ათასი ადამიანი შეადგინა. მარტო 1992-96 წლებში უარყოფითმა სალდომ 745 ათასი შეადგინა, აქედან რუსეთის მხარეზე ეს სალდო 72% იყო (შუბითიძე, 2011). ექსპერტული შეფასებებით, მარტო დსთ-ს ქვეყნებში საქართველოდან წასული 400-450 ათასამდე შრომითი მიგრანტია, ხოლო ფულადი გზავნილების წლიური აგრეგატული მოცულობა 2005-2006 წლებში 800 მილიონიდან 1 მილიარდ აშშ-მდე მერყეობდა (კაკულია, 2007). 2003 წელთან შედარებით მარტო 2010 წელს 4.8-ჯერ გაიზარდა შრომითი მიგრანტების ფულადი გზავნილები, რომლებიც სულ უფრო და უფრო მეტად აღემატება საქართველოში განხორციელებული პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების მოცულობას (არჩვაძე, 2011). ავტორის აზრით, „დღეისათვის საქართველო ერთ-ერთია იმ რამდენიმე სახელმწიფოთა შორის, რომელთაც დაქირავებული შრომით დაკავებულები საზღვარგარეთ უფრო მეტი ჰყავთ, ვიდრე თავისთან, სამშობლოში (არანაკლებ 30%-ით)“.

2.3. მთლიანი სურათი

პოლიტიკურ, ეკონომიკურ თუ სოციალურ სივრცეში განვითარებული მოვლენების თავმოყრა და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა ან კეთილდღეობაზე ამ მოვლენების ასახვის დინამიკა სქემატურად მოცემულია ილუსტრაციაზე ქვემოთ.

ილუსტრაცია 5: ძირითადი მოვლენები



მოვლენათა დაყოფა სამ ტალღად ემთხვევა პოლიტიკურ სივრცეში მომხდარ ცვლილებებს: პირველი ეტაპი ხასიათდება კომუნისტების მართვლობის „ხავერდოვანი“ შეცვლით, შეირაღებული დაპირისპირებებითა და სახელმწიფოს მართვის ინსტიტუტების კოლაფსით. მეორე ეტაპი იწყება კონსტიტუციური წესრიგის აღდგენითა და სახელმწიფოებრივი აღმშენებლობის ძალისხმევით პოლიტიკური პლურალიზმისა და სამოქალაქო საზოგადოების გააქტიურების ფონზე. ამ პერიოდში ქვეყანა აკეთებს მკაფიო არჩევანს დასავლეთისა და ევროატლანტიკურ სივრცეში ინტეგრაციის სასარგებლოდ და ცდილობს ქვეყნის განვითარება წარმართოს ეგრეთწოდებული „სოციალურად ორიენტირებული“ ეკონომიკის სისტემის ჩამოყალიბებით (ყურაშვილი, 2008). 2004 წლიდან პოლიტიკურ სისტემაში მცირდება პლურალიზმის ხარისხი და სამოქალაქო საზოგადოების აქტივობა. მმართველი პოლიტიკური ძალა პარლამენტში კონსტიტუციური უმრავლესობითა და ძალაუფლების კონცენტრაციით აღმასრულებელ შტოში იწყებს ენერგიულ რეფორმებს და კურსს იღებს ლიბერალურ ეკონომიკაზე დაფუძნებული სახელმწიფოს მშენებლობისკენ. საზოგადოებრივ თუ საბაზრო ურთიერთობებში სახელმწიფო ინსტიტუტების ჩარევის შემცირებასთან ერთად მკვეთრად უმჯობესდება აღმასრულებელი ორგანოების ეფექტიანობა. ამის ნათელი დასტურია შრომის საგადასახადო წნეხის შემსუბუქების ფონზე გადასახადების შეგროვების მაჩვენებლის მკვეთრი ზრდა: თუ ის 1997 წელს მშპ-ს მხოლოდ 8,3%-ს შეადგენდა, 2009 წელს ეს მაჩვენებელი 23,1%-მდე იზრდება (იხ. ილუსტრაცია 5 ზემოთ). ამოღებული გადასახადების მშპ-ში დაბალი ხვედრითი წილი ცვლილებათა მეორე ტალღაში და მისი ზრდა, ერთის შეხედვით, ეწინააღმდეგება ეკონომიკის ლიბერალიზაციის პრინციპს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ეს ტენდენცია მიუთითებს არა ლიბერალური თუ სოციალური ეკონომიკის პრინციპებიდან გადახვევაზე, არამედ სახელმწიფოს უნარზე, შეასრულოს ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქცია. ამავე დროს, სახელმწიფოს დანახარჯების მაღალი ხვედრითი წილი მშპ-ში (30,9% 2009 წელს) გარკვეულწილად დისონანსშია ლიბერალური ეკონომიკის პრინციპებთან და გამართლებული იქნებოდა ეს მაჩვენებელი საგარეო ვალისა და საბიუჯეტო დეფიციტის შემცირებასთან ერთად 25%-მდე დაწეულიყო (ბენდუქიძე, 2011).

ეკონომიკური აღმავლობის მაჩვენებლად სქემაზე გამოყენებულია ერთ სულზე მშპ-ს მაჩვენებელი (გამოხატული მიმდინარე PPP\$ ფასებში). 2004-2008 წლებში სწრაფი ეკონომიკური ზრდის ხარჯზე მშპ გათანაბრდა 1989 წლის მაჩვენებელთან (5 011 PPP\$).

პოლიტიკური სისტემისა და ქვეყნის განვითარების კურსის ცვალებადობის შესაბამისად იცვლება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი: თუ ინერციის პერიოდში სახელმწიფო პრაქტიკულად ვერც ერეოდა მოვლენათა განვითარებაში, 1995-2003 წლებში იქმნება საკანონმდებლო ბაზა და ძლიერდება სფეროს სახელმწიფო რეგულირება, რომელიც 2-3 წელიწადში იცვლება სახელმწიფოს მინიმალური ჩარევით ჯანმრთელობის დაცვის ბაზარზე (სხვა ბაზრების ანალოგიურად).

არსობრივად იცვლება სახსრების წყარო და მობილიზების მექანიზმი ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის ფინანსურ აუზში (pool) (სქემაზე „შეგროვება“). თუ 1992 წლიდან ძირითადი ტრანზაქციები ჯიბიდან, სახელმწიფო ინსტიტუტების გვერდის ავლით ხდებოდა (რაც ბუნებრივია, როცა სახელმწიფოს არც ბიუჯეტი გააჩნდა და არც ეფექტიანი ეროვნული ვალუტა), უკვე 1995 წლიდან ჩნდება სოციალური (დაზღვევის) შენატანები, როგორც სოციალური და ჯანმრთელობის

დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელებისათვის სახსრების მობილიზების მექანიზმი, რომელიც სრულ თანხვედრაშია სოციალურად ორიენტირებული ეკონომიკის განვითარების კონცეფციასთან, რამდენადაც თანხები ცალკე მდგომ სახელმწიფო დაწესებულებაში⁷¹ მიემართება. 2004 წლიდან საჯარო პოლიტიკის სივრციდან თანდათანობით ქრება „სოციალური შენატანის“ ან „სოციალური გადასახადის“ ცნება და თანხების მობილიზება ამ სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზებისათვის ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტში, ასევე, იცვლება მომსახურების შესყიდვის მექანიზმები და ინსტიტუტები (2008 წლიდან ჯანდაცვაში სახელმწიფო სახსრებით სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას სახელმწიფო მართვის სხვა სტრუქტურების⁷² პარალელურად ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციები). სქემაზე ასევე მკაფიოდ ჩანს, რომ 1999 წლიდან გამოიკვეთა კერძო სამართლის სუბიექტების როლი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში. თუმცა ეს არ შეიძლება შეფასდეს როგორც სამედიცინო დაწესებულების ტოტალური პრივატიზაცია: იცვლება მხოლოდ სამართლებრივ-ორგანიზაციული ფორმა, სახელმწიფო რჩება საავადმყოფოებისა თუ ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების აქციების/წილის 100%-იან მფლობელად. ამ დაწესებულებების კერძო საკუთრებაში გადაცემა (პრივატიზაცია) ფართო მასშტაბებს მხოლოდ 2007 წლიდან იძენს.

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების გაუმართაობის ირიბ მაჩვენებლად შეიძლება გამოვიყენოთ მოსახლეობის იმუნიზაციით მოცვა. თუ ეს მაჩვენებელი 1990 წელს 95% შეადგენდა, მომდევნო წლებში კატასტროფულად – 45%-მდე შემცირდა და მხოლოდ 1995 წლიდან (სისტემაში წესრიგის დამყარებისა და რეფორმების დაწყების წელი) დაუბრუნდა მეტ-ნაკლებად მისაღებ ნიშნულს (79%-ს). იგივე მაჩვენებელი უმნიშვნელოდ კლებულობს 2003-2005 წლებში (პირობითად, ძველიდან ახალ სისტემაზე გარდამავალ ეტაპზე) და უკვე 2007 წელს აღწევს მაქსიმალურ ნიშნულს – 98%-ს.

ჯანდაცვის სისტემის სიჯანსაღეზე (გამართულობაზე) უფრო დაგვიანებით რეაგირებს ორი საკვანძო მაჩვენებელი: დედათა სიკვდილობა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობა. 1992-1994 წლების ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსს 1-2 წლის დაგვიანებით მოსდევს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობის მატება 28.6-მდე, რის შემდეგაც ეს მაჩვენებელი სტაბილურად კლებულობს. დედათა სიკვდილობა მაქსიმუმს 1997 წელს – 70.1-ს⁷³ აღწევს, და შემდეგ ასევე თანდათანობით მცირდება.

კიდევ ორი მაჩვენებელი – საავადმყოფოების სანოლთა ფონდი და სანოლზე საშუალო დაყოვნება მიუთითებს ჯანდაცვის სისტემის სიმძლავრეების ოპტიმიზაციის მკაფიო ტენდენციაზე. ინფრას-

71 სახელმწიფო გადამხდელი სიმარტივისთვის ეწოდა სახელმწიფო მართვის სტრუქტურას, რომლის სახელწოდება და ფუნქციები რამდენჯერმე შეიცვალა 1995-2003 წლებში

72 2003 წლიდან რამდენჯერმე შეიცვალა სახელმწიფო მართვის სტრუქტურები, რომლებიც განკარგავდნენ ჯანმრთელობის თუ სოციალური დაცვის სფეროში საბიუჯეტო სახსრებს და პირობითად სქემაზე მათ „სახელმწიფო შემსყიდველი“, ეწოდა.

73 ობიექტურობისთვის უნდა აღინიშნოს, რომ დედათა და ბავშვთა მოკვდაობის მაჩვენებლების მატება ნაწილობრივ აიხსნება აღრიცხვიანობის მონესრიგებით და მისი ინტერპრეტაცია ერთი ან ორი წლის მონაკვეთზე განსაკუთრებულ სიფრთხილეს საჭიროებს. კონკრეტულ შემთხვევაში, არ არის გამორიცხული, რომ დედათა მოკვდაობა 1993-1995 წლებშიც მაღალი ყოფილიყო თუ შემთხვევების აღრიცხვა და ანგარიშგება ისეთივე გამართული იქნებოდა, როგორც 1997 წელს. 2005-2010 წლებში დედათა მოკვდაობის მერყეობის ამპლიტუდა ირიბად მიუთითებს რუტინული აღრიცხვიანობის სისტემის ნაკლებ საიმედოობაზე (თუმცა ამ მიმართულებით სახელმწიფოს მიერ გადადგმული ნაბიჯები საჯარო რეესტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ინფორმაციული ტექნოლოგიების ერთობლივად დანერგვისა და გამოყენების მიმართულებით ოპტიმიზმის სერიოზულ საფუძველს იძლევა).

ტუქტურა მკვეთრად მცირება 1989-1996 წლებში, რასაც თან ახლავს სტაციონარული მომსახურების ხარჯ-ეფექტიანობის ზრდაც (14.9-ის ნაცვლად დაყოვნება მცირდება 10.6-მდე). 1996 წლიდან მოყოლებული ყოველწლიურად კლებულობს ქარბი სანოლების რაოდენობა, მაგრამ მათი ეფექტიანი გამოყენების მაჩვენებელი უფრო შთამბეჭდავად უმჯობესდება 2009 წელს (ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ის 5-მდე მცირდება, რითაც მნიშვნელოვნად უსწრებს ევროპის საშუალო მაჩვენებლებს, რომლებიც 6,7-9,0 ფარგლებში მერყეობენ).

3. სისტემის ცვლილებები

საქართველოში სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების ცვლილებების ანალიზის დროს აუცილებელია მოვლენების ორ ქრილში ფორმალურსა (ასახავს მხოლოდ იმას, რაც განცხადებული ან ჩაფიქრებული იყო და შესაბამისად იქნა გადატანილი ქალაქზე) და რეალურში (ასახავს იმას, რა ხდებოდა სინამდვილეში, დამოუკიდებლად იმისა, როგორ ართმევდნენ თავს დაკისრებული ფუნქცია-მოვალეობებს) გააზრება.

3.1. ინერციის პერიოდი

3.1.1. სოციალური დაცვა

თუ ყაირათიანობისა და სამართლიანობის ნიშნით ვიმსჯელებთ, სოციალური დაცვის მოდელი ფორმალურად ყველაზე ახლოს ნორდიულთან იყო. 1994 წლის ჩათვლით სისტემა ფუნქციონირებდა სოციალისტური წესწყობილების კანონმდებლობის შესაბამისად და არსებითი სტრუქტურული ცვლილებები ჯერ არც კი იყო მომხდარი. დეკლარირებული იყო სოციალური დაცვით უნივერსალური მოცვა, თუმცა 1992 წლიდან დანახარჯები რეალურ საჭიროებებს აღარ შეესაბამებოდა. საკმაოდ ძლიერი იყო შრომის ბაზარზე სახელმწიფოს ჩარევა (პრაქტიკულად არ არსებობდა კერძო ბაზარი და ბაზრის ფორმალური მოთამაშეები) და იგი ვალდებული იყო ეზრუნა ყველას დასაქმებაზე, თუმცა 1992-1994 წლებში მართვის პარალიზების გამო სახელმწიფოს ეს უკვე აღარ შეეძლო. 1991 წლის მდგომარეობით და შემდგომ პერიოდშიც ძალიან დაბალი იყო უმუშევრობის მაჩვენებელი, მაგრამ დასაქმება რეალურად აღარ იძლეოდა ცხოვრების ღირსეული დონის შენარჩუნების საშუალებას. სოციალური დახმარების სისტემა (ძირითადად არაფულადი სარგებლის) აგრძელებდა არსებობას, მაგრამ თავის დანიშნულებას ვეღარ ასრულებდა ფინანსური სახსრების ნაკლებობის გამო.

შეიძლება დავასკვნათ, რომ ინერციის პერიოდში სოციალური დაცვის სისტემა ფორმალურად ნორდიული მოდელის მსგავსად ფუნქციონირებდა, მაგრამ რეალურად მან შეწყვიტა არსებობა და არსებით გაველენას ვეღარ ახდენდა მოსახლეობის ყოფაზე.

საქართველოში 90-იანი წლებისთვის არსებული რისკების სოციალური მართვის მოდელის მიხედვით ოთხივე ტიპის რისკი (შემოსავლის დაკარგვა, ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ხარჯები, ბავშვის გაჩენისა და აღზრდის ტვირთი და გაჭირვება) ფორმალურად მთლიანად სახელმწიფო ინსტიტუტის მიერ იმართება, თუმცა რეალურად საზოგადოება სოციალური გადასახადების სახით (პიროვნების ინსტიტუტი) მონაწილეობს მის დაფინანსებაში (მიუხედავად იმისა, რომ 1992-1993 წლებში ქვეყანას პრაქტიკულად ბიუჯეტი არ გააჩნია).

რეალურად, 1992 წლიდან მოყოლებული სოციალური ტვირთის თითქმის მთელი სიმძიმე პიროვნე-

ბასა და არაფორმალურ მექანიზმებზე, ე.წ. პირდაპირ სოციალურ ფულად ტრანსფერებსა და სოციალურ მომსახურებაზე (თავშესაფარი, ზრუნვა და მოვლა) გადატანილი. დროთა განმავლობაში საზოგადოებაში არსებული დანაზოგები და სხვა აქტივები იღევა და არაფორმალურ ინსტიტუტს სულ უფრო უჭირს რისკების სოციალური მართვის ტვირთის ზიდვა, შედეგად მატულობს სიღარიბე და მოსახლეობის დაუცველობა (რაც მოგვიანებით დადასტურებული იყო ემპირიულადაც (Der-shem & Gzirishvili, 1998)).

3.1.2. ჯანმრთელობის დაცვა

1990-1994 წლებში ჯანდაცვის სისტემა მხოლოდ ფორმალურად ინარჩუნებდა სემაშკოს მოდელის საბჭოთა კავშირის დროინდელ კონფიგურაციას (European Observatory on Health Care System, 2000) და მისი დაფინანსების ფუნქციები შემდეგნაირად იყო განაწილებული:

- ჯანმრთელობის დაცვაზე სახსრების შეგროვებას ახორციელებდა სახელმწიფო სამედიცინო და სოციალურ ფონდში, თუმცა მისი უდიდესი ნაწილის მოზიდვა ხდებოდა ზოგადი საბიუჯეტო შემოსავლებიდან;
- შერწყმული იყო სახსრების შეგროვებისა და თავმოყრის ფუნქციები და მათ განკარგავდა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო წინასწარ დამტკიცებული ბიუჯეტის შესაბამისად;
- არ ხდებოდა მომსახურების შესყიდვა. სახსრები „ვირტუალურად“ მიემართებოდა სამედიცინო დაწესებულებებში ხარჯების ნაწილობრივ (ძირითადად მხოლოდ ხელფასების ან სამივლინებო ხარჯების) დასაფარად, დანარჩენი კი სტუმრდებოდა „ნატურით“ – სამედიცინო დაწესებულებებს სახელმწიფო ამარაგებდა სამკურნალწამლო საშუალებებითა და აღჭურვილობით, კომუნალურ მომსახურებას კი დაწესებულებებს უფასოდ აწვდიდნენ შესაბამისი სახელმწიფო სამსახურები. შეიძლება ითქვას, რომ ფინანსური ტრანზაქციები შრომის გარდა პრაქტიკულად არ ხდებოდა და დანარჩენი ხარჯები ფაქტობრივად „უხილავი“ რჩებოდა;
- მომსახურების მიწოდებას ახორციელებდნენ სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი საბიუჯეტო სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებსაც მმართველობითი ავტონომიის არავითარი ხარისხი გააჩნდათ და ისინი რეალურად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ზემდგომი ორგანოების მიერ ადმინისტრაციული ვერტიკალის მკაცრი დაცვით იმართებოდნენ. ჯანმრთელობის დაცვის მართვის სტრუქტურები განსაზღვრავდნენ არა მარტო პროფესიული კადრების საჭიროებას (საშტატო განრიგს), არამედ აწარმოებდნენ კადრების დანიშვნას. აქვე უნდა ითქვას, რომ არსებობდა პარალელური, ეგრეთწოდებული საუნწყებო სამედიცინო სამსახურები საკუთარი დაწესებულებებით, ბიუჯეტითა და მართვით (მაგ. რკინიგზის სამედიცინო სამსახური).

ჯანდაცვის სისტემა იყო უკიდურესად ცენტრალიზებული, იმართებოდა ზემოდან ქვემოთ, ბრძანებებით, ისევე როგორც საბჭოთა პერიოდის სახალხო მეურნეობის ყველა დარგი.

სისტემაში ფინანსური სახსრების მკვეთრი შემცირების მიუხედავად ადმინისტრაციული ვერტიკალი და ზემოდან მითითებების მოლოდინი (აღსრულებით დისციპლინა) შენარჩუნდა 1990-1994 წლებში (და კიდევ რამდენიმე წელი გაგრძელდა ინერციით).

საბჭოთა პერიოდიდან გამოყოფილმა ნაკლოვანებებმა უფრო მწვავედ იჩინა თავი სისტემის სახელმწიფო დაფინანსებისა და მომარაგების მზარდი დეფიციტის პირობებში. ეს პირველ რიგში ეხება მომხმარებლის ჯიბიდან არაფორმალურ (და იმ პერიოდში არალეგალურ) გადახდებს: თუ დასაწყისში ეს თანხები ტრადიციულად სამედიცინო პერსონალის დამატებით შემოსავალს ემსახურებოდა, თანდათანობით მომხმარებელს უწევდა მედიკამენტების, სხვა სამკურნალო საშუალებების, ჰიგიენის საგნების, ზოგჯერ საწვავის თუ კვების ხარჯების დაფარვას. ამ ტრანზაქციების ხვედრითი წილი კატასტროფული სისწრაფით იზრდებოდა და 1994 წლისათვის, შეიძლება ითქვას, მომხმარებელმა მთლიანად იტვირთა ჯანდაცვის მომსახურების მიმდინარე ხარჯების დაფარვა (ეს ინერციით მომდევნო წლებშიც გაგრძელდა, რაც დადასტურებულია არაერთი ემპირიული ფაქტით). რიგ შემთხვევაში გარკვეული სამსახურები საერთოდ პარალიზებული აღმოჩნდა (მაგ. თბილისსა თუ სხვა ქალაქებში პრაქტიკულად აღარ ფუნქციონირებდნენ სასწრაფო დახმარების სამსახურები). სამედიცინო ბაზარი ჩანასახოვან მგომარეობაში იყო და სტიქიურად ცდილობდა შეევსო შექმნილი სიცარიელე, თუმცა საერთო სიტუაციაზე არსებით გავლენას ვერ ახდენდა.

ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციების სქემის მიხედვით ფინანსური სახსრების შეგროვება შეწყდა და თანხები არაფორმალური არსებით, „მოკლე გზით“, პირდაპირ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისკენ მიიმართა.

შესაბამისად, ინერციის პერიოდში ჯანდაცვის სისტემა აღარ მიესადაგება სემაშკოს მოდელს (თუმცა ინარჩუნებს „გარეგნულ“ მსგავსებას), საქმიანობა თუ ტრანზაქციები ინარჩუნებს არაფორმალურ სივრცეში, ანუ საჯარო პოლიტიკისა და ადმინისტრირების ზემოქმედების არეალს მიღმა. სიტუაცია უფრო ქაოსს და ძველი სახელმწიფო სისტემის აგონიას ჰგავს, სადაც პრაქტიკულად არ არსებობს სივრცე ჯანსაღი საბაზრო ურთიერთობებისათვის.

თუ 1990-1994 წლებში განვითარებულ მოვლენებს ჯანდაცვის სისტემის შეფასების სქემით გავაანალიზებთ, შემდეგ სურათს მივიღებთ:

სისტემის დანიშნულება (საბოლოო შედეგზე ზეგავლენა)

არ ფიქსირდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის არსებითი გაურესება, თუმცა აღნიშნული პერიოდის ბოლოსათვის დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებლის ზრდა ჯანდაცვის სისტემის სამიდან ერთი, მთავარი დანიშნულების შესრულების უუნარობაზე მიუთითებს;

იმ პერიოდში არ გაზომილა სისტემის გულისხმიერების მაჩვენებელი და რამდენიმე უმწვავესი სამხედრო, პოლიტიკური, სოციალური თუ ეკონომიკური კრიზისგამოვლილი მოსახლეობის შეხედულებები (აღქმები) რეალური სურათის შესაქმნელად არც გამოდგებოდა;

რაც შეეხება ფინანსური ტვირთის განაწილების სამართლიანობას, პერიოდის ბოლოსთვის სისტემა აშკარად ვერ ასრულებს თავის დანიშნულებას.

სისტემის ფუნქციონირების უშუალო შედეგები

მომსახურების მიწოდება ხდება ქარბი ინფრასტრუქტურითა და სამედიცინო პერსონალით, რითაც აიხსნება ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაურესებით გამოწვეული მომსახურების მოხმარების შემცირების ფონზე მიწოდების სიმძლავრეების დატვირთვის მაჩვენებლების შემცირება. ქარბი და არარაციონალურად განაწილებული სიმძლავრეების შენახვა-განახლების ტვირთი მძიმედ აწვება სახელმწიფოს და საბოლოო ჯამში იწვევს სისტემის ცვეთას (გამოფიტვას). ამის მიუხედავად, სისტემას რჩება უნარი, მიაწოდოს მოსახლეობას ჰოსპიტალური, ამბულატორიული თუ სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურება.

სისტემა თავს ვერ ართმევს რესურსების მობილიზების ამოცანას. მიუხედავად იმისა, რომ ინერციით გრძელდება ახალი პროფესიული კადრების მომზადება და სისტემაში შედინება (რაც ექიმების სიჭარბის ფონზე კიდევ უფრო მოუქნელს და არარენტაბელურს ხდის სისტემის ფუნქციონირებას), უკვე შეიმჩნევა ექთნების გადინება. სისტემა ვერ ამჟღავნებს რესურსების ოპტიმიზაციის უნარს (რაც არც არის მოულოდნელი გამოუცდებლობისა და დროის მონაკვეთის სიმცირის გამო).

მმართველობის თვალსაზრისით სისტემა ინარჩუნებს მკაცრ ადმინისტრაციულ ვერტიკალს, სარგებლობს საბჭოთა პერიოდში შემუშავებული საკანონმდებლო ნორმებით და პრაქტიკულად არ ცვლის მართვის მექანიზმებს. მმართველობის სფეროში სისტემის სასარგებლოდ მეტყველებს ის ფაქტი, რომ 1993 წელს უკვე დაიწყო სისტემის რეორგანიზაციის კონცეპტუალური გააზრება და გეგმის მომზადება (რამაც რეალურად შექმნა მომდევნო პერიოდში რეფორმების განხორციელების თეორიული საფუძველი).

რაც შეეხება დაფინანსების სფეროს, სისტემა თავს ვერ ართმევს ამ ფუნქციას, თუმცა, საერთო სიტუაციის გათვალისწინებით, წარუმატებლობა არ არის სპეციფიკური ჯანდაცვის სისტემისათვის და წარმოადგენს სახელმწიფო მართვის პრობლემას საჯარო პოლიტიკის ყველა ასპექტში.

3.1.3. დასკვნა

ინერციის პერიოდის(1990-1994 წლებში) მხოლოდ დასაწყისში:

- სოციალური დაცვის სისტემა შეესაბამება ევროპულ ნორდიულ სოციალურ მოდელს, რისკების სოციალური მართვის ტვირთი ძირითადად გადასულია სახელმწიფო ინსტიტუტზე;

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა განასახიერებს სემაშკოს საბჭოთა მოდელს, სადაც დაფინანსების, მომსახურების მიწოდების, რესურსების მობილიზების ყველა ფუნქცია თავმოყრილია სახელმწიფო სექტორში და სისტემა სრულად ცენტრალიზებულია

პერიოდის ბოლოსთვის როგორც სოციალური, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მსგავსება მხოლოდ გარეგნულია (ფორმალურია). რეალურად ძირითადი მოვლენები საჯარო პოლიტიკის სივრცის გარეთ ვითარდება, სადაც გადამწვეტ როლს თამაშობს არაფორმალური ინსტიტუტები თავიანთი შეზღუდული რესურსებით.

3.2. სისტემის ცვლილებების პირველი ტალღა

3.2.1. სოციალური დაცვის სისტემა

ყაირათიანობისა და სამართლიანობის ნიშნით ევროპული სოციალური მოდელების ტიპოლოგიაში საქართველო „მკვეთრად“ ინაცვლებს ზედა მარჯვენა კვადრანტიდან („ნორდიული“) ქვედა მარცხენა კვადრანტში – ხმელთაშუა ზღვის მოდელში. დანარჩენი სამი მოდელისგან მას სიღარიბის დონისა და დასაქმების დაბალი მაჩვენებლები განასხვავებს. 1995-2003 წლებში საქართველოში გაიზარდა და ნახევარს აცდა სიღარიბის დონე. დაბალი იყო დასაქმების მაჩვენებელი (ე.წ. სოფლად მაცხოვრებელი საკუთარ მეურნეობაში თვითდასაქმებულების ჩათვლით);

ევროპული სოციალური მოდელების უფრო დეტალური კრიტერიუმების გამოყენების შემთხვევაში რთულდება საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის ხმელთაშუა ზღვის (ან სხვა) მოდელისათვის მიკუთვნება:

- **ფორმალურად** სოციალური დაცვის სისტემა საქართველოში კონცენტრირდება ასაკობრივ პენსიებზე (მათი ჩანაცვლების დაბალი კოეფიციენტისა და სიღარიბის შემცირებაზე არადაამაჯვრებელი ეფექტის მიუხედავად) და ამ კრიტერიუმით ის ნაწილობრივ შეესაბამება **ხმელთაშუა ზღვის მოდელს**, თუმცა, მისგან განსხვავებით საქართველოში არ შეინიშნება პენსიაზე ადრეული გასვლის სტიმულები. თუ გავითვალისწინებთ, რომ **რეალურად** ასაკობრივი პენსიები, სხვა შემწეობებთან ერთად, სოციალურ დახმარებებს უფრო განეკუთვნებიან, მაშინ ამ კრიტერიუმით საქართველო **ანგლო-საქსურ მოდელს უფრო უახლოვდება;**
- შრომის ბაზრის თვალსაზრისითაც საქართველო, როგორც ფორმალურად, ისე რეალურად ყველაზე მეტად ანგლოსაქსურ მოდელს მიესადაგება: პროფკავშირები სუსტია, არ არსებობს კოლექტიური მოლაპარაკებებით ჯამაგირის დადგენის პრაქტიკა, ასევე დიდია ჯამაგირის ვარიაცია (განსაკუთრებით, არაფორმალური ანაზღაურების გათვალისწინებით). შესაბამისად, ამ კომპონენტში საქართველო აკმაყოფილებს **ანგლო-საქსური მოდელის** ყველა კრიტერიუმს;
- ამ პერიოდში დასაქმების მაჩვენებელი 55-59% შორის ვარირებს და ყველაზე ახლოა ხმელთაშუა ზღვის მოდელთან, რომელსაც სხვა მოდელებთან შედარებით დასაქმების უფრო დაბალი

მაჩვენებელი გამოარჩევს. რეალური დასაქმება (არაფორმალურ სექტორში) უფრო მაღალია, ამიტომ საქართველო ამ პარამეტრით შეიძლება **ხმელთაშუა ზღვის მოდელს** მივაკუთვნოთ.

- თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოში 15-24 წლის ასაკის მოსახლეობის უმუშევრობის მაჩვენებელი არ განსხვავდება დანარჩენი სამუშაო ძალის უმუშევრობის მაჩვენებლისგან (აგრეგირებულ) და იგი ამ პერიოდში ძირითადად 10-13% ინტერვალში მერყეობდა, მაშინ ამ ნიშნით სოციალური დაცვის სისტემა მიესადაგება **ანგლო-საქსურ მოდელს**.

	ანგლო-საქსური	ხმელთაშუა ზღვის
სოციალური უზრუნველყოფა	რეალურად	ფორმალურად
შრომის ბაზარი	სრულად	
დასაქმება		სრულად
უმუშევრობა	სრულად	
სოციალური დახმარება	ფორმალურად	რეალურად

- რაც შეეხება სოციალურ დახმარებებს, ფორმალურად მას სოციალური დაზღვევის გარეთ დარჩენილი მოსახლეობა ღებულობს, რის გამოც საქართველო, ერთი შეხედვით, კონტინენტურ მოდელს უფრო მიესადაგება. რამდენადაც იმ პერიოდში არ არსებობდა სრულფასოვანი სოციალური დაზღვევა და სახელმწიფომ მისი დანერგვისკენ მხოლოდ პერიოდის მიწურულს გადადგა გარკვეული ნაბიჯები, საქართველო ფორმალურადაც არ აკმაყოფილებს კონტინენტური მოდელის ამ კრიტერიუმს. **ფორმალურად**, მოსახლეობის ფენებისა და კატეგორიების მიხედვით (თუ ასაკობრივ პენსიასაც მივათვლით) სოციალური დახმარებები მასშტაბურია და ამით საქართველო **ანგლო-საქსურ მოდელს** უფრო ჰგავს, თუმცა რეალურად სოციალური დახმარებების წონა მოსახლეობის ცხოვრების დონის შენარჩუნებაში ძალიან მცირეა. ამიტომ საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა ამ ნიშნით **რეალურად** უახლოვდება **ხმელთაშუა ზღვის მოდელს**.

ცალკეული კომპონენტების ანალიზის მიხედვით, საბოლოო ჯამში, საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა 1995-2003 წლებში ორი ევროპული მოდელის – ანგლოსაქსურისა და ხმელთაშუა ზღვის მოდელებს შორის იკავებს პოზიციას (იხ. ილუსტრაცია ზემოთ). ფუნქციონირების შედეგებით (თუ ვიმსჯელებთ სამართლიანობისა და ყაირათიანობის მხრივ) იგი ხმელთაშუა ზღვის მოდელს მიესადაგება.

საბაზრო ინსტიტუტების როლი რისკების სოციალური მართვაში ერთის შეხედვით მოკრძალებულია, რამდენადაც სარგებლის გაცემაზე ფინანსური პასუხისმგებლობა მხოლოდ ერთ რისკთან (საწარმოო ტრავმის /პროფდაავადებით გამოწვეული ინვალიდობა) დაკავშირებით ეკისრებათ. თუ გავითვალისწინებთ, რომ დამქირავებელი ხელფასის 27%-ის ოდენობით იხდის სოციალური დაზღვევის შენატანს, საბაზრო ინსტიტუტების წვლილი (დამფინანსებლის ფუნქციით) სოლიდურია სახელმწიფო ინსტიტუტების მიერ სოციალური დაზღვევით რისკების მართვაში.

ილუსტრაცია 6: სოციალური დაცვის სარგებლის/ სქემის მოკლე მიმოხილვა სოციალური რისკები-სა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტების მიხედვით (1995-2003 წლები)

რისკები	სოციალური დაცვის ინსტიტუტები		
	სახელმწიფო	საბაზრო	არაფორმალური
1 შემოსავლის დაკარგვა:			
1.1 დაბერება	ასაკობრივი პენსია	ნებაყოფლობითი დაგროვებითი საპენსიო დაზღვევა	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები
1.2 ხანგრძლივი შრომისუუნარობა (ინვალიდობა)	სოციალური პენსია		ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები
1.3 მარჩენალის დაკარგვა	სოციალური პენსია		
1.4 დროებითი შრომისუუნარობა	სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის სარგებელი		ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები
1.5 უმუშევრობა	უმუშევარის შემწეობა	ნებაყოფლობითი უმუშევრობის დაზღვევა	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები
1.6 საწარმოო ტრავმა /პროფდაავადებით გამოწვეული ინვალიდობა ⁷⁴		დამქირავებელი: ყოველთვიური სარჩო + დამატებითი ხარჯების ანაზღაურება	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები
2 ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული დანახარჯები	ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები		შვილებისა და მშობლების ურთიერთ-მოვალეობები
3 ბავშვის გაჩენისა და აღზრდის ტვირთი	<ul style="list-style-type: none"> • ორსულობისა და მშობიარობის გამო დახმარება • მიმღები ოჯახების ერთჯერადი დახმარება 	ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის გამო შევებულების ანაზღაურება	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები
4 გაჭირვება	სოციალური (ოჯახური) შემწეობა (კატეგორიების მიხედვით)		შვილების მოვალეობა მშობლების მიმართ

სახელმწიფო ინსტიტუტი მონაწილეობს (ყველგან ადმინისტრირების და ზოგ შემთხვევაში დამფინანსებლის სახით) ყველა რისკის მართვაში, გარდა საწარმოო ტრავმით ან პროფესიული დაავადების შედეგად გამოწვეულ შემოსავლის დაკარგვის ან სამედიცინო ხარჯებთან დაკავშირებული რისკებისა. საკმარისია შევაჯამოთ სახელმწიფო ინსტიტუტების მიერ მართული და გაცემული სო-

74 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №48, 1999 წლის 9 თებერვალი, ქ. თბილისი

ციალური დაცვის სარგებლის ოდენობები და მათი თანაფარდობა საარსებო მინიმუმთან, ცხადი ხდება, რომ სახელმწიფო ინსტიტუტების მონაწილეობა უფრო ფორმალურ ხასიათს ატარებს და ტვირთი რეალურად არაფორმალურ ინსტიტუტზეა გადატანილი.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის (განსაკუთრებით 1995-2003 წლებში,) ევროპულ მოდელებთან მისადაგება საკმაოდ რთულია, რადგან ყველა ევროპული მოდელის ქვაკუთხედიან შრომა, როგორც ღირსეული ცხოვრების („უზრუნველი ყოფის“) გარანტი და შრომის ბაზარი, სადაც ბიზნესს, დასაქმებულსა და მთავრობას შორის დამოკიდებულება და ურთიერთქმედება მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სოციალური დაცვის მთლიან კონფიგურაციას (მოდელს). აღნიშნულ პერიოდში კი დასაქმების კუთხით სახელმწიფოს (ძირითადად ფორმალური) ჩარევების გარდა შრომის ბაზრის განვითარებისთვის რეალური ნაბიჯები არ გადაუდგამს. შრომის დიდი ნაწილი ჩრდილში რჩებოდა და ელემენტარულად ვერ უზრუნველყოფდა ღირსეულ ცხოვრებას. ეს ფუნდამენტური განსხვავება აშორებდა საქართველოს ევროპის სოციალური მოდელებისგან და ბუნებრივია, რომ სისტემის კონსტრუქციის ანალოგის პოვნა პირობითი და პრაქტიკულად შეუძლებელია.

ცხადია, რომ სოციალური დაცვის სისტემის ფორმირება ნაკარნახები იყო სოციალური დაცვის იმ ინსტიტუციური მოდელისკენ მისწრაფებით, რომელიც პრაქტიკულად დომინირებს (სხვადასხვა ფორმით) ევროპის კონტინენტზე, მაგრამ მოდელის შესაბამისი ფინანსური სახსრები საქართველოს არ აღმოაჩნდა (და არც იყო მოსალოდნელი ეკონომიკის განვითარების დონის გათვალისწინებით). საბოლოოდ ეს მისწრაფება მხოლოდ გარეგნული მიმსგავსებით დასრულდა (მაგ. სოციალური დაცვის სისტემის საფუძვლად უნივერსალიზმისა და მაღალი სოციალური სოლიდარობის პრინციპების დანერგვის დეკლარირებით) და არსობრივად სოციალური დაცვის სისტემამ თავის დანიშნულება ვერ შეასრულა (დეტალები იხილეთ დანართში, ილუსტრაცია 13 „2003 წლის მდგომარეობით სოციალურ სფეროში სიტუაციის შეჯამება“ გვ. 71). 2000 წლიდან, შრომის ბაზრის მოწყობის მცდელობასთან ერთად, მნიშვნელოვან სოციალური დაცვის სისტემის განვითარების მიმართულების ფუნდამენტური გააზრებისა და არჩევანის გაკეთების აუცილებლობა.

ქვეყნის განვითარებისა და სოციალური დაცვის სისტემის მოწყობის შესახებ მსოფლმხედველობების განსხვავებამ გამოიწვია მოაზროვნეთა და დაინტერესებულ მხარეთა ორი ბანაკის – რეზიდუალური და ინსტიტუციური მოდელების მომხრეების გაჩენა, რომელთა დაპირისპირების⁷⁵ შედეგი იყო ის, რომ ერთსა და იმავე პერიოდში (2003 წლის ზაფხულში) რეზიდუალური მოდელის პრინციპები აისახა ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის პროგრამაში, ხოლო კონცეპტუალურად სანინაალმდეგო ინსტიტუციური მოდელის პრინციპები – საჯარო სივრცეში, კერძოდ სოციალური დაზღვევის შესახებ პარლამენტის მიერ დამტკიცებულ სამ კანონპროექტში.

⁷⁵ დაპირისპირება არასოდეს გაცდენილა მოსაზრებების და არგუმენტირებული მსჯელობის ფარგლებს საჯარო სივრცეში და წარმოადგენდა სოციალური დაცვის პოლიტიკით საზოგადოების მაღალი დაინტერესების, გადაწყვეტილებების მიღებაში ჩართულობისა და ხელისუფლებასთან პარტნიორობის სანიმუშო მაგალითს საქართველოს დემოკრატიული განვითარების ხანმოკლე ისტორიაში.

3.2.2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა

1995-2003 წლებში ჯანდაცვის სისტემაში განვითარებული მოვლენების მრავალფეროვნების მიუხედავად, მკაფიოდ გამოიკვეთა სისტემის კონფიგურაციის ძირითადი პარამეტრები, რაც კარგად ჩანს ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციების ანალიზით.

1995-2003 წლებში ჯანდაცვის დაფინანსების ანალიზის მიხედვით სურათს ვლესულობთ:

- სახსრების (სამედიცინო სავალდებულო შენატანის) შეგროვებას ახორციელებდნენ სხვადასხვა ფინანსური აგენტები (თავიდან ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი და მუნიციპალური, შემდგომში სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, გარკვეული დროით საგადასახადო სამსახური, შემდეგ სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი). ამის პარალელურად სახსრები გროვებოდა ზოგადი საბიუჯეტო შემოსავლებიდან;
- დეცენტრალიზაციის საწყის ეტაპზე სახსრების თავმოყრა ხდებოდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიასა და მუნიციპალურ ფონდებში, ხოლო დეცენტრალიზაციის შედეგ ერთადერთ აგენტში – სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში. სახსრების ნაწილი (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებზე) თავს იყრიდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში;
- მომსახურების შესყიდვას თავდაპირველად ახორციელებდნენ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და მუნიციპალური ფონდები, ხოლო შემდეგ – მხოლოდ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია (და მისი სამართალმემკვიდრე) ჯანდაცვის რეგიონული სამსახურების ფილიალების მონაწილეობით (ფუნქციების დეკონცენტრაცია). მომსახურების შესყიდვა ხდებოდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, შესაბამისი ხელშეკრულების საფუძველზე. პროგრამების მიხედვით ანაზღაურების მექანიზმები მოიცავდა როგორც გლობალურ ბიუჯეტს (შემთხვევები დიაგნოზების მიხედვით), ასევე სულადობრივ ანაზღაურებას. ანაზღაურების მექანიზმებს, ასევე ტარიფებს ან ანაზღაურების ოდენობას ადგენდა სამინისტრო (განერილი იყო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში). მომსახურების შესყიდვაში თანაგადახდის ფორმით მომხმარებლებიც მონაწილეობდნენ;
- მომსახურების მიწოდებას აწარმოებდნენ ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულებები, განურჩევლად მათი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და კუთვნილებისა. მომსახურების მიწოდებელთა დიდი ნაწილს სახელმწიფო სახაზინო საწარმოები წარმოადგენდნენ, რომლებიც 1999 წლიდან კერძო სამართლის იურიდიულ პირებად⁷⁶ გადაიქცნენ.

⁷⁶ „საქართველოს კანონი მენარმეთა შესახებ“, მუხლი 70, საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „მენარმეთა შესახებ“ საქართველოს რესპუბლიკის კანონში ცვლილებებისა და დამატების შეტანის თაობაზე, 1999 წლის 12 თებერვალი

ჯანდაცვის სისტემის შეფასების სქემის თანახმად 1995-2003 წლებში ჯანდაცვის სისტემა შემდეგნაირად გამოიყურება:

სისტემის დანიშნულება (საბოლოო შედეგზე ზეგავლენა)

მოსახლეობის ჯანმრთელობის არსებითი გაურესება არ ფიქსირდება, უმჯობესდება დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებლები, თუმცა იზრდება ან მაღალი რჩება ავადობის ტვირთი რიგი გადამდები და არაგადამდები დაავადებებისთვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გაზომილი იქნა სისტემის გულისხმიერების მაჩვენებელი იმ პერიოდში, მაგრამ შედეგები არ გამოქვეყნებულა(?). წინა პერიოდის ანალოგიურად, დაფინანსების ნაკადების მეტ-ნაკლებად მონესრიგებისა და ბაზისური მომსახურების პაკეტის შემოღების მიუხედავად, ფინანსური ტვირთის განაწილების სამართლიანობის თვალსაზრისით სისტემა მაინც ვერ ამართლებს თავის დანიშნულებას.

სისტემის ფუნქციონირების უშუალო შედეგები

გადაუჭრელი რჩება მომსახურების მიმწოდებელთა ოპტიმიზაციის საკითხი: ჭარბი სტაციონარული სიმძლავრეების ფონზე იკვეთება ჯანდაცვის პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების (როგორც რაოდენობის, ისე ხარისხის თვალსაზრისით) დეფიციტი. დაგეგმილთან შედარებით დაბალი ტემპითა და მასშტაბით მიმდინარეობს ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაცია. კლებულობს ამბულატორიული მომსახურების მიწოდება, შედარებით უკეთ გამოიყურება სტაციონარული მომსახურების მიწოდების/მოხმარების მაჩვენებლები. იზრდება კერძო საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო დაწესებულებათა როლი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში, თუმცა, კვლავ მცირე რჩება მათი წილი მთლიან სანარმოო სიმძლავრეებში. თუ არ ჩავთვლით პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას, არსებული დაფინანსების პირობებში ჯანდაცვის სისტემა ფუნქციონირების ამ ნაწილში შედეგს აღწევს და წინა წელთან შედარებით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება იკვეთება.

რესურსების მობილიზაციის თვალსაზრისით სისტემა თავს ვერ ართმევს ჭარბი ექიმების რაოდენობის შემცირებისა და გეოგრაფიულად გადანაწილების ამოცანასა და ექთნების რაოდენობის კატასტროფულად შემცირების პრობლემის მოგვარებას. პერიოდის ბოლოს ექიმები უკვე ჭარბობენ ექთნებს, რაც სერიოზულ საფრთეს უქმნის სისტემის ფუნქციონირების ხარისხს, ხარჯ-ეფექტიანობასა და მდგრადობას (გრძელვადიან პერსპექტივაში).

საუკეთესო შედეგს სისტემა მმართველობის თვალსაზრისით აჩვენებს: რეფორმების პროცესების მართვის პარალელურად ფაქტობრივად ნულიდან ახერხებს სოლიდური საკანონმდებლო ბაზის შექმნას და ძალაში მოყვანას. სისტემაში ჩნდება მმართველობითი ორგანოები: ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო მკაფიოდ ემიჯნება მომსახურების მიწოდების ადმინისტრირების ან დაფინანსების ფუნქციებს და ფოკუსირებულია ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებაზე (ფინანსური ნაკადების განსაზღვრა ჯანდაცვის სახელწიფო პროგრამების შემუშავებისას, ჯანდაცვის სფეროში

წესების დანერგვა და მათ დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობა). პარალელურად, ჯანდაცვის მართველობის ორგანოები (პარლამენტის შესაბამისი კომიტეტის ჩათვლით) ნაყოფიერად თანამშრომლობენ სახელმწიფო სხვა უწყებებთან, საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, დონორებსა და სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლებთან. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის სისტემაში ხდება დეცენტრალიზაცია.

ჯანდაცვის სისტემა კვლავ ვერ ართმევს თავს დაფინანსების ფუნქციას. ნოვატორული სქემების დანერგვის მიუხედავად, ჯანდაცვის ბიუჯეტი მუდმივად დეფიციტურია (ჯანდაცვის პროგრამებზე 2003 წელს გამოყოფილი თანხები სახელმწიფო ბიუჯეტის 4,59%-ს, ხოლო ერთ სულზე დანახარჯი – 18,35 ლარს შეადგენდა (გამყრელიძე, 2004)), დაბალი რჩება სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებში და უარესდება მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა.

ჯანდაცვის იმ პერიოდის სისტემის მონყობის მოდელთან დაკავშირებით ხშირად ავლებენ პარალელს სოლიდარულ სოციალურ დაზღვევასთან⁷⁷ და ეგრეთწოდებულ ბისმარკის მოდელთან. შემთხვევითი არ იყო, რომ ტერმინოლოგიაში აქცენტი კეთდებოდა ჯანდაცვაში სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებზე (რომლებიც საბოლოოდ თავს იყრიდნენ სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდში). სინამდვილეში, იმ პერიოდის ჯანდაცვის სისტემას სოციალური დაზღვევის ბისმარკის მოდელთან არაფერი ჰქონდა საერთო (გარეგნული მსგავსებების გარდა):

გამართული სოციალური დაზღვევის პრინციპით მომუშავე ჯანდაცვის ისეთ სისტემაში, როგორც გერმანიაშია (ბისმარკის მოდელის აკვანი) სადაზღვევო შენატანი გულისხმობს არა მხოლოდ უკუვალდებულებას (სარგებელი, სამედიცინო მომსახურების საფასურის დაფარვა შენატანის სანაცვლოდ), არამედ ამ დაზღვევით სარგებლობის შეზღუდვას მხოლოდ მათზე, ვინც გადაიხადა შენატანი (ოჯახის წევრების სახით). სოციალური დაზღვევის ეს მოდელი დახურულია და შესწევს უნარი დააბალანსოს ვალდებულებები შენატანებთან. საქართველოში ბაზისური მომსახურების პაკეტით სარგებლობის უფლება ჰქონდა ყველას მაშინ, როცა სადაზღვევო შენატანს მოსახლეობის მცირე ჯგუფი (ფორმალურ სექტორში დასაქმებულები) იხდიდა. ბუნებრივია, სამართლიანობის ასეთ გაგებას არაფერი ჰქონდა საერთო სოლიდარობის კორპორატივულ ტრადიციებზე აგებულ მოდელთან. ბისმარკის კორპორატივული მოდელი გულისხმობს დამოუკიდებელ სუბიექტებს: სადაზღვევო ფონდებს, ჰოსპიტალთა და ექიმთა ასოციაციებს შორის ტარიფების შეთანხმებას მოლაპარაკების გზით, სახელმწიფოს ყოველგვარი ჩარევის გარეშე. ეს იძლევა ჯანმრთელი ეკონომიკური ურთიერთობების დამყარებისა და ფუნქციონირების საშუალებას. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ტარიფებს საკუთარი შეხედულებისამებრ განსაზღვრავდა მთავრობა (რაც გამორიცხავდა პოლიტიკური საჭიროებებიდან გამომდინარე ვალდებულებებისა და სახსრების დაბალანსებას), ხოლო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები იძულებულნი ხდებოდნენ დადგენილი ტარიფებით გაეფორმებინათ ხელშეკრულება და მიეწოდებინათ სამედიცინო მომსახურება. ამ ორ ფუნდამენტურ საკითხში განსხვავება

⁷⁷ საჯარო სივრცეში იმ პერიოდში დამკვიდრდა უცნაური ტერმინი „სადაზღვევო მედიცინა“, (როგორც სისტემის გადარჩენის გზა)

საკმარისია იმის საილუსტრაციოდ, რომ სოციალურ დაზღვევას საქართველოში არაფერი ჰქონდა საერთო ბისმარკის მოდელთან.

თუ მოვიშველიებთ ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელების ალგორითმს (იხ. ილუსტრაცია 29, გვ. 84), შევნიშნავთ, რომ 1995-2003 წლების ჯანდაცვის სისტემა 3 ტრადიციულ მოდელითაგან (ბისმარკი, ბევერიჯი, სემაშკო) არცერთს არ მიესადაგება და შეიძლება მივაკუთვნოთ **სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის მოდელს**, რომელშიც სახელმწიფოს მიერ დადგენილ სავალდებულო სქემებში დაფინანსება სინამდვილეში დემოგრანტის პრინციპით (შენატანს აკეთებს ნაწილი, სარგებლობის უფლება აქვს ყველას) და ბევერიჯის მოდელისათვის დამახასიათებელი საერთო საბიუჯეტო შემოსავლებით (ბიუჯეტიდან ტრანსფერებით) ხორციელდება. ამ მოდელის შესაბამისია ჯანდაცვის სისტემები პოსტსაბჭოთა ქვეყნების უმეტესობაში, სადაც რეფორმებში მომზადებასა და განხორციელებაში მთავრობებთან აქტიურად თანამშრომლობდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ან მსოფლიო ბანკი (მაგ. სომხეთი, ყირგიზეთი, ტაჯიკეთი, მოლდოვა)⁷⁸.

3.2.3. დასკვნა

1995-2003 წლებში, პრაქტიკულად ქაოსიდან, თავიდან შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვის მთელი სისტემა და სოციალური დაცვის სისტემის დიდი ნაწილი. სახელმწიფო ესწრაფოდა ორივე მათგანი მიეახლოვებინა საუკეთესო ევროპული მოდელებისათვის დამახასიათებელი სოლიდარობის, თანასწორობის, უნივერსალიზმის და უზრუნველი ყოფის ტრადიციებისათვის. ასეთი ოპტიმიზმის ობიექტური საფუძველი შეიძლება 1995-1997 წლებში ეკონომიკური სტაბილიზაციისა და აღმავლობის ფონზე მართლაც არსებობდა, მაგრამ სახელმწიფოს შესაძლებლობები, გამკლავებოდა სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის ევროპული სისტემების ფინანსურ ტვირთს, იმაზე ბევრად ნაკლები აღმოჩნდა, ვიდრე ამას ასეთი ამბიციური ჩანაფიქრი მოითხოვდა. საბოლოო ჯამში ქვეყანამ მიიღო ორი რეალობა: – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის მონინავე სისტემებთან გარეგნული მსგავსება (ქალაღზე) და რეალურად არაეფექტიანი, არამდგრადი სისტემები, რომლებიც მხოლოდ ნაწილობრივ ასრულებდნენ თავიანთ ფუნქციებს და სოციალური რისკების მართვის ტვირთი კვლავ პიროვნების ინსტიტუტს დააწვა. მხოლოდ ამ პერიოდის დასასრულს გამოიკვეთა სახელმწიფოს სურვილი თვისობრივად გადაეხედა სოციალური დაცვისა და ჯანმრთელობის დაცვის საფუძვლებისთვის და უფრო რეალური და შესაბამისი მიმართულება აერჩია.

⁷⁸ სამწუხაროდ, დამაჯერებელი მტკიცებულებები ამ მოდელის მდგრადობისა და ეფექტიანობის შესახებ არ მოიპოვება დაინტერესებული მხარეების მონდომების მიუხედავად ალიარონ ეს მოდელი წარმატებულად

3.3. სისტემის ცვლილებების მეორე ტალღა

3.3.1. სოციალური დაცვის სისტემა

თუ სახელმწიფოს მიერ განცხადებულ სიღარიბის შემცირებულ მაჩვენებლებს დავეყრდნობით და გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ სოციალური დაცვის სქემები არ ახშობს დასაქმების სურვილს, მაშინ სამართლიანობისა და ყაირათიანობის ნიშნით საქართველო ევროპულ მოდელთაგან ყველაზე ახლოს ანგლო-საქსურთანაა.

საქართველოს 2004-2010 წლების სოციალური დაცვის სისტემის შესაბამისობის ანალიზი ევროპულ სოციალურ მოდელებთან ასეთ სურათს იძლევა:

სისტემა აქცენტს აკეთებს სოციალურ დახმარებებზე და მოიაზრებს მას როგორც მაშველ სოციალურ ბადას. თუ არ გაამართლებს სოციალური რისკების მართვის სხვა მექანიზმები (რაშიც სახელმწიფო მინიმალურად ერევა) და მოქალაქე სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ აღმოჩნდება, მაშინ მისი უკანასკნელი მაშველი სწორედ სოციალური დახმარება ხდება. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური დახმარების ოდენობა ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად გაიზარდა, ის მაინც არ შეესაბამება საარსებო მინიმუმს და ამდენად, არ არის საკმარისი ელემენტარული არსებობისთვის. ამდენად, ცხოვრებისეული რეალობა სრულებით არ შეესაბამება ფორმალურს. მიუხედავად ამისა, საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა ამ პარამეტრით **ანგლო-საქსურ მოდელს** მიესადაგება.

ადრინდელთან შედარებით კიდევ უფრო ნაკლებად რეგულირდება შრომითი ურთიერთობები შრომის ბაზარზე, ახალი შრომის კოდექსით კიდევ უფრო შემცირდა პროფკავშირების როლი, ხოლო დაბალანაზღაურებადი დასაქმების ხვედრითი წილი მაღალი დარჩა. საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა ამ პარამეტრითაც **ანგლო-საქსურ მოდელს** უახლოვდება.

საქართველოში დასაქმების მაჩვენებელი 2004-2010 წლებში დაბალი რჩება, ანგლო-საქსურ მოდელი კი სხვა ევროპული მოდელებისაგან სწორედ დასაქმების შედარებით მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა. ფორმალურად, ამ ნიშნით საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა უახლოვდება **ხმელთაშუაზღვის მოდელს**.

თუ დავუშვებთ, რომ ასაკობრივ ჭრილში უმუშევართა შორის არსებითი განსხვავება არ არის, უმუშევრობის დონის თვალსაზრისით საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა შეიძლება მივუსადაგოთ **ანგლო-საქსურს**.

და ბოლოს, საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემაში, ასაკობრივი პენსიების გათვალისწინებით, ყველაზე მასშტაბურია სოციალური დახმარებები (ვინაიდან არსით ასაკობრივი პენსიები სოციალური დახმარებაა) და ამ ნიშნითაც კი შეიძლება თავისუფლად ისევ **ანგლო-საქსურ მოდელს** მივუსადაგოთ.

თუ არ ჩავთვლით დასაქმების პარამეტრს, 2004-2010 წლებში განხორციელებული ცვლილებების შედეგად სოციალური დაცვის სისტემა წინა პერიოდთან შედარებით კიდევ უფრო დაუახლოვდა

ანგლო-საქსურ მოდელს. საგულისხმოა, რომ ფიქსირებული ოდენობის (flat rate) ასაკობრივი პენსია დიდ ბრიტანეთშიც არსებობს, ოღონდ შენატანების გარეშე, ანუ დემოგრაფიის პრინციპით (ზოგადი გადასახადებიდან) დაფინანსებული ასაკობრივი პენსია გაიცემა მხოლოდ ორი კატეგორიის რეზიდენტებზე.

სოციალური რისკების მართვაში არაფორმალური ინსტიტუტის როლი არ შეცვლილა. სახელმწიფო ინსტიტუტმა ერთი რისკის – უმუშევრობის მართვა გადააბარა საბაზრო ინსტიტუტებს, ხოლო დროებითი შრომისუუნარობის რისკის მართვა პრაქტიკულად მთლიანად არაფორმალური ინსტიტუტის ამარა დარჩა (იხ. ილუსტრაცია 7 ქვემოთ).

შეიცვალა ბავშვის გაჩენისა და აღზრდის ტვირთის რისკის მართვის პრინციპი (2007 წლის სოციალური დახმარების შესახებ კანონის შესაბამისად). გაჭირვებისა და ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული რისკების მართვაში სახელმწიფო ინსტიტუტი, უკვე იყენებს სადაზღვევო სახელმწიფო პროგრამებს როგორც სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი, ისე მოსახლეობის სხვა კატეგორიებისთვის.

ილუსტრაცია 7: სოციალური დაცვის სარგებლის/სქემების მოკლე მიმოხილვა სოციალური რისკებისა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტების მიხედვით (2004-2010 წლები)

		სოციალური დაცვის ინსტიტუტები		
რისკები	სახელმწიფო	საბაზრო	არაფორმალური	
5 შემოსავლის დაკარგვა:				
5.1 დაბერება	ასაკობრივი პენსია	ნებაყოფლობითი დაგროვებითი სავაქსიო დაზღვევა	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები	
5.2 ხანგრძლივი შრომისუუნარობა (ინვალიდობა)	სოციალური პენსია		ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები	
5.3 მარჩენალის დაკარგვა	სოციალური პენსია			
5.4 დროებითი შრომისუუნარობა		უხელფასო შევებულება	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები	
5.5 უმუშევრობა		<ul style="list-style-type: none"> ერთი თვის შრომის ანაზღაურება ნებაყოფლობითი უმუშევრობის დაზღვევა 	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები	
5.6 სანარმოო ტრავმით / პროფდაავადებით გამოწვეული ინვალიდობა ⁷⁹		დამქირავებელი: ყოველთვიური სარჩო + დამატებითი ხარჯების ანაზღაურება	ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები	
6 ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული დანახარჯები	<ul style="list-style-type: none"> ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები 		შვილებისა და მშობლების ურთიერთ-მოვალეობები	

79 საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №48 1999 წლის 9 თებერვალი ქ. თბილისი

რისკები	სოციალური დაცვის ინსტიტუტები		
	სახელმწიფო	საბაზრო	არაფორმალური
7 ბავშვის გაჩენისა და აღზრდის ტვირთი	<ul style="list-style-type: none"> • ორსულობისა და მშობიარობის გამო დახმარება • შვილობილად აყვანის (მინდობით აღზრდის) ანაზღაურება • არაფულადი სოციალური დახმარება 	<p>ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის გამო შვებულების ანაზღაურება</p>	<p>ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთ-მოვალეობები</p>
8 გაჭირვება	<ul style="list-style-type: none"> • სოციალური დახმარება • ჯანმრთელობის დაზღვევა 		<p>შვილების მოვალეობა მშობლების მიმართ</p>

თუ სოციალური დაცვის სისტემას შევაფასებთ სიბერის გამო შემოსავლის სოციალური რისკის მართვის კუთხით, შევნიშნავთ, რომ მხოლოდ ასაკზე მიბმული სოციალური დახმარებების (ე.წ. საპენსიო სისტემის და შრომითი პენსიებით განსაკუთრებულ კატეგორიებზე (ანალოგი ევროპის ქვეყნებში არსადაა). 1995-2003 წლებთან შედარებით 2004-2010 წლებში საპენსიო სქემების მოწყობის თვალსაზრისით რაიმე თვისობრივი გარღვევა არ მომხდარა (სოციალური დაცვის სისტემის სხვა კომპონენტებისგან განსხვავებით). გაიზარდა მხოლოდ სარგებლის ოდენობა და ადმინისტრირების ეფექტიანობა. საპენსიო სისტემა მთელი ამ ხნის მანძილზე (შრომის ბაზრის განვითარების ანალოგიურად) დარჩა „გამოკიდებული“ და არამარტო დისონანსი შეიტანა სოციალური სისტემის მოწყობის არქიტექტურაში, არამედ სერიოზულ ტვირთად დაანვა სახელმწიფო ბიუჯეტს.

3.3.2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა

2004-2010 წლებში (პირველი წლის გამოკლებით) ჯანდაცვაში სახელმწიფო რესურსების შეგროვება მთლიანად ზოგადი საბიუჯეტო შემოსავლებიდან ხდება (საგადასახადო და საკანონმდებლო სივრცეში 2005 წლიდან გაქრა სადაზღვევო სამედიცინო შენატანის ან გადასახადის ცნება). ჯანდაცვაზე წინასწარ შეგროვილი თანხების ოდენობამ ნებაყოფლობით სადაზღვევო სექტორშიც იმატა.

სამედიცინო მომსახურების შესასყიდი სახსრები თავს იყრის (როგორც სახელმწიფოს სადაზღვევო პროგრამების, ისე ნებაყოფლობითი დაზღვევის სქემებში) კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციებში. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების უდიდესი ნაწილი ხმარდება სამედიცინო არასადაზღვევო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებს და ეს თანხები გარკვეული პერიოდის მანძილზე ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოში, შემდეგ კი სოციალური მომსახურების სააგენტოსა და ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრში აკუმულირდება.

სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ნაწილს ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები, ხოლო დანარჩენს – ზემოხსე-

ნებული „მხარჯველები“ (ფინანსური აგენტები).

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას უპირატესად კერძო სამედიცინო დაწესებულები ახორციელებენ, რომელთა ხვედრითი წილი ყოველწლიურად იზრდებოდა.

ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციების ამ სქემით ჩამოყალიბების შემდეგ ჯანდაცვის სისტემაში მომხდარი ცვლილებების ანალიზი ცალსახად მიუთითებს საბაზრო ურთიერთობების როლის გაზრდაზე სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის⁸⁰ განხორციელებაში. ეს ეხება არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, არამედ, პირველ რიგში, სახელმწიფო სახსრებით ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების დაფინანსებას. ეკონომიკის ლიბერალიზაციის შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროშიც სახელმწიფომ უპირატესობა მიანიჭა ბაზარზე უკვე კვალიფიციური სუბიექტებისათვის (სადაზღვევო კომპანიებისათვის) მომსახურების შესყიდვის (და უკვე მიწოდების) პასუხისმგებლობის გადაცემას. ჯანდაცვის სისტემაში 2010 წლისათვის არსებული მდგომარეობით შეუძლებელია სისტემის ანალოგის ევროპაში მოძებნა ან რომელიმე ევროპულ მოდელთან მიახლოება. ყველაზე მეტად პარალელურად გავლება აშშ-სთან შეიძლება, რამდენადაც აშშ-ს მთავრობამ საქართველოში სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოქალაქეებისათვის სამედიცინო მომსახურების პროგრამების ანალოგის – Medic Aid-ის ადმინისტრირებაში სადაზღვევო კომპანიები (და მართვადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები) ჩართო.

ჯანდაცვის ბაზრის როლის გაზრდის პარალელურად სახელმწიფომ წინა პერიოდთან შედარებით მინიმუმამდე შეამცირა სექტორის რეგულირება.

საქართველოში პირველად ჩატარდა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მოდიფიცირებული მეთოდოლოგიით (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2009) – განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის 9 კომპონენტი და თითოეული შეფასდა ინდიკატორების მეშვეობით.

შეფასებამ აჩვენა, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მეტ-ნაკლებად უმჯობესდება: 1995 წლიდან 2007 წლამდე სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 70,3-დან 75,1-მდე გაიზარდა, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა 14,1-მდე, ხოლო დედათა სიკვდილობა – 20,2-მდე შემცირდა (თუმცა 2009 წელს მკვეთრად – 52,07-მდე გაიზარდა). შეფასების ანგარიში ასკვნის, რომ „კიდევ გარკვეული გზა გასავლელი, რათა 2015 წლისთვის მიღწეულ იქნეს „ათასწლეულის განვითარების მიზნებით“ განსაზღვრული სამიზნე მაჩვენებლები: ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე – 7,0 და დედათა სიკვდილიანობა – 12,3“.

ჯანდაცვის სისტემის ცალკეული კომპონენტების ეფექტიანობის შეფასებისას წარმატებად იქნა მიჩნეული მიღწევები მმართველობის ნაწილში, კერძოდ, საგანგებო სიტუაციებისადმი ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის ციკლის პრაქტიკული

80 2004-2010 წლებში საჯარო სივრცეში არ გამოქვეყნებულა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის სრულყოფილი დოკუმენტი

რეალიზების (რესურსების რაციონალური განაწილების ჩათვლით) კუთხით, მაგრამ დაბალი შეფასება დაიმსახურა ჯანდაცვის სექტორის რეგულირებამ.

რაც შეეხება ჯანდაცვის რესურსების განაწილებისა და მომსახურების ფუნქციას, სისტემის ინფრასტრუქტურისა და ტექნოლოგიური პროცესების ოპტიმიზაციის დონემ, ჯანდაცვის სფეროს სათანადოდ მომზადებული და მოტივირებული კადრებით საჭირო ოდენობით უზრუნველყოფამ, დაბალი შეფასება დაიმსახურა. ასევე, სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის დონემ. სამაგიეროდ, შედარებით მაღალი შეფასება მიიღო სისტემამ ჰოსპიტალური დახმარების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. ძირითადად ჯანდაცვაზე, ერთ სულ მოსახლეზე კერძო დანახარჯების ზრდის მაღალი ტემპის გამო განსაკუთრებული ყურადღება მიიქცია სისტემის კერძო სადაზღვევო სქემებით ფუნქციონირების მიმართებით.

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება დადებითად შეფასდა ხოლო, სისტემის დაფინანსების ტვირთის არათანაბარი განაწილება უარყოფითად იქნა მიჩნეული (ეს ნაკლი 1990 წლიდან მუდმივად თან სდევს ჯანდაცვის სისტემას).

3.3.3. დასკვნა

სახელმწიფომ მოახდინა კარდინალური შეტრიალება და ინსტიტუციური მოდელის ნაცვლად სოციალური სისტემის მონყობა რეზიდუალური მოდელის მიმართულებით წარმართა, თუმცა ამის შესახებ საჯარო სივრცეში ცალსახა განცხადება არ გაკეთებულა⁸¹:

- „სოციალური დაზღვევის შენატანის“ ცნება შეიცვალა „სოციალური გადასახადით“, რითაც:
 - გაქრა სახელმწიფოს ვალდებულება სოციალურ დაცვაზე გადასახადის გადამხდელის წინაშე, რომელიც მანამდე სოციალური დაზღვევის შემტანს წარმოადგენდა. სახელმწიფო უპირობოდ ართმევს გადასახადს მოქალაქეს და მერე თავად წყვეტს, რა სახით შეასრულოს მოვალეობა სოციალურ სფეროში;
 - გადასახადმა დაკარგა მიზნობრიობა, ანუ გათანაბრდა სახელმწიფოს ბიუჯეტში სხვა წყაროებიდან მიღებულ შემოსავალთან. გადასახადის გადამხდელის მიმართ სოციალური ვალდებულებების გაჩენით სოციალური გადასახადი უკვე არაფრით განსხვავდება საშემოსავლო გადასახადისგან;
- შემდეგ გაქრა „სოციალური გადასახადის“ ცნებაც და მას „საშემოსავლო გადასახადი“ ჩაენაცვლა. სოციალური დაცვის პოლიტიკის კუთხით საჯარო სივრცეში გადასახადის გადამხდელსა

81 დღემდე არ არსებობს სოციალური დაცვის განვითარების ან ფუნქციონირების მწყობრი პოლიტიკის დოკუმენტი

და სახელმწიფოს შორის ურთიერთვალდებულებაში სოციალურ სფეროზე მინიშნებაც კი აღარ არსებობს, რაც ნიშნავს, რომ თუ სახელმწიფო გაიღებს სახსრებს სოციალური სფეროზე, ეს მხოლოდ მისი კეთილი ნებაა და არა გადასახადის გადამხდელის წინაშე რაიმე ვალდებულების შესრულებით გამონვეული ქმედება;

- „სოციალური დაზღვევის შესახებ საქართველოს კანონები“, ისე, რომ მათი ამოქმედება ვერც მოესწრო, სახელმწიფომ საბოლოოდ ძალადაკარგულად გამოაცხადა;
- სისტემის ორიენტირის შეტრიალების ბოლო, სიმბოლური გამოვლენა იყო სოციალური დაზღვევის ფონდის გაუქმება და მისი ფუნქციების სოციალური სუბსიდიების სააგენტოზე (შემდგომში „სოციალური მომსახურების სააგენტო“) გადაცემა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა კონცეპტუალურად და ფუნქციურად დაუახლოვდა სოციალური დახმარების სისტემას (გაიზარდა „შენყობილობის ხარისხი“). უფრო მეტიც, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება ჯანმრთელობის დაზღვევით სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიმართებით მთლიანად დამოკიდებული გახდა სოციალური დაცვის სისტემის მისამართული (targeted) სოციალური დახმარებების ინსტრუმენტებზე. რეზიდუალური სოციალური დაცვის მოდელის უმნიშვნელოვანესმა პრინციპმა – სელექტიურობამ შესაბამისი ასახვა ჰპოვა ჯანდაცვის სისტემაშიც.

4. შეჯამება

4.1. რა მივიღეთ?

*„თვალეში ხომ გავს, ბატონო?... გავს.
ცხვირი ხომ გავს ბატონო?... გავს!
ტუჩ-ნიკაპი?... გავს? კი წააგავს. გავს.
აბა რას მერჩით მაშინ?
... მაგი მაინც არაა ჩემი სიდედრი...“*

დიალოგი კინოფილმიდან „არაჩვეულებრივი გამოფენა“

20 წლის განმავლობაში ცდილობდა საქართველო, საბჭოთა პერიოდიდან გამოყოლილი, სოციალ-დემოკრატიული რეჟიმისთვის დამახასიათებელი ნორდიული მოდელი ჯერ კონსერვატიული (სოციალური დაზღვევით გამორჩეული), შემდეგ კი ანგლო-საქსურ-ლიბერალური მოდელით შეეცვალა. საზოგადოებას, რომელსაც კარგად ახსოვდა საბჭოთა პერიოდის სოციალური უზრუნველყოფის გემო, დროის ძალიან მოკლე მანძილზე მოუწია თავის თავზე გამოეცადა ერთმანეთისგან რადიკალურად განსხვავებული – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის მოწყობის სიკეთე თუ სიმწარე. სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ასეთი ამპლიტუდით ცვლილებების მხრივ საქართველოს ძნელად თუ მოეპოვება ანალოგი.

2002-2003 წლებში სახელმწიფო დადგა არჩევანის წინაშე: გაეგრძელებინა სვლა სოციალურ კეთილდღეობაზე („უზრუნველი ყოფის“) ორიენტირებული სახელმწიფოს მშენებლობისკენ, თუ ხელი აეღო ეკონომიკური განვითარებისათვის შეუფერებელ ოცნებაზე და დასჯერებოდა ლიბერალური მოდელისათვის დამახასიათებელ, სოციალური დაცვის ბევრად უფრო მოკრძალებულ სისტემას, რომელიც, პირველ რიგში, ხელს არ შეუშლიდა ეკონომიკურ აღმასვლას და არსებული შესაძლებლობის გათვალისწინებით რეალურ სიკეთეს მოუტანდა საზოგადოებას.

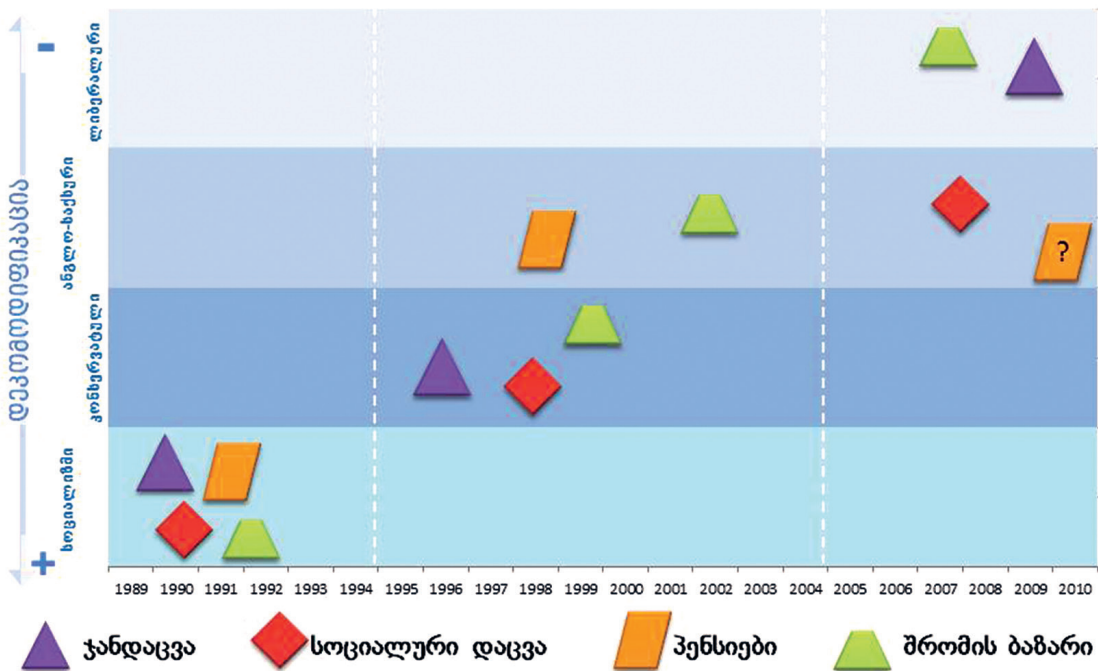
არჩევანი განცხადდა 2004 წლის შემდეგ ხელისუფლებების ქმედებებით, რომელმაც სოციალური დაცვის სისტემის განვითარება ინსტიტუციურიდან მკვეთრად შეატრიალა რეზიდუალური მოწყობისკენ.

შეტრიალება იყო მკვეთრი, მაგრამ არა სრულფასოვანი: რესურსების მოხმარების ოდენობის, მოსარგებლეთა რიცხოვნობისა თუ საზოგადოებრივი ინტერესის თვალსაზრისით სოციალური დაცვის სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი კომპონენტი – „ასაკობრივი პენსიები“ წარსულში დარჩა და ძლიერი დისონანსი შექმნა ახალი სისტემის არქიტექტურაში.

შედეგად მივიღეთ სოციალური დაცვის სისტემა, რომლის ნახევარი მოძრაობს ერთი უკიდურესობისკენ, მეორე კი დაკარგულია სივრცესა და დროში.

სქემაზე (იხ. ილუსტრაცია 8 ქვემოთ) პენსიები შემთხვევით არ არის გამოყოფილი სოციალური დაცვისგან (თუმცა რეალობაში მისი ნაწილია): ასე რომ არა, ძნელი იქნებოდა იმის გარკვევა, თუ სად იყო ან სად მივიდა სოციალური დაცვა. ასაკობრივ პენსიას თუ არ ჩავთვლით, შესაძლებელია საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის ამა თუ იმ ევროპული მოდელის მიმართულებით „მოგზაურობის“ ტრაექტორიის დადგენა. ეს არის ნორდიული (სოციალურ-დემოკრატიული) მოდელიდან ჯერ კონსერვატული (კონტინენტური ევროპისათვის დამახასიათებელი⁸²) და შემდეგ ანგლო-საქსური მოდელისაკენ გადანაცვლება. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის „ევოლუციის“ ტრაექტორია კიდევ უფრო ციცაბოა: კონსერვატული (სოციალური დაზღვევის) მოდელიდან მან მკვეთრად გადაინაცვლა ლიბერალურ, უფრო სწორად კი თავისუფალ ბაზარზე დაფუძნებული მოდელისკენ (ანუ, დეკომოდიფიკაციის თვალსაზრისით, გაუსწრო სოციალურ დაცვის სისტემას).

ილუსტრაცია 8: სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების „ევოლუცია“ საქართველოში



ის, რაც ამ სქემაზე ტერმინით „პენსიები“ არის აღნიშნული და გულისხმობს ასაკობრივ პენსიებს, თავის არსით არც ასაკობრივი პენსიაა და არც სოციალური დახმარება. ამდენად, შეუძლებელია სოციალური დაცვის სისტემის კვალიფიცირება სქემების ტოპოლოგიების მიხედვით:

82 ხმელთაშუაზღვის მოდელი Esping-Anderson-ის ტიპოლოგიაში კონსერვატულ რეჟიმს განეკუთვნება

- ასაკობრივი პენსიის სქემის დიზაინი 1995 წლიდან 2010 წლამდე არ შეცვლილა, იცვლებოდა სარგებლის ოდენობა და მის გადასინჯვის ლოგიკა, რომელიც თავიდან ბაზრის ლიბერალიზაციაზე, შემდეგ კი უფრო პოლიტიკის ციკლებზე იყო მიბმული.
- ცვლილებების პირველი ტალღის დროს (1995-2004 წწ.) ასაკობრივი პენსიის სქემა:
 - ჯერ აღიქმებოდა, როგორც PAYG ტიპის (თაობებს შორის სოლიდარობის) სოციალური დაზღვევის მექანიზმი, რომელიც თავიდან ბოლომდე თუ არა, სიბერის გამო შემოსავლის დაკარგვის შემდეგ მაინც მნიშვნელოვნად უნდა უნარჩუნებდეს პიროვნებას ცხოვრების ხარისხს. ვინაიდან მისი ჩანაცვლების მაჩვენებელი ძალიან დაბალი იყო, ასაკობრივი პენსია თავისი არსით ძალიან შორს იყო მისი ფასადური სტატუსისგან.
 - მოგვიანებით ის მიჩნეული იყო სიღარიბის დაძლევის ერთ-ერთ ძირითად ინსტრუმენტად, ანუ სოციალური დახმარების სქემად (რომელსაც ბიუჯეტის საერთო შემოსავლების პარალელურად, სოციალური დაზღვევის შენატანები აფინანსებდა), თუმცა თავისი უნივერსალური ხასიათის გამო მისი გავლენა სიღარიბის შემცირებაზე უმნიშვნელო იყო (იხ. ილუსტრაცია 31, გვ. 85).
- ცვლილებების მეორე ტალღის დროს (2004-2010წწ.) ასაკობრივი პენსიების სქემამ სოციალური დახმარების სახე მიიღო, შეიცვალა მისი დაფინანსების წყარო (საერთო საბიუჯეტო შემოსავლები – ანუ, ამ თვალსაზრისით, იქცა დემოგრანტის სქემად) მაგრამ, ახალ კონფიგურაციაში ის შეუსაბამობაში მოვიდა სისტემის ფუნდამენტურ პრინციპთან – სელექტივიზმთან. სოციალური დახმარება გაიცემა მათზე, ვინც ვერ უმკლავდება სოციალურ რისკს – „გაჭირვებას“, ანუ შერჩევით და მისამართულად, ასაკობრივი პენსია კი ფარავს ყველას, ვინც საპენსიო ასაკს მიაღწია.

ასაკობრივი პენსიის დროსა და სივრცეში აცდენა სისტემის თვალსაზრისით არ განეკუთვნება მხოლოდ აკადემიური მსჯელობის სფეროს. ასაკობრივი პენსიის ასეთი სახით არსებობა ძალიან ძვირი უჯდება ქვეყანას და სერიოზულ საფრთხეს უქმნის სისტემის განვითარებას მდგრადობისა და რეზიდუალური მოწყობის მიმართებით.

თუ გავითვალისწინებთ მიდგომებს, რომლითაც ბალტიისპირეთისა (Paas, et al, 2004) ევროკავშირის ახალი ნევრი ქვეყნების (Rovelli, 2007) ადგილი განისაზღვრა ევროპული სოციალური დაცვის მოდელს შორის, ასევე შრომის ბაზრის სახელმწიფო პოლიტიკაზე დაფუძნებული ევროპის სოციალური დაცვის მოდელების მეთოდოლოგიით (Bertola, et al., 2001), საქართველოს განთავსება ცალკე სვეტში მოგვიწევს (იხ. ილუსტრაცია 38, გვ. 105).

ილუსტრაცია 9: ევროკავშირის სოციალური დაცვის სისტემები შრომის ბაზრის არადაზღვევადი რისკებისგან დაცულობის ხარისხის მიხედვით



წყარო: (Rovelli, 2007), მოდიფიცირებული ავტორების მიერ

შრომის ბაზრის ორი ძირითადი მახასიათებლის – კანონმდებლობით დასაქმების დაცულობისა და (კანონმდებლობის/რეგულირების სიმკაცრე) და უმუშევრების სოციალური დაცვის ხარისხების მიხედვით ევროკავშირის ქვეყნების განაწილება და საქართველოს განთავსება (მწვანე ფერის მართკუთხედი, Geo – ინერციის ფაზის დასაწყისი, Geo I – ცვლილებების პირველი ტალღა, Geo II – ცვლილებების მეორე ტალღა) შემდეგნაირად გამოიყურება (იხ. ილუსტრაცია 9 ზემოთ): სურათზე ჩანს, რომ ზედა მარჯვენა კვადრანტიდან საქართველომ საპირისპირო მხარეს – ქვედა მარცხენა კვადრანტში გადაინაცვლა და ლიბერალიზმისა და რეზიდუალური პრინციპის თვალსაზრისით გაუსწრო აშშ-ს დაშორდა ევროკავშირის (EU 15) ყველა ქვეყანას.

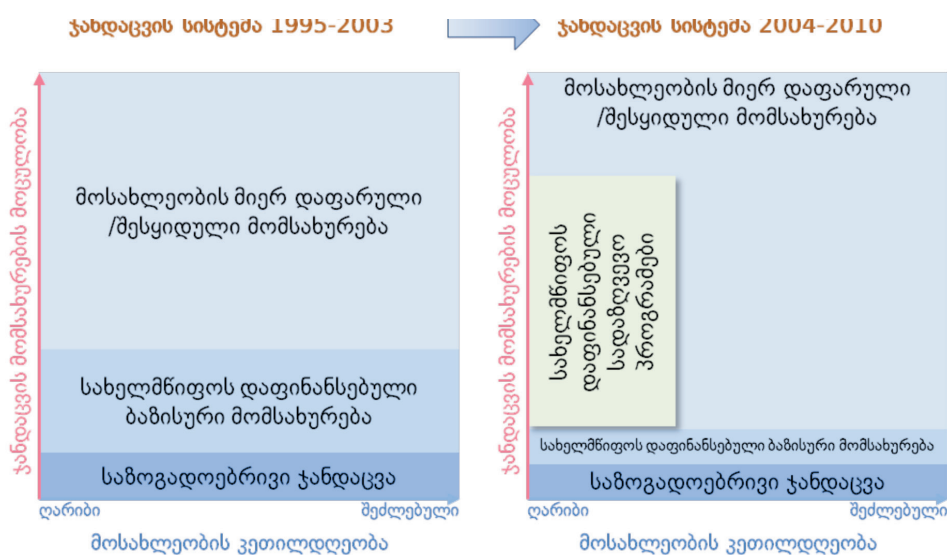
სოციალური დაცვის სისტემის მოწყობის ეკლექტიზმი ნაკლებად „გადაედო“ ჯანდაცვის სისტემის მოწყობას: სისტემაში აღარ არის მოჩვენებითი ფასადი, პრაქტიკულად თანხვედრილია ქალაქში გადატანილი და ცხოვრებისეული რეალობა, თუმცა არ არის დაბალანსებული თავად სისტემის კრიტიკული კომპონენტები (ჯანდაცვის ბაზრის ინსტიტუციური განუვითარებლობა ამის თვალსაჩინო მაგალითია) და მის სასურველ თუ საბოლოო კონფიგურაციაზე საუბარი მხოლოდ ვარაუდის დონეზეა შესაძლებელი.

ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეზე ბალანსის ნაკლებობის მაგალითები:

სისტემის კომპონენტი / დონა	აღწერა
ჯანმრთელობის დაცვაზე ვალდებულებების განაწილება (სახელმწიფოსა და საზოგადოებას შორის)	სახელმწიფომ მკაფიოდ შემოფარგლა საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვაზე საკუთარი ვალდებულება (და პირნათლად ასრულებს), მაგრამ საზოგადოება სრულფასოვნად ვერ აცნობიერებს, რა მოცულობის ვალდებულება დააწვა მხრებზე. ამაზე მეტყველებს არაადექვატური მოლოდინები და ქცევა (ე.წ. ხუთლარიანი დაზღვევის პროგრამის ჩავარდნა ამის მაგალითია). საბოლოო ჯამში, ვალდებულებების ფიქსაცია და გათავისება არ არის თანაბარი.
როლების განაწილება ჯანდაცვის ბაზარზე	ბაზარზე მოთამაშეების გავლენა ასიმეტრიულია (ჯანდაცვის ბაზრის საყოველთაოდ აღიარებული თავისებურება). მომხმარებლის (პაციენტის) უფლებების დამცველი ან ინტერესების გამომხატველი მოთამაშეები არ არსებობენ. იგივე ითქმის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზეც. სამედიცინო მომსახურების (არარაციონალური) მოხმარების სურათი (არაბუნებრივად მაღალი ხარჯები მედიკამენტებზე, ამბულატორიული მომსახურების დაბალი ხვედრითი წილი, ექთნებისა და ექიმების თანაფარდობა) ამის საუკეთესო დასტურია.
პროფესიულ სივრცეში პასუხისმგებლობები და პაციენტის უფლებები	(სამედიცინო) საქმიანობის ხარისხზე ზეგავლენას ვერ ახდენს პროფესიული სივრცეში თვითრეგულირების მექანიზმი (პროფესიული ასოციაციები სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლების ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა მექანიზმები), ვერც მომსახურების კვალიფიციური შემსყიდველი და ვერც სახელმწიფო (საკეისრო კვებების მაღალი ხვედრითი წილი – 14.4% 2005 წელს (Serbanescu, et al., 2009) და 23.9% 2009 წელს (UNICEF, 2010) ამის თვალსაჩინო მაგალითია).

ყველაზე არსებითი, რაც მივიღეთ, არის სახელმწიფოს მიერ ვალდებულებების მკაფიო დაფიქსირება საზოგადოების გარკვეული ნაწილისათვის ჯანმრთელობის მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და მთელი მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის გარკვეული კატეგორიის პრობლემების მოგვარებაზე. ვალდებულება და რესურსები დაბალანსებულია.

ილუსტრაცია 10: ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს ვალდებულებების განაწილება მოსახლეობის კეთილდღეობისა და მომსახურების მოცულობის მიხედვით



სავსებით გასაგებია, ბევრს არ აკმაყოფილებდეს ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების მოცულობა (და მათ შესრულებაზე გამოყოფილი რესურსების ოდენობა). ამ თემაზე საჯარო დისკუსია და სახელმწიფოს პრიორიტეტებში ჯანდაცვის წინა პლანზე წამოწევა საჯარო მართვის ჯანსაღი პროცესის ბუნებრივი ასპექტია. მთავარია, რომ სისტემაში გამოიკვეთა მკაფიო მექანიზმები, რომლებიც ერთმანეთთან აკავშირებს შედეგებსა და რესურსებს. ის, თუ ჯანდაცვაზე დღეს სახელმწიფო ხარჯავს ბევრისთვის სასურველზე ნაკლებს, არის არა ჯანდაცვის სისტემის ნაკლი, არამედ საჯარო პოლიტიკის სივრცეში გადანყვეტილების მიღების (პრიორიტეტის განსაზღვრის) არსებული პრაქტიკის შედეგი. დღევანდელი სისტემა გაცილებით უკეთესად იძლევა საშუალებას გათვალისწინოთ დამატებითი სიკეთეს მოიტანს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ბიუჯეტის გაორმაგება. თუმცა მარტივ, მაგრამ ფუნდამენტურ კითხვაზე პასუხი, რას მოხმარდება გაორმაგებული რესურსები, მაგალითად, არსებული ვალდებულებით მეტი გაჭირვებული ადამიანის მოცვას, უკვე მოცული სამიზნე ჯგუფის წინაშე ვალდებულების გაზრდას, თუ საზოგადოებრივი სიკეთის (public good) გაზრდას (მაგალითად, ჯანდაცვის პრევენციული ღონისძიებების ხელშეწყობას), სისტემაში ჩახედული ადამიანისთვისაც კი 2010 წელს ძნელად გამოსაცნობი იყო (სისტემის დაბალანსების პრობლემის კიდევ ერთი მაგალითი).

4.2. რატომ მოხდა?

შესაძლებელია თუ არა, რომ 20 წელიწადში ორჯერ, თან დიამეტრალურად შეიცვალოს სოციალური დაცვის სისტემა? ან რამდენად შესაძლებელია სოციალური დაცვის სისტემა იყოს ასეთი ეკლექტური?

რატომ გაჩნდნენ დროის მოკლე პერიოდში დიამეტრალურად განსხვავებული სოციალური დაცვის სისტემები?

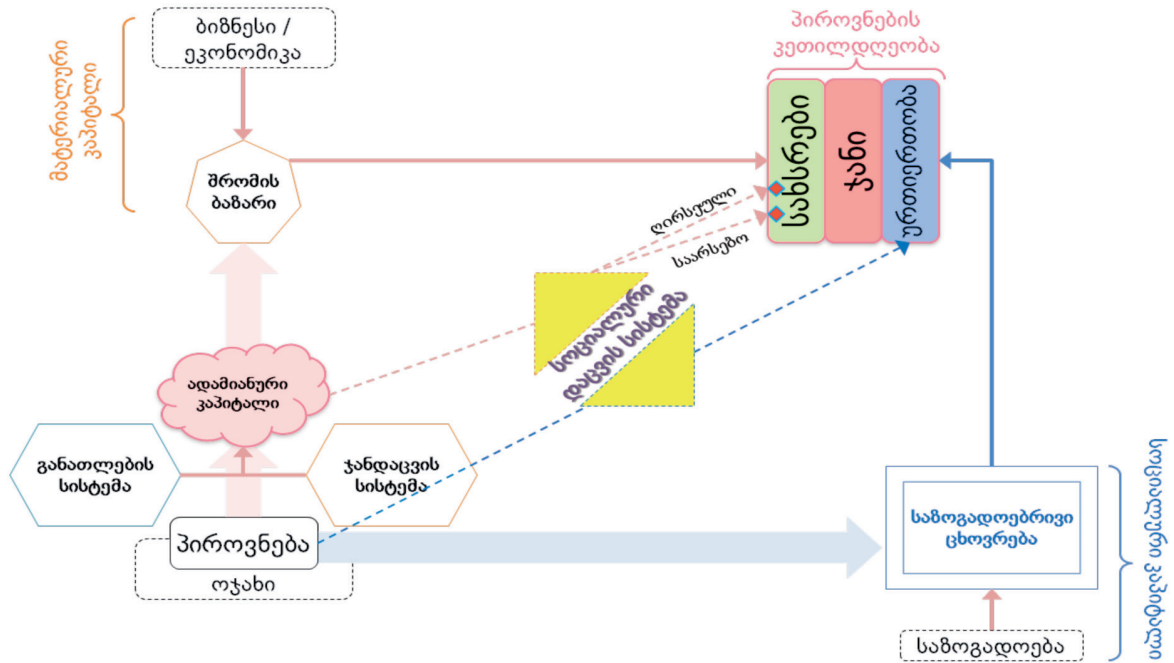
სოციალური დაცვის სისტემის ჩამოყალიბებას, თუ ის ბუნებრივად (ევოლუციურად) აღმოცენდება, ათწლეულები ჭირდება, მის ცალკეული კომპონენტის განვითარების დაჩქარებას ან კორექტირებას კი სულ მცირე 5-10 წელი (საპენსიო სისტემებს ინერტულობის გათვალისწინებით – თაობის ცვლა ხდება საჭირო).

შეიძლება თუ არა საქართველოში სოციალური დაცვის სისტემის ასეთი სწრაფი გადანაცვლა და ეკლექტურობა აიხსნას იმით, რომ ცვლილებების არც პირველი და არც მეორე ტალღის დროს არ შეიქმნა სისტემა, არამედ მოხდა მისი იმიტაცია – შეიქმნა კონსტრუქცია, რომელიც სოციალური დაცვის სისტემას მხოლოდ გარეგნულად წააგავდა, მაგრამ არსით ის არ ყოფილა მისი შინაარსის მატარებელი.

ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად კიდევ ერთხელ ჩავუღრმავდეთ სოციალური დაცვის სისტემის არსს იმ ქვეყნების მაგალითზე, სადაც ის ბუნებრივად, ევოლუციურად აღმოცენდა.

წარმოვიდგინოთ ზრდასრული პიროვნება: ოჯახმა, სოციალურ-კულტურულმა გარემომ, განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემამ შესძინა მას ადამიანური კაპიტალი.

რა არის საჭირო იმისათვის, რომ ადამიანური კაპიტალი გადაიქცეს პიროვნების კეთილდღეობის საშუალებად?



დავუშვათ, რომ პიროვნების კეთილდღეობის სამი მდგენელია სახსრები (ფული), სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობა (ჯანი) და ადამიანური ურთიერთობები (სითბოს გაცვლა, ზრუნვა და ა.შ.).

ჩავთვალოთ, რომ ადამიანური კაპიტალის ერთი მდგენელი – სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობა უკვე წაადგა პიროვნების კეთილდღეობას. რჩება ორი – სახსრები და ურთიერთობები.

კეთილდღეობისთვის სახსრების მოპოვება პიროვნებას მხოლოდ შრომის გაყიდვით შეუძლია. შრომა რომ გაიყიდოს, უნდა არსებობდეს შრომის ისეთი ბაზარი, სადაც შრომის გაყიდვის სანაცვლოდ პიროვნება შეძლებს მიიღოს მატერიალური თვალსაზრისით ღირსეული, არსებობისთვის საჭირო სახსრები. ადამიანური კაპიტალი შრომის ბაზრის გავლით მატერიალურ სახსრებად რომ გადაიქცეს, ბუნებრივია, უნდა არსებობდეს ეკონომიკა (ბიზნესი).

ეს ნიშნავს, რომ პიროვნების კეთილდღეობისათვის გადამწყვეტია არსებობდეს შრომის ისეთი ბაზარი, სადაც შრომის გაყიდვა იძლევა ღირსეული არსებობისთვის სახსრების მიღების საშუალებას.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ნებისმიერ სახელმწიფოში პიროვნების კეთილდღეობის მატერიალური მხარე უკავშირდება შრომის ბაზარს და სწორედ მისი სრულფასოვანი ფუნქციონირება არის განვითარებულ საზოგადოებების კეთილდღეობის განმსაზღვრელი.

შესაძლებელია თუ არა საქართველოში საზოგადოებამ შრომით ირჩინოს თავი და დამოკიდებული ადამიანები (ოჯახის წევრები)?

რამდენად იძლევა საქართველოში შრომის ბაზარი არსებობისა ან ღირსეული ცხოვრებისთვის საკმარისი ანაზღაურების მიღების საშუალებას დამოკიდებული მრავალ ფაქტორზე (ეკონომიკის განვითარებისა და პროფილის შესაბამისად შრომის მოთხოვნაზე, შრომის ბაზრის ინსტიტუციური მოწყობასა და განვითარების ხარისხზე და ა.შ.) და მათი გათვალისწინებით საქართველოში შრომის ბაზრის სისტემური ანალიზი ცალკე განხილვის თემაა. შრომის ბაზრის გამართულობის საზომად (სადაც აისახება არა მხოლოდ შრომის ბაზრის ინსტიტუციური მოწყობა, არამედ ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა) ერთი მახასიათებლით შემოვიფარგლებით.

ცვლილებების პირველი ტალღის დროს დასაქმებით მიღებული (სახელფასო) შემოსავალი არა თუ ცხოვრების ღირსეულ დონეს, არამედ სიღარიბიდან თავის დაღწევასაც კი ვერ უზრუნველყოფს. ცვლილებების მეორე ტალღის დროს მდგომარეობა არსებითად არ უმჯობესდება: 2010 წელს საშუალო მომხმარებლის საარსებო მინიმუმი 118 ლარი, შრომის გაყიდვით (სასოფლო პროდუქციის რეალიზაციის ჩათვლით) მიღებული შემოსავალი ერთ სულზე კი – 81ლარია, ანუ საარსებო მინიმუმის 68% !

გამოდის, რომ საზოგადოების კეთილდღეობის მიღწევის (ადამიანური კაპიტალის მონეტიზაციის) თვალსაზრისით შრომის ბაზარი საქართველოში თავის დანიშნულებას ვერ ასრულებს – მხოლოდ შრომის გაყიდვა ადამიანს ვერ არჩენს (ღირსეულ ცხოვრებაზე საუბარიც კი ზედმეტია). ამაზე მეტყველებს დამოუკიდებლობის მიღწევის შემდეგ მასობრივი შრომითი მიგრაცია (სხვა ქვეყნების შრომის ბაზრებზე შრომის გაყიდვა) და ფულადი გზავნილები.

თავდაპირველად რა ფუნქცია ჰქონდა სოციალურ დაცვას განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც შრომის გაყიდვა უზრუნველყოფდა ღირსეულ ცხოვრებას?

მას ქონდა ერთადერთი ფუნქცია – არ დაცემულიყო პიროვნების ცხოვრების ხარისხი, თუ იგი შრომის ბაზარზე შრომას ვერ ყიდიდა. ანუ, სოციალური დახმარების სისტემას მოეთხოვებოდა დროებით (ან მუდმივად) ჩაენაცვლებინა შრომის ბაზარი, თუ შრომის გაყიდვა არ იყო საკმარისი ღირსეული ცხოვრებისთვის ან აღარ შესწევდა მუშაობის უნარი.

ამ საზოგადოებაში პიროვნების მატერიალური კეთილდღეობისთვის შრომის ბაზარი იყო პრიმატი, ხოლო სოციალური დაცვა კი – სათადარიგო მექანიზმი.

ეს პრინციპი ყველა ევროპულ თუ სხვა განვითარებულ ქვეყანაში მკაცრად დაცულია, განსხვავდება მხოლოდ მექანიზმი. ამ ქვეყნებში სოციალური დაცვის სისტემა ევოლუციურად დააშენეს შრომის ბაზარს, რომ შრომის გაყიდვის წარუმატებლობას არ ჩაეგდო ადამიანი სიღარიბეში (მაგ. ანგლო-საქსურ მოდელი) ან შეძლებოდა ღირსეულად ცხოვრება (კონსერვატიული და სოციალ-დემოკრატიული მოდელები).

განვითარების გარკვეულ ეტაპზე სოციალური დაცვის სისტემის ფუნქცია განსაკუთრებით გაიზარდა ევროპაში: შრომის ბაზრის ჩანაცვლებასთან ერთად (კეთილდღეობის მატერიალური მდგე-

ნელთან დაკავშირებით) მას დაემატა ახალი – გარიყულობის (social exclusion, მარგინალიზაციის) შემცირების ფუნქცია.

სტრატეგიულად ეს ასე გამოიყურება: პიროვნება, მონაწილეობს რა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, აგრძელებს სოციალურ კაპიტალს და როგორც საზოგადოების სრულფასოვანი წევრი, იძენს ურთიერთობებს. მატერიალური პრობლემებისა თუ სხვა მიზეზების გამო პიროვნება შეიძლება ვეღარ მონაწილეობდეს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, დაკარგოს ურთიერთობათა წრე და აღმოჩნდეს საზოგადოებიდან გარიყული.

თუ პიროვნებამ, მიზეზისგან დამოუკიდებლად (თუმცა ეს ხშირად მატერიალურ უზრუნველყოფას უკავშირდება), თავის დროზე ვერ დააგროვა სოციალური კაპიტალი, ან მოგვიანებით დაკარგა და გარიყული აღმოჩნდა, სოციალური დაცვის სისტემა ცდილობს ჩაანაცვლოს საზოგადოებრივი ურთიერთობები და მოახდინოს პიროვნების ინტეგრაცია. სოციალური დაცვის სისტემის ეს ფუნქცია, ეთნო-ფსიქოლოგიური და კულტურული თავისებურებებიდან გამომდინარე, სხვადასხვანაირად გამოიკვეთა ევროპულ ქვეყნებში.

საქართველოსთან მიმართებით სოციალური დაცვის აღნიშნულ ფუნქციაზე საუბარი ამ ეტაპზე ნაადრევია.

გამოდის, რომ საქართველოში სოციალური დაცვის სისტემების შექმნის მცდელობა ორივე შემთხვევაში შრომის ისეთი ბაზრის (და ეკონომიკის განვითარების) პირობებში ხდებოდა, როცა შრომა არ იყო საკმარისი თავის სარჩენად და ტვირთი ძალაუხერხებულად სოციალური დაცვის მხრებზე გადადიოდა, რომლის ტარება არცერთი განვითარებული ქვეყნის სოციალური დაცვის სისტემას არ ხელეწიფება.

სოციალური დაცვის სისტემის აღმოცენებას საქართველოში არ გააჩნდა საყრდენი. თუ ძირითადი სისტემა – შრომის ბაზარი – ვერ ასრულებდა თავის დანიშნულებას, სათადარიგო სისტემა მას ვერანაირად შეასრულებდა. ანუ, საქართველოში თანამედროვე ევროპული ტიპის სოციალური დაცვის სისტემის ევოლუციური გზით აღმოცენების დრო ჯერ არ დამდგარა.

საქართველოში სოციალური დაცვის სისტემების ცალკეული კონსტრუქციები (და არა სისტემა) ევოლუციის ნაცვლად ხელოვნურად, სახელმწიფოს ნებით, ყოველგვარი საფუძვლის გარეშე შეიქმნა. გარეგნული მსგავსების მიუხედავად, 20 წლის მანძილზე არ შექმნილა რეალური სოციალური დაცვის სისტემა, რომელიც თავის მთავარ დანიშნულებას მოემსახურებოდა. ამის ნაცვლად შეიქმნა სოციალური დაცვის სისტემის მხოლოდ ფასადი – გაცილებით უფრო მსუბუქი კონსტრუქცია, ვიდრე შრომის ბაზარზე დაშენებული, მასში ფესვებგადგმული სისტემა. შესაბამისად, მსუბუქი კონსტრუქციის დემონტაჟი და დროის მოკლე მონაკვეთში ახალის ისე აწყობა, რომ ხელუხლებელი დარჩეს ფასადის ერთი სოლიდური ნაწილი (საპენსიო სქემა), სავსებით შესაძლებელია.

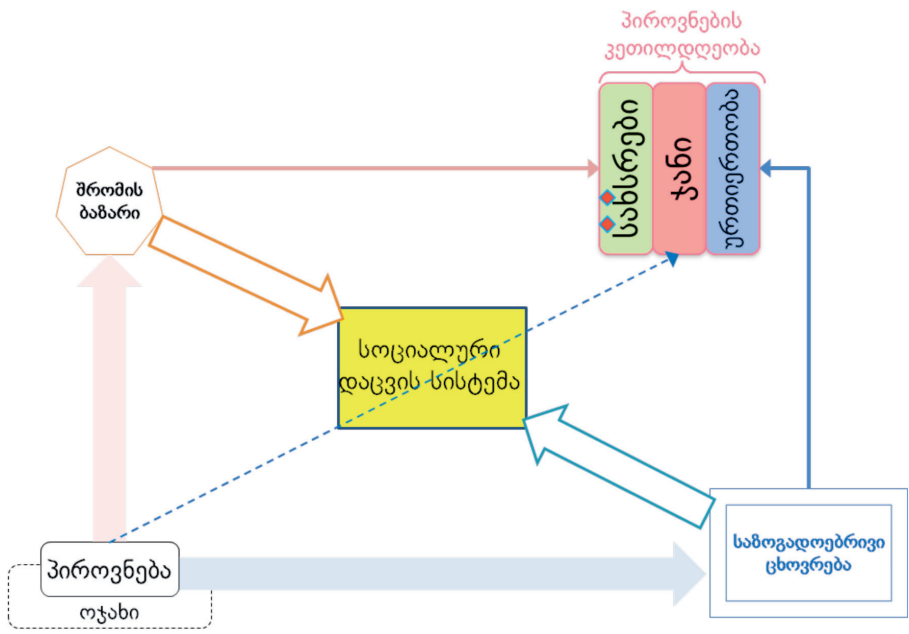
პასუხი პირველ კითხვაზე, შეიძლება თუ არა 20 წელიწადში დიამეტრალურად განსხვავებული სოციალური სისტემების განვითარება, შემდეგია:

შეიძლება, რადგან საქართველოში სოციალური დაცვის სისტემის მხოლოდ იმიტაცია ხდებოდა და ასე დარჩება მანამ, ვიდრე არ ფორმირდება შრომის ბაზარი და საზოგადოება, სულ მცირე, შრომით ირჩენს თავს და მიიღებს მატერიალური კეთილდღეობას.

არცაა გასაკვირი, რომ ევროპული მოდელების (ტიპოლოგიის) გამოყენებით საქართველოში სოციალური დაცვის სისტემის მთელი ანალიზი განიხილავდა ამა თუ იმ მოდელთან მსგავსების და არა რეალურად მიკუთვნების საკითხს. საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის მიკუთვნება ამა თუ იმ ევროპულ მოდელთან შესაძლებელი გახდება მხოლოდ მაშინ, როცა ფორმირდება შრომის ბაზარი. ამ ეტაპზე, რომ არა საპენსიო სქემა, სოციალური დაცვის სისტემა საზოგადოებისა და ეკონომიკის განვითარების მოთხოვნებს პასუხობს:

- ის, სოციალური გადასახადებისა თუ შენატანების სახით, ტვირთად აღარ აწვევა ეკონომიკას, კერძოდ შრომას, და აღარ წარმოადგენს საფრთხეს ჩრდილოვანი ეკონომიკური (შრომითი) ურთიერთობების გავრცელების კუთხით;
- უმსუბუქებს ყოფას უკიდურესად გაჭირვებულებს, რომლებსაც არ შესწევთ უნარი შრომით მოიპოვონ საარსებო სახსრები.

რამ განაპირობა სოციალური დაცვის სისტემის ეკლექტურობა საქართველოში?



სოციალური დაცვის სისტემის არქიტექტურას თავიდან ბოლომდე განსაზღვრავს შრომის ბაზრის სპეციფიკა და საზოგადოებრივი ცხოვრების თავისებურებები (რომლებიც ასახავს საზოგადოების ფასეულობებსა და ნორმებს):

- შრომის ბაზარი განსაზღვრავს სოციალური დაცვის **ამოცანას** და სოციალური დაცვის სისტემის დამოკიდებულებას შრომის ბაზართან. შრომის ბაზარი არის სოციალური დაცვის სისტემის საძირკველი;
- საზოგადოება, მისი სტრუქტურა, საზოგადოებრივი ცხოვრების წესი, ფასეულობები განსაზღვრავს სოციალური დაცვის მექანიზმებს (ანუ იმას, თუ როგორ უნდა შეასრულოს ამოცანა სოციალურმა დაცვამ, როგორ უნდა შეგროვდეს და დაიხარჯოს კოლექტიური, ანუ სოლიდარული რესურსები). საზოგადოების ქსოვილი არის ის, რაც განსაზღვრავს სისტემის „კედლებს“.

საქართველოში ცვლილებების პირველი და მეორე ტალღის დროს არ არსებობდა შრომის ბაზარი, ანუ ათვლის წერტილი სისტემის ფორმირებისთვის.

პირველი ტალღის დროს არც არავის შეუსწავლია საზოგადოების ფასეულობები და მოლოდინები, მაგალითად: რას ნიშნავს პიროვნების კეთილდღეობა ან სოლიდარობა ქართულ საზოგადოებაში; ან პიროვნების კეთილდღეობა კოლექტიური პასუხისმგებლობაა თუ ინდივიდუალური. სოციალური დაზღვევის ლოზუნგით ისე შენდებოდა სისტემა (მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის), რომ არავინ იცოდა სინამდვილეში, რა ზომის სოლიდარობის ტვირთის ტარებისთვის იყო მზად საზოგადოება, ან რის მიღება სურდა კოლექტიურ ყულაბაში შენატანის სანაცლოდ. იგივე შეიძლება ითქვას ცვლილებების მეორე ტალღაზეც – სისტემის მონყობა ეფუძნება უფრო რწმენას, რომ ასეთი მონყობა საუკეთესოა და სჭირდება საზოგადოებას (ან ნააგავს რა რომელიმე ევროპულ მოდელს, უფრო გვაახლოებს ევროპასთან), ვიდრე რაიმე მტკიცებულებას.

ეკლექტიურობის ასახსნელად საკმარისია აღვნიშნოთ, რომ როცა სისტემა არსით ფასადურია, ეფუძნება შრომის არარსებულ ბაზარს, იგნორირებულია საზოგადოების ფაქტორი და იქმნება ფორსირებულად, ის ვერასოდეს იქნება ამ ქვეყნისთვის ორგანული (შინაური) და დაბალანსებული.

რატომ გაჩნდა ჯანდაცვის სისტემაში დაბალანსების დეფიციტი?

დაბალანსების დეფიციტი არ უნდა განვიხილოთ სისტემის არჩეული მონყობის (მოდელის) ნაკლად. მიზეზი სისტემის შექმნის „ტექნოლოგიურ პროცესშია“ და არა თავად სისტემის კონფიგურაციაში.

ნებისმიერი საზოგადოებრივი სისტემის ევოლუციური განვითარება გულისხმობს, რომ მისი კრიტიკული კომპონენტები დაბალანსებულია და მისი რღვევის საფრთხე ჩნდება მაშინ, როცა სისტემის შექმნა ან ცვლილება დაჩქარებულად, ანუ ხელოვნურად ხდება.

ისტორიულად, იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის სისტემის მოდელი ეფუძნება საბაზრო ურთიერთობებს სახელმწიფოს მინიმალური ჩარევით, სისტემის ჩამოყალიბება ხდებოდა „ქვემოდან ზემოთ“:

ეტაპობრივად ვითარდებოდა საბაზრო ურთიერთობები, იცვლებოდა ძალთა განაწილება, ბაზრის სიმნიფესთან ერთად მყარდებოდა ძალათა ბალანსი. სახელმწიფო კი მხოლოდ იმ შემთხვევაში ერეოდა, როცა ბალანსის დამყარებას „გარე ძალა“ სჭირდებოდა ანუ, სახელმწიფოს, ბაზარსა და საზოგადოებას შორის როლების გადანაწილება ბუნებრივად ხდებოდა და ეს პროცესი პერიოდულად, ახალი რეალობის მომნიფებასთან ერთად იცვლებოდა (მაგალითად, როგორც აშშ-ში 70-იან წლებში გაჩნდა ფედერალური და შტატების ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, Medicare და Medicaid).

საქართველოში ჯანდაცვის არსებული სისტემის შექმნა მოხდა „ზემოდან ქვემოთ“: სახელმწიფომ ისე გადასცა პასუხისმგებლობები ბაზარსა და საზოგადოებას, რომ არც ჩანაფიქრი აუხსნია გარკვევით და არც ის გაუთვლია, რამდენად მზად იყვნენ საბაზრო თუ საზოგადოებრივი (არაფორმალური) ინსტიტუტები ჯერ გაეაზრებინათ ტვირთის სიმძიმე და მერე ეტარებინათ ის. ზემოდან ქვემოთ წამოსული რეფორმა შეიძლება არ არღვევდეს ბალანსს, თუ იქმნება ჯანდაცვის ვერტიკალურად მართული სახელმწიფო სისტემა (იმ პირობით, რომ სისტემის დიზაინში ეს ბალანსი გათვალისწინებულია). ზემოდან წამოსული ინიციატივებით საბაზრო ურთიერთობებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის შექმნისას დისბალანსის გაჩენა გარდაუვალი და კანონზომიერია.

4.3. დასკვნა

საქართველომ დამოუკიდებლობის 20 წლის მანძილზე სცადა საბჭოთა მემკვიდრეობით მიღებულ ნანგრევებზე სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის ორი დიამეტრალურად განსხვავებული სისტემის შექმნა (რაც თანხვედრაში იყო სახელმწიფო აღმშენებლობის ზოგად მიმართულებასთან).

არცერთი სისტემა არსით არ იყო ბუნებრივად შერწყმული სახელმწიფო, საბაზრო თუ საზოგადოებრივ ინსტიტუტებთან.

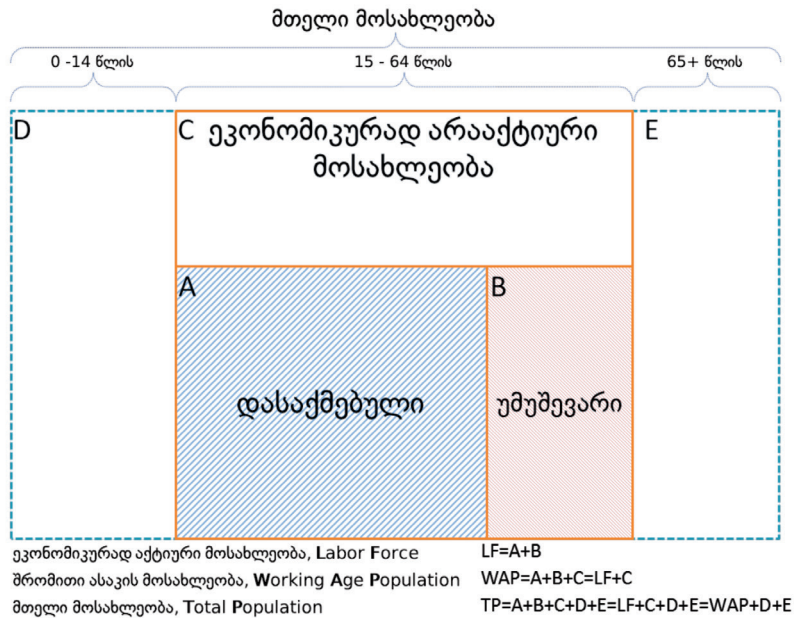
ცალკეული კომპონენტების წარმატებული ფუნქციონირების მიუხედავად, სისტემების ანალოგის ძიება დასავლეთის განვითარებული სამყაროში, ან მისი მსგავსება რომელიმე ევროპულ მოდელთან მხოლოდ გარეგნული ნიშნით არის შესაძლებელი და არა შინაარსობრივი დატვირთვით.

პარადოქსია მაგრამ ფაქტია, რომ ხელისუფლებებისა თუ სახელმწიფოს აღმშენებლობის კურსის ცვლილების ფონზე საჯარო პოლიტიკის სივრცეში უყურადღებოდ რჩება შრომის ბაზრის ინსტიტუციური განვითარება, როგორც ეკონომიკური და სოციალური სისტემების დამაკავშირებელი საკვანძო რგოლი და ჯანსაღი, მდგრადი და ეფექტიანი სოციალური დაცვის სისტემის საძირკველი.

დანართები

ილუსტრაცია 11: ტერმინთა განმარტებები

ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობა	15 წლის და მეტი ასაკის ორივე სქესის ყველა პირი, რომელიც დასაქმებულია ეკონომიკური საქმიანობით , და უმუშევრები იგივეა, რაც სამუშაო ძალა (Labor Force) სქემაზე ქვემოთ $LF=A+B$
ეკონომიკური აქტიურობის დონე	ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის პროცენტული წილი შესაბამისი ასაკის მოსახლეობის მთელ რიცხვში იგივეა , რაც მოსახლეობაში სამუშაო ძალის მონაწილეობის კოეფიციენტი (Labor force participation rate), ან სამუშაო ძალის აქტიურობის დონე სქემაზე $(A+B)/(A+B+C)$ ან LF/WAP
სამუშაო ძალის ხვედრითი წილი	ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის პროცენტული წილი მოსახლეობის მთელ რიცხვში სქემაზე $A+B/A+B+C+D+E$ ან LF/TP
დასაქმებული	15 წლისა და მეტი ასაკის მოსახლეობა, დაკავებული ეკონომიკური საქმიანობით სქემაზე B
უმუშევრობის დონე	უმუშევრების რაოდენობის პროცენტული წილი ეკონომიკურად აქტიურ მოსახლეობაში სქემაზე $A/(A+B)$ ან A/LF
დედათა მოკვდაობა	ქალების მოკვდაობა ორსულობის ბოლოს (28 კვირის შემდეგ), მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში (მშობიარობიდან 6 კვირის მანძილზე)
ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობა	ერთ წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რაოდენობის შეფარდება ცოცხლად დაბადებულთა რაოდენობასთან; წარმოადგენს ახალშობილის თავისი სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში სიკვდილის ალბათობას
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას	წლების რაოდენობა, რომელსაც საშუალოდ იცოცხლებს ერთი ადამიანი დაბადებულთა თაობიდან იმ პირობით, რომ მოკვდაობის დონე ყოველ ასაკში დარჩება ისეთი , როგორც არის მოცემულ პერიოდში



ილუსტრაცია 12: საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის ძირითადი დებულებები

ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები:

ჯანდაცვის ახალი სისტემის კრიტერიუმები:

- შეესატყვისებოდეს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების ძირითად მიმართულებებს;
- სამუშაოს მოცულობა დაბალანსებული იყოს საჭირო ადამიანურ და მატერიალურ რესურსებთან;
- სისტემა გახდეს მართვადი და ემსახურებოდეს რესურსების მოხმარების რაციონალიზაციას.

სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები:

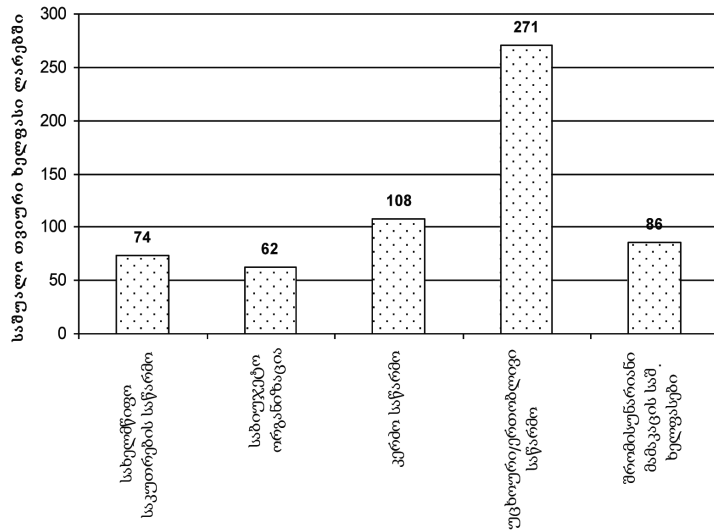
- ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური და ეკონომიკური ბაზის შეცლა, პროგრამულ დაფინანსებაზე გადასვლა;
- პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობა;
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- სამედიცინო დაზღვევის პრინციპებზე გადასვლა;
- ჯანდაცვის მუშაკების სოციალური უსაფრთხოება.

ილუსტრაცია 13: 2003 წლის მდგომარეობით სოციალურ სფეროში სიტუაციის შეჯამება

- 1 მოსახლეობის 14% იმყოფება უკიდურეს სიღარიბეში (შემოსავალი/ხარჯები ზრდასრულ ექვივალენტზე <52 ლარი/თვე), ხოლო ნახევარზე მეტი – სიღარიბეში (The World Bank, 2002)..
- 2 დასაქმებით მიღებული (სახელფასო) შემოსავალი ვერ უზრუნველყოფს არა თუ ცხოვრების ღირსეულ დონეს, არამედ სიღარიბიდან თავის დაღწევას (ე.წ. „ღარიბი დასაქმებულის“ ფენომენი, იხ.ილუსტრაცია 14, გვ.73). ექვივალენტი მოზრდილის მედიანური მოხმარება ოფიციალურ საარსებო მინიმუმზე დაბალია (საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2002)
- 3 შრომის ბაზრის დიდი ნაწილი (<-60-70%) ექსტრალეგალურ სივრცეშია (Rashid & Rutkowski, 2001), ძირითადად სოციალური გადასახადების ხარჯზე სამუშაო ძალის სიძვირის გამო (Lindeman, et al., 2000) (The World Bank, 2002)
- 4 სოციალური გადასახადების („შენატანების“) თანაფარდობა სოციალურ სარგებელთან არაადექვატურია – არ არსებობს შემოსავლის ლეგალიზაციისათვის საკმარისი მოტივაცია (The World Bank, 2002). მაშინ, როცა საპენსიო დაზღვევის შენატანის თანაფარდობით შრომის მთლიან ღირებულებასთან საქართველო ბევრად უსწრებს მაღალგანვითარებულ ქვეყნებს, ერთ სულზე საშუალო შემოსავლის ჩანაცვლების მაჩვენებელი (8% 1997 წლის მონაცემებით) ჩამორჩება დაბალგანვითარებული ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელს (The World Bank, 2000)
- 5 სოციალური დაცვის სახელმწიფო (საზოგადოებრივი) სისტემის მიერ გაცემული სარგებელის (სოციალური, შრომითი, ინვალიდობის პენსიები, სოციალური დახმარებები) ოდენობა ძალიან დაბალია (≈6.4 აშშ დოლარი თვეში) და ბევრად შორს არის პენსიონერის სიღარიბიდან ამოსაყვანად, ანუ ვერ ასრულებს ელემენტარული დამცავი მექანიზმის ფუნქციას, თუმცა შეადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილის 31-36%-ს და მშპ-ს ≈2.4%-ს (The World Bank, 2000)
- 6 „არსებული სახით [საქართველოს საპენსიო სისტემა] ვერ ასრულებს საზოგადოებრივი საპენსიო სისტემების ამოცანებიდან ვერცერთს: ვერც სიბერეში სიღარიბის პრევენციას და ვერც საპენსიო ასაკის მიღწევის შემდეგ მოხმარების დონის შენარჩუნებას. საქართველო დგას სერიოზული ამოცანის წინაშე – უნდა შექმნას ახალი საპენსიო სისტემა, რომელიც ორივე დანიშნულებას შეასრულებს და იმავდროულად ხელს შეუწყობს ეკონომიკურ ზრდას“ (The World Bank, 2000)
- 7 სოციალური გადასახადების გადახმდელთა თანაფარდობა სარგებლის მიმღებთან (ბენეფიციარებთან) 0.8-0.9-ის ფარგლებშია. ეკონომიკური აქტივობის მქონე მოსახლეობის სოლიდური ნაწილი ≈ 1.2 მილიონი მოქალაქე (გლეხები, თვითდასაქმებულები) მოქმედი სისტემით არ/ვერ მონაწილეობს სოციალური ხარჯების დაფარვაში

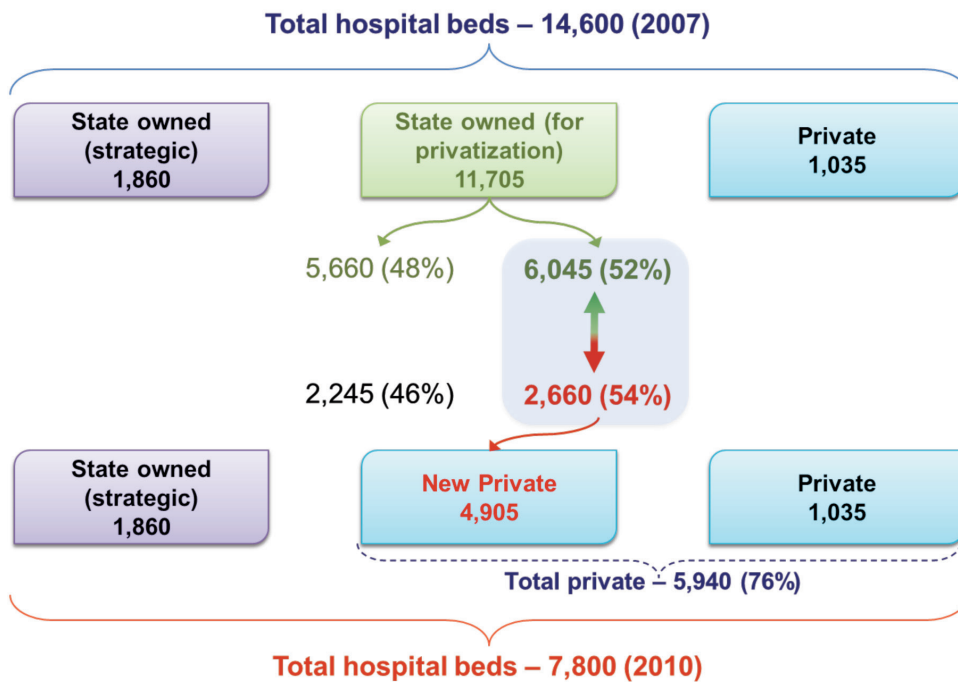
- 8 სახელმწიფო ვალდებულება (სოციალური/შრომითი პენსიების) მოსახლეობის მიმართ შეადგენს 225 მლნ-ს (200 მლნ გაყინული და 25 მლნ მიმდინარე დავალიანება)
- 9 საპენსიო დავალიანებების გამო დაბალია მოსახლეობის, კერძოდ კი სოციალური დაცვის სავალდებულო სქემაში მონაწილეთა ნდობა ხელისუფლების მიმართ, რაც კიდევ უფრო საეჭვოს ხდის, რომ მოსახლეობამ გრძელვადიან პერსპექტივაში სახელმწიფოს ანდოს სიბერის უზრუნველყოფა;
- 10 გამოკვეთილია მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია;
- 11 სოციალური დაცვის ძირითადი ტვირთი გადასულია ოჯახის ინსტიტუტზე (The World Bank, 2000), რაც დამახასიათებელია დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების დიდი უმრავლესობისთვის (Norton, et al., 2001);
- 12 ეკონომიკის განვითარების დაბალი ტემპის პირობებში კიდევ უფრო იზრება მონყვლადი მოსახლეობის (ოჯახების) ხვედრით წილი (გარკვეული რისკების დადგომის შემთხვევაში სიღარიბეში მოხვედრის ალბათობა);
- 13 აღრიცხული დაქირავებული შრომა შეადგენს ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის 39% -ს (2000 წლის მონაცემებით (The World Bank, 2002)), მათგან 2/3 დასაქმებულია სახელმწიფო სექტორში (საბიუჯეტო ან სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ სანარმოებში) (The World Bank, 2000). მცირე სანარმოებში დასაქმებულთა ხვედრითი წილი 40% შეადგენს (Mitra & Stera, 2003);
- 14 თვითდასაქმებულთა (ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის 61%) 80%-ზე მეტი დასაქმებულია სოფლად (საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2002);
- 15 დაქირავებით დასაქმებულთა ხელფასების დისპერსია (უთანასწარობა) საქართველოში, გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებთან შედარებითაც კი ძალიან მაღალია: დაქირავებულთა 25% ღებულობს მედიანური ხელფასის 2/3-ზე ნაკლებს, ხოლო დაახლოებით 32% ღებულობს მედიანური ხელფასის 1.5-ზე მეტს (Rashid & Rutkowski, 2001).

ილუსტრაცია 14: დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური სახელფასო შემოსავალი, 2000

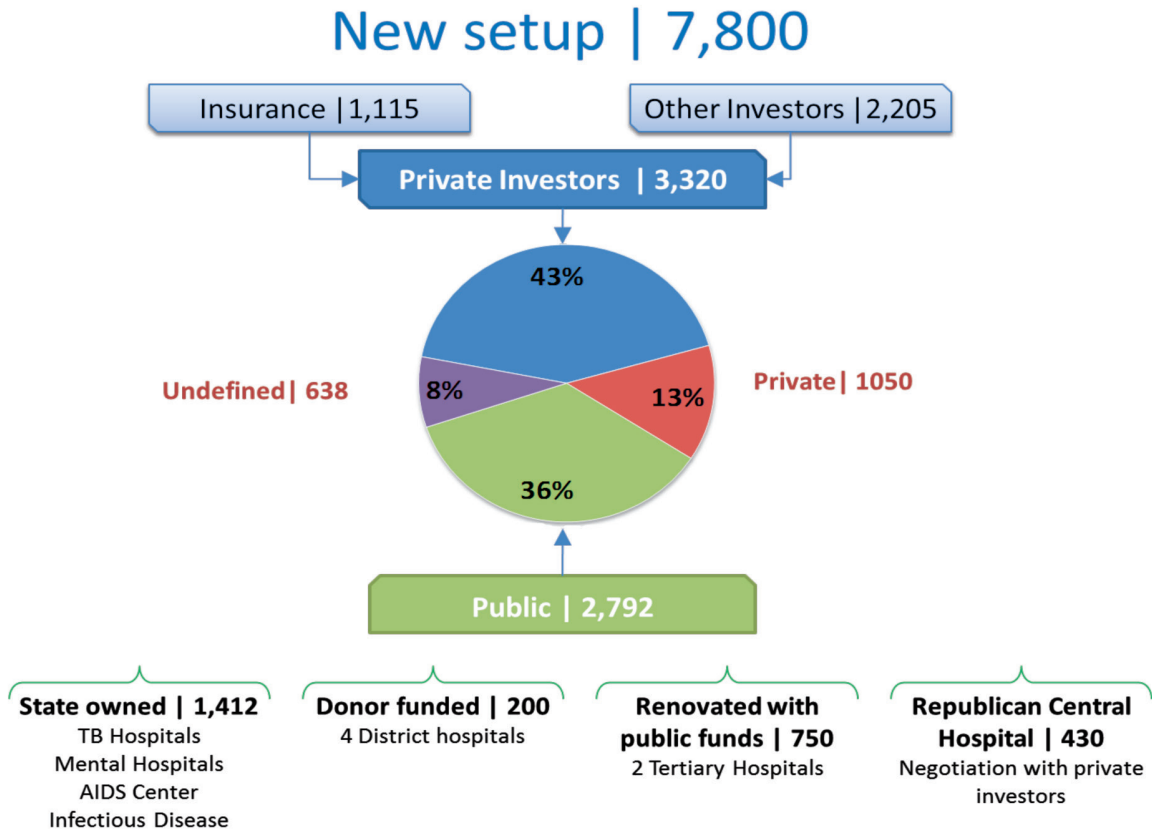


წყარო: (საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2002)

ილუსტრაცია 15: საავადმყოფოების განახლების თავდაპირველი ჩანაფიქრი („100 საავადმყოფოს გეგმა“)



ილუსტრაცია 16: საავადმყოფოების განახლების გეგმის გადასინჯული ვარიანტი



ილუსტრაცია 17: ინსტიტუციური და რეზიდუალურ პრინციპებზე დაფუძნებული სოციალური დაცვის მოდელების შედარებითი დახასიათება

	სოციალური დაცვის ინსტიტუციური მოდელი	სოციალური დაცვის რეზიდუალური მოდელი
სოციალური დაცვის მიზანი	სოციალური უზრუნველყოფა საზოგადოების ერთ-ერთი პირველადი ფუნქციაა. ინსტიტუციონალურ სოციალურ უზრუნველყოფაზე ორიენტირებული სახელმწიფო მიზნად ისაზავს თავისი მოქალაქეებისათვის ღირსეული ცხოვრების დონის უზრუნველყოფას და იძლევა „მოქალაქეობრივი უფლებების“ სრულად განხორციელების უპირობო გარანტიას.	სახელმწიფო სოცურუნველყოფა მხოლოდ მაშინ იწყებს მოქმედებას, როდესაც დახმარების ბუნებრივი მექანიზმები – ოჯახი, ბაზარი, ქველმოქმედება – ვეღარ (ალარ) ასრულებს თავის ფუნქციას. სახელმწიფოს მოქმედების საფუძველი არის ინდივიდის გაჭირვება (საჭიროება) და არა მისი მოქალაქეობრივი უფლება. სახელმწიფო უზრუნველყოფს მხოლოდ ყველაზე ღარიბთა სოციალურ დაცვას და ეს უზრუნველყოფა სასიცოცხლო საჭიროების დონეზეა დაყვანილი. თუ ინდივიდი საარსებო ზღვარს ზევით იმყოფება მისი სოციალური უზრუნველყოფა სახელმწიფოს ფუნქციად არ არის აღიარებული. სახელმწიფო მხოლოდ ბოლო დასაყრდენია
დასაქმებისადმი მიდგომა	სრული დასაქმება, რომლის დროსაც სახელმწიფო გამოდის „პირველი რიგის დამსაქმებლის როლში“. დასაქმების უფლება გარანტირებულია სოციალური სახელმწიფოს მოქალაქეობრიობის კონცეფციით. ეს კონცეფცია გულისხმობს სახელმწიფოს აქტიურ ჩარევას, რამეთუ დასაქმების უფლება ინსტიტუციონალიზებულია სახელმწიფოს მიერ და არ არის დამოკიდებული შრომის ბაზარზე.	სახელმწიფოს მინიმალური ჩარევა, შრომის ბაზარზე ორიენტაცია. სახელმწიფო გამოდის „მომართვის ბოლო ინსტანციის“ როლში.
სოციალური დაცვის საფუძველი	უნივერსალიზმი	სელექტივიზმი
ეფექტურობა	დაკმაყოფილებული მოთხოვნების მაღალი ან ძალიან მაღალი რაოდენობა	დაკმაყოფილებული მოთხოვნების ცვლადი (ჩვეულებრივ, დაბალი) რაოდენობა
პოლიტიკის ამოცანებისადმი შესაბამისობა	რესურსების ზედმეტი ხარჯვა	რესურსების ეფექტიანი ხარჯვა
ადმინისტრაციული ხარჯები	დაბალი	მაღალი

	სოციალური დაცვის ინსტიტუციური მოდელი	სოციალური დაცვის რეზიდუალური მოდელი
მოლოდინი სახელმწიფო დანახარჯებთან დაკავშირებით	შედარებით მეტ ხარჯებს მოითხოვს სახელმწიფოსგან	ნაკლებ ტვირთად აწვება სახელმწიფო ბიუჯეტს
სოციალური ხარჯები და სოციალური სარგებლები	სტიგმის არარსებობა ხელს უწყობს სოციალურ ინტეგრაციას, ყველას ეხება თანაბრად	მნიშვნელოვანი სტიგმატიზაცია ხდება სოციალური დაყოფა. სამართლიანი გადანაწილება.
ღირებულებები	კოლექტიური ღირებულებები სახელმწიფო ახორციელებს სოცურზრუნველყოფას, რათა მოახდინოს საბაზრო ურთიერთობით გამონწვეული არასასურველი შედეგების კომპენსაცია.	ინდივიდუალისტური ღირებულებები
მოცვა	მომსახურებების შექმნა და მათზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მთელი მოსახლეობისთვის. აქცენტი კეთდება ყველა მოქალაქის სოციალურ უფლებაზე, მიიღოს საზოგადოების მიერ გამოყოფილი მომსახურება, მიუხედავად პირადი საჭიროებებისა (მოქალაქეობრივი უფლება).	მომსახურების შექმნა და მათზე ხელმისაწვდომობა მხოლოდ იმათთვის ვინც აკმაყოფილებს დადგენილ კრიტერიუმებს – განიცდის გაჭირვებას
კავშირი სიღარიბესთან	ფარდობითი სიღარიბე.	აბსოლუტური სიღარიბე.
ფილოსოფიური საფუძველი	კოლექტივიზმი, ეგალიტარიზმი	ინდივიდუალიზმი.

ილუსტრაცია 18: ევროპული სოციალური მოდელები (Sapir, 2006)

პარამეტრები	ანგლო-საქსური	კონტინენტური	სემელთაშუაზღვის	სკანდინავიური
ქვეყნები	ირლანდია დიდი ბრიტანეთი	ავსტრია ბელგია საფრანგეთი გერმანია ლუქსემბურგი	საბერძნეთი იტალია ესპანეთი პორტუგალია	დანია ფინეთი შვედეთი ჰოლანდია
სოციალური დაცვა / უნივერსალური უზრუნველყოფა	სოციალური დახმარებები ყველასათვის, როგორც უკანასკნელი საშველი	მოსახლეობა მოცულია სოციალურ დაფუძნებული სარგებლებით და უმუშევრობის დაზღვევით	კონცენტრირებულია ასაკობრივ პენსიებზე, სარგებლის ოდენობა და მოცვა სეგმენტირებულია; სტიმულირებულია ადრეული გასვლა პენსიაზე	უნივერსალური მოცვა / სოციალური უზრუნველყოფა; დიდი დანახარჯები სოციალურ დაცვაზე
შრომის ბაზარი	სუსტი პროფკავშირები, დაბალანაზღაურებადი დასაქმების დიდი წილი, ჯამაგირის დიდი ვარიაცია	ძლიერი პროფკავშირები; ხელფასები არის კოლექტიური მოლაპარაკების საგანი	ფორმალურ სექტორში ხელფასები კოლექტიური მოლაპარაკების საგანია, მაგრამ დიდია არაფორმალური ტრანზაქციები შრომის ბაზარზე	მასშტაბური ფინანსური ჩარევები შრომის ბაზარზე; ძლიერი პროფკავშირები და გათანაბრებული ხელფასები
დასაქმება	მაღალი (72%)	საშუალო (63%)	საშუალო (62%)	მაღალი (69%)
უმუშევრობა (15-24 წლის)	დაბალი (13%)	მაღალი (34%)	მაღალი (40%)	დაბალი (10%)
სოციალური დახმარება	საკმაოდ მასშტაბური	მხოლოდ სოციალური დაზღვევის მიერ არმოცული მოსახლეობისთვის	მინიმალური	მასშტაბური

წყარო: (Sapir, 2006)

ილუსტრაცია 19: ოთხი ევროპული სოციალური მოდელის ტიპოლოგია

		ყაირათიანობა (efficiency)	
		დაბალი	მაღალი
სამართლიანობა (equity)	მაღალი	კონტინენტური	ნორდიული
	დაბალი	ხმელთაშუაზღვის	ანგლო-საქსური

წყარო: (Sapir, 2006)

ყაირათიანობა (efficiency) – განისაზღვრება დასაქმების მოტივაციით და ვლინდება დასაქმების მაჩვენებლით: რაც მეტია ყაირათიანობა, მით უფრო მაღალია დასაქმება

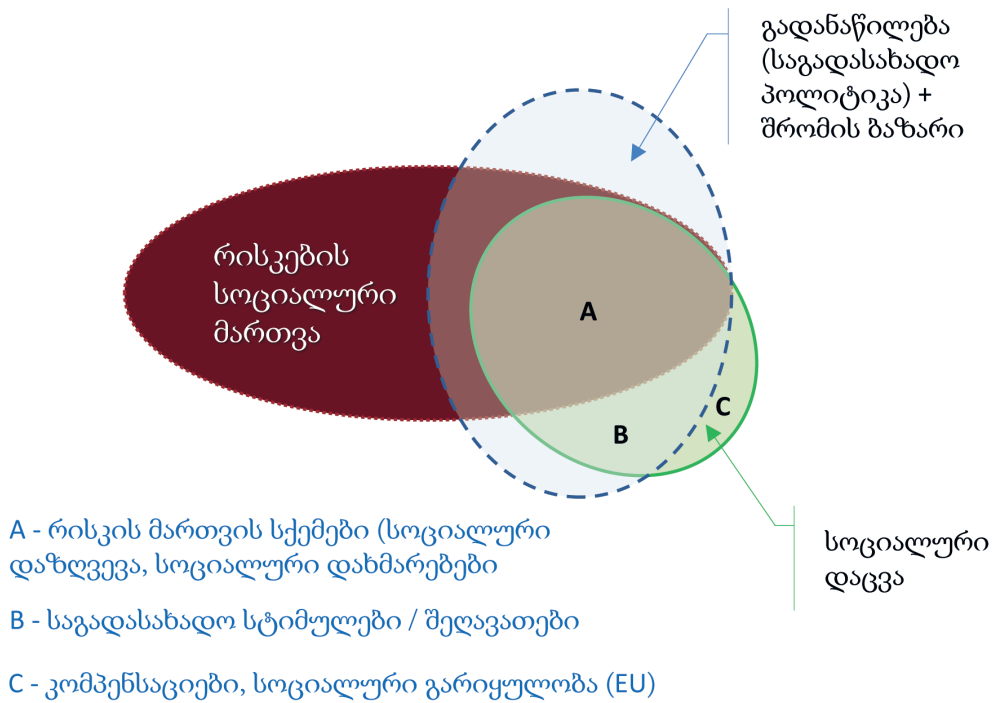
სამართლიანობა (equity) – განისაზღვრება სიღარიბის დონით და ვლინდება სიღარიბეში მოხვედრის რისკით: რაც მეტია სამართლიანობა, უფრო დაბალია გაღარიბების რისკი

ილუსტრაცია 20: სოციალური დაცვის განმარტებები

ავტორები	განმარტება	კონცეპტუალური აქცენტი
ILO	<ol style="list-style-type: none"> 1. The provision of benefits to households and individuals through public or collective arrangements to protect against low or declining living standards 2. The protection which society provides for its members – through a series of public measures – against the economic and social distress that otherwise would be caused by the stoppage, or substantial reduction, of earnings resulting from sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death; the provision of medical care; and the provision of subsidies for families with children 3. The aim of social security is to provide assistance, financial or otherwise, in the event of loss or reduction of income 	Insurance and extension of provision to those in the informal sector
WB	Public measures intended to assist individuals, households and communities in managing income risks in order to reduce vulnerability and downward fluctuations in incomes, improve consumption smoothing and enhancing equity	Risk management which frames social protection as both safety net, and spring board through human capital development
ADB	Social protection refers to the public actions taken in response to levels of vulnerability, risk and deprivation which are deemed socially unacceptable within a given polity or society	People are vulnerable to risk without social protection; deleterious effect of the lack of social protection on human and physical capital.
ODI	Social protection refers to the public actions taken in response to levels of vulnerability, risk and deprivation which are deemed socially unacceptable within a given polity or society	Contextually specific understanding of vulnerability and deprivation. Social protection is targeted at the poorest and most vulnerable.
Danny Pieters	The protection society provides for its members against the threat of economic loss and of specific costs through a process of social solidarity	Solidarity (against individual measures of protecting against risks)
Sabates-Wheeler & Macauslan	The range of public, private, formal and informal measures that address actors' (individuals', households' and communities') vulnerability to outcomes that negatively affect their well-being (typically defined in terms of consumption and income)	Range of measures by institutions and vulnerability to negative outcomes (risks)

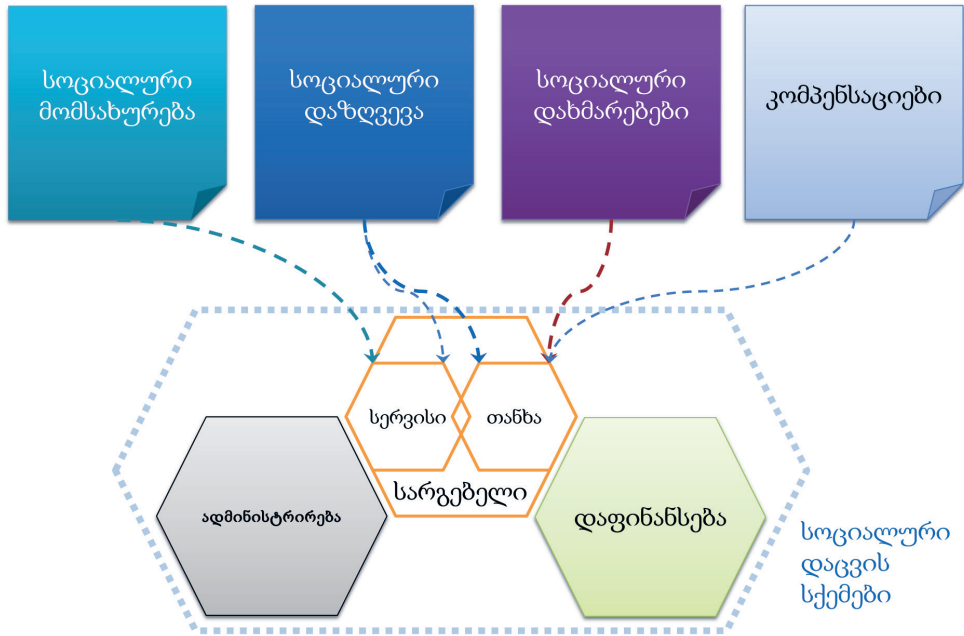
წყარო: (Sabates-Wheeler & Waite, 2003) – მოდიფიცირებული ავტორის მიერ

ილუსტრაცია 21: სოციალური დაცვა, რისკების სოციალური მართვა და გადანაწილება

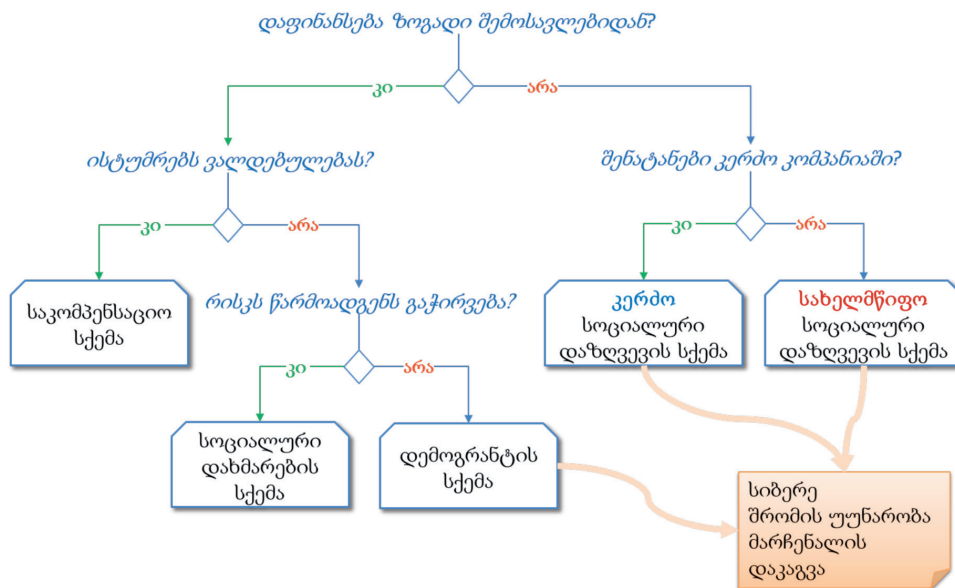


წყარო: (The World Bank, 2000), ავტორის მოდიფიკაციებით

ილუსტრაცია 22: სოციალური დაცვის სისტემის კომპონენტები



ილუსტრაცია 23: სოციალური დაცვის სისტემის სახელმწიფო სქემები, ტიპოლოგია



ილუსტრაცია 24: ინდივიდისა და საზოგადოების წინაშე მდგარი რისკები და მათი მართვა საზოგადოებრივი (სოციალური) ინსტიტუტების მიხედვით

რისკის სახეები (ლარიაზის)	რისკების მართვის მექანიზმები/მიზნობრივი		
	არაფორმალური მექანიზმები (ინფორმლ, ოჯახი)	სახელმწიფო სექტორის ჩარევის ალტერნატივები	კერძო სექტორის ჩარევის ალტერნატივები
1 სიცოცხლის ციკლისთვის დამახასიათებელი			
1.1 შიმშილი 1.2 ავადმყოფობა 1.3 ინვალიდობა 1.4 სიბერე 1.5 სიკვდილი	<ul style="list-style-type: none"> ქალები უზრუნველყოფენ ოჯახის კეთილდღეობას გაფართოებული ოჯახები (რამოდენიმე თაობა) ჰიგიენა, პროფილაქტიკური მედიცინა აქტივების/დანაზოგების გახარჯვა სესხის აღება 	<ul style="list-style-type: none"> ჯანდაცვის კვების პროგრამები სოციალური დაზღვევის პოლიტიკა; ავადმყოფობაზე, ინვალიდობაზე, სიცოცხლეზე, სიბერეზე სავალდებულო დაზღვევა; მიკრო-დაზღვევა სოციალური დახმარება ბავშვების დაცვა 	<ul style="list-style-type: none"> სამედიცინო მომსახურების მინოდება ჯანმრთელობის, ინვალიდობისა და სიცოცხლის დაზღვევა და გადაზღვევა მიკროდაზღვევა Old-age annuities
2 ეკონომიკური			
2.1 საარსებო წყაროს დაკარგვა 2.2 უმუშევრობა 2.3 დაბალი შემოსავალი 2.4 ბაზისურ საჭიროებების გაძვირება 2.5 ეკონომიკური კრიზისი /რეფორმები	<ul style="list-style-type: none"> არსებობის წყაროების დივერსიფიკაცია კერძო ტრანსფერები / გაფართოებული აქტივების/დანაზოგების გახარჯვა ბაზისური საგნების მოხმარების შემცირება სესხის აღება მიგრაცია 	<ul style="list-style-type: none"> სათანადო მაკროეკონომიკური და სექტორული პოლიტიკა მიმართული ეკონომიკური შესაძლებლობების (შანსების) განვითარებაზე რეგიონალური და სოფლის განვითარების პოლიტიკა მიკრო-დაზღვევის ჩათვლით შრომის ბაზრის პოლიტიკა განათლება და წვრთნა სოციალური ფონდები 	<ul style="list-style-type: none"> დასაქმების გენერირებისათვის ინვესტიციები კერძო სექტორში სასოფლო-სამეურნეო პროდუქციის დაზღვევა, გადაზღვევა და მიკრო-დაზღვევა ლარიბების საბანკო მომსახურება, მიკრო-დაფინანსება მომზადება-გადამზადება
3 ბუნებრივ გარემოსთან დაკავშირებული			
3.1 გვალვა 3.2 წყალდიდობა 3.3 მეწყერი 3.4 მიწისძვრა	<ul style="list-style-type: none"> მიგრაცია საზოგადოების (თემის) ჩარევა რესურსების მართვაში კერძო ტრანსფერები/ მხარდაჭერა გაფართოებული ოჯახის მხრიდან აქტივების/დანაზოგების გახარჯვა 	<ul style="list-style-type: none"> გარემოსდაცვითი პოლიტიკა და ინვესტიციები ინფრასტრუქტურაში კატასტროფების პრევენციისა და შეზღუდვების პროგრამები სტიქიური უბედურებებზე დაზღვევის ჩათვლით 	<ul style="list-style-type: none"> სასოფლო-სამეურნეო პროდუქციის დაზღვევა, გადაზღვევა და მიკრო-დაზღვევა

რისკის სახეები (ღარიბების)	რისკების მართვის მექანიზმები/მიზნობები		
	არაფორმალური მექანიზმები (ინფორმალური, ოჯახი)	სახელმწიფო სექტორის ჩარევის ალტერნატივები	კერძო სექტორის ჩარევის ალტერნატივები
4 სოციალური და მმართველობასთან დაკავშირებული			
<p>4.1 გარიყვა, სოციალური სტატუსის დაკარგვა</p> <p>4.2 კორუფცია</p> <p>4.3 კრიმინალი, ძალადობა, ანომიე</p> <p>4.4 პოლიტიკური არასტაბილურობა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • სოციალური (სათემო) კავშირების შენარჩუნება (სოციალური კაპიტალი) • საზოგადოების ზენოლა • ინტერეს ჯგუფები • მიგრაცია 	<ul style="list-style-type: none"> • კარგი მმართველობის, ანტიდისკრიმინაციული პოლიტიკის და ანტიკორუფციული ღონისძიებების ხელშეწყობა • საზოგადოების ინფორმირების კამპანიები • დაცვისა და სასამართლოს თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა 	<ul style="list-style-type: none"> • არასამთავრობო ორგანიზაციები და სათემო კავშირები (მესამე სექტორი) • კარგი კორპორაციული მმართველობა, რომელიც უზრუნველყოფს სამართლიანი დასაქმების შესაძლებლობებს

ილუსტრაცია 25: რისკების მართვის შესაძლო ალტერნატივები რისკების მართვის ტიპის და სოციალური დაცვის ინსტიტუტების მიხედვით

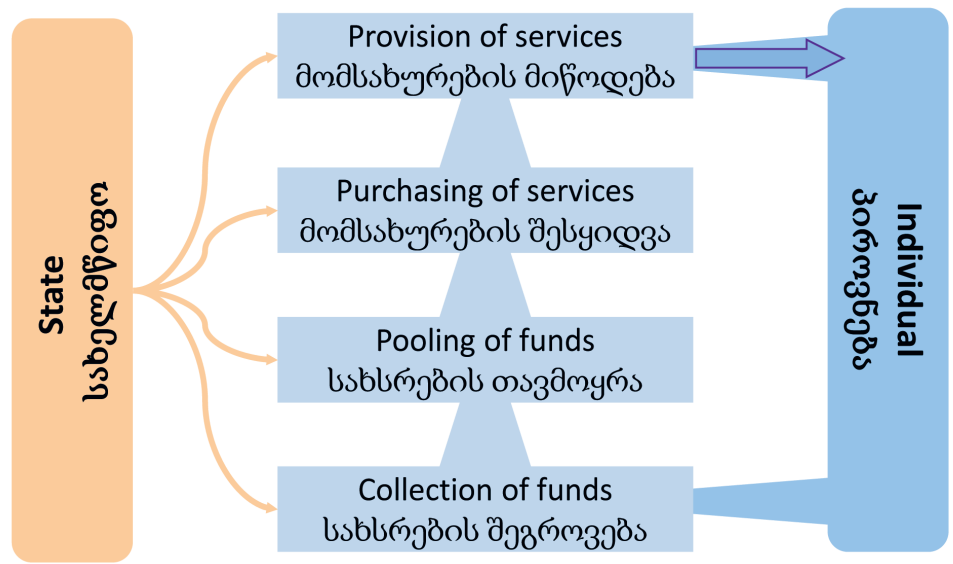
სტრატეგია	არაფორმალური	საბაზრო	სახელმწიფო
რისკების შემცირება (პრევენცია)			
	<ul style="list-style-type: none"> ნაკლებად სარისკო წარმოება მიგრაცია კვებისა და ძუძუთი კვების სწორი პრაქტიკა ჰიგიენა და დაავადების სხვა პრევენციული ღონისძიებები 	<ul style="list-style-type: none"> სამსახურშივე წვრთნა ფინანსური ბაზრის ცოდნა კომპანიებზე დაფუძნებული და ბაზრით რეგულირებული შრომის სტანდარტები 	<ul style="list-style-type: none"> კარგი მაკროეკონომიკური პოლიტიკა სამსახურში მიღებამდე თრეინინგი შრომის ბაზრის პოლიტიკა შრომის სტანდარტები ბავშვთა შრომის შემცირება ინვალიდობის პოლიტიკა შიდსის და სხვა დაავადებათა პრევენცია
რისკების შერბილება			
პორტფელი	<ul style="list-style-type: none"> რამოდენიმე სამუშაო ინვესტიცია ადამიანურ ფიზიკურ და უძრავი ქონების კაპიტალში ინვესტიცია სოციალურ კაპიტალში(ადათ-ნესები, საჩუქრების ორმხრივი გადაცემა) 	<ul style="list-style-type: none"> სხვადასხვა ფინანსურ კაპიტალში ინვესტიციები მიკროფინანსირება 	<ul style="list-style-type: none"> საპენსიო სისტემები მარაგების ტრანსფერები სიღარიბისაგან დაცვა(განსაკუთრებით ქალების) უმწეოთათვის გაფართოებული ფინანსური ბაზრის ხელშეწყობა
დაზღვევა	<ul style="list-style-type: none"> ქორწინება/ოჯახი სათემო სქემები წილობრივი დაქირავება სამუშაოზე მიბმული მუშახელი 	<ul style="list-style-type: none"> მოსუცებულობაში წლიური შემოსავლები ინვალიდობის, უბედური შემთხვევის და სხვა დაზღვევა(მოსავლის დაზღვევა) 	<ul style="list-style-type: none"> მანდატორული/შეთავაზებული დაზღვევა უმუშევრობის, სიბერის, ინვალიდობის, მარჩენალის დაკარგვის, ჯანმრთელობის და სხვ.
გარანტიები	<ul style="list-style-type: none"> გაფართოებული ოჯახი სამუშაო კონტრაქტები 		
რისკთან გამკლავება			

სტრატეგიები	არაფორმალური	საბაზრო	სახელმწიფო
	<ul style="list-style-type: none"> უძრავი ქონების გაყიდვა მეზობლებისაგან სესხება თემის შიდა ტრასფერები/ქველმოქმედება ბავშვების გაგზავნა სამუშაოდ სეზონური/დროებითი მიგრაცია ადამიანური კაპიტალის გადინება 	<ul style="list-style-type: none"> ფინანსური მარაგების გაყიდვა სესხება ბანკიდან 	<ul style="list-style-type: none"> უბედურების/უსიამოვნების შემსუბუქება ტრანსფერები/სოციალური დახმარება სუბსიდიები საჯარო სამსახური

ილუსტრაცია 26: რისკების სოციალური მართვის ანალიზის მატრიცა

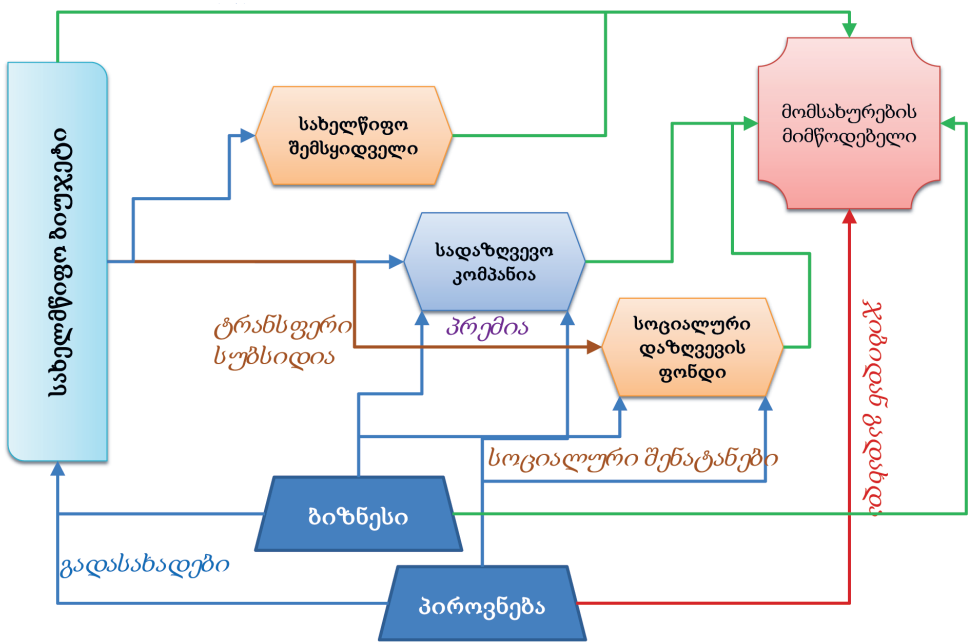
რისკები	ისტითუტები		
	სახელმწიფო	ბაზარი	პროფესია
1 შემოსავლის დაკარგვა:			
1.1 დაბერება			
1.2 დროებითი შრომის უუნარობა			
1.3 ხანგრძლივი შრომის უუნარობა (ინვალიდობა)			
1.4 მარჩენალის დაკარგვა			
1.5 უმუშევრობა			
1.6 სანარმოო ტრამვა /პროფდაავადებით გამონვეული ინვალიდობა			
1 ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული დანახარჯები			
2 ბავშვის გაჩენისა და აღზრდის ტვირთი			
3 გაჭირვება			

ილუსტრაცია 27: ჯანდაცვის დაფინანსების ფუნქციები

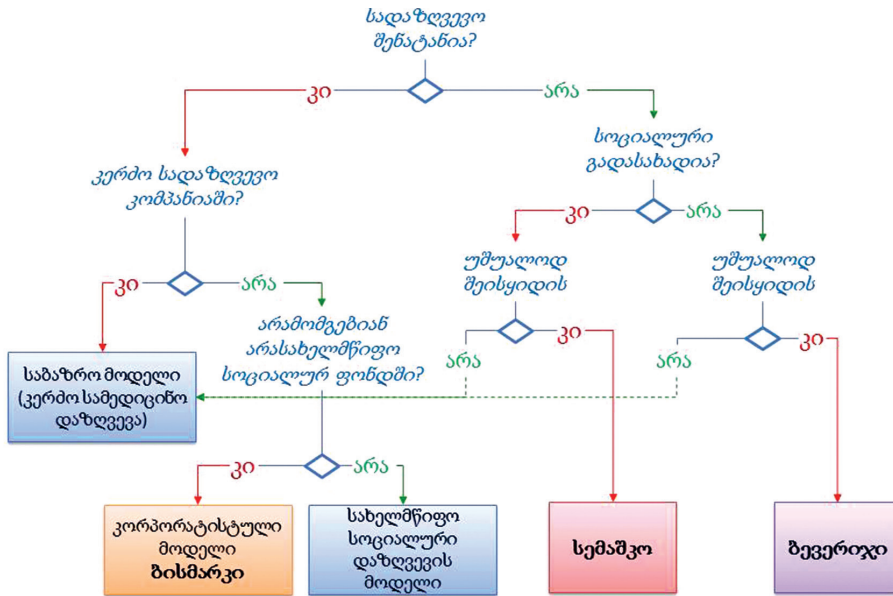


წყარო: (Kutzin, 2000)

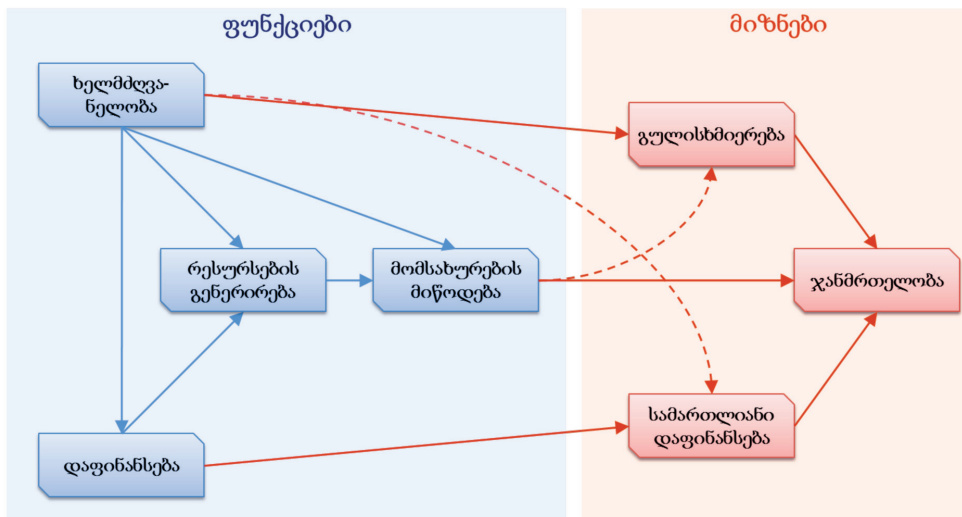
ილუსტრაცია 28: ჯანდაცვის დაფინანსების კონცეპტუალური ჩარჩო წყაროებისა და ფინანსური ნაკადების მიხედვით



ილუსტრაცია 29: ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელების ალგორითმი

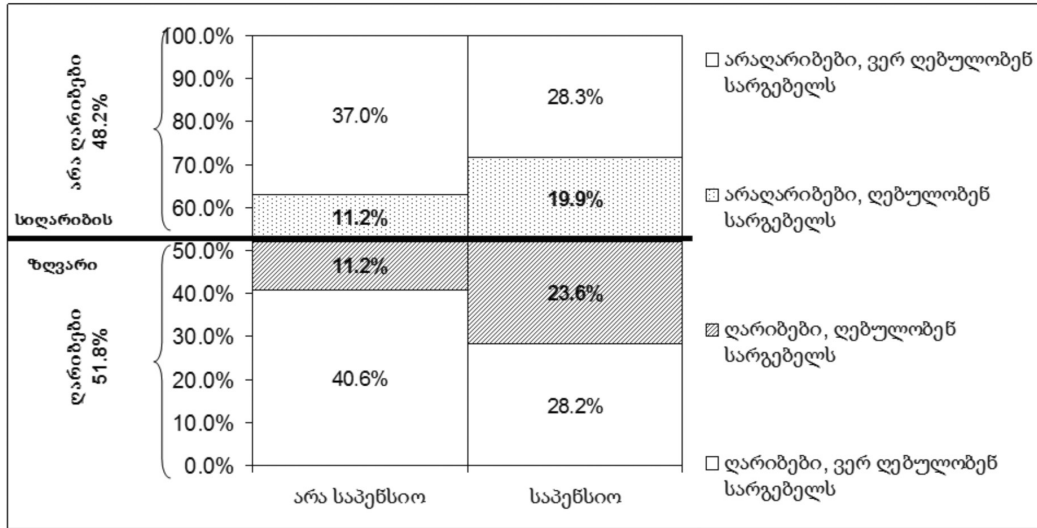


ილუსტრაცია 30: ჯანდაცვის სისტემის ამოცანებსა და ფუნქციებს შორის კავშირი



წყარო: (World Health Organization, 2000), ავტორის მოდიფიკაციებით

ილუსტრაცია 31: სახელმწიფო სოციალური ტრანსფერების ეფექტიანობა (2000-2002 წლების მონაცემები)



ილუსტრაცია 32: სოციალური უზრუნველყოფის რეჟიმების ტიპოლოგია ავტორების მიხედვით

Author	Measures	Welfare state regimes	Conservative	Social Democratic	Radical
Esping-Andersen (1990) ¹³	18 countries • Decommmodification • Social stratification • Private-public mix	Liberal	Finland	Austria	
		Australia	France	Belgium	
Leibfried (1992) ¹⁹	15 countries • Characteristics • Rights • Basic income	Canada	Germany	The Netherlands	
		Ireland	Japan	Denmark	
		New Zealand	Italy	Norway	
		UK	Switzerland	Sweden	
		USA	Bismarck	Latin rim	
		Anglo-Saxon	Austria	France	
		Australia	Germany	Greece	
		New Zealand	Italy	Italy	
		UK	Norway	Portugal	
		USA	Sweden	Spain	
Castles and Mitchell (1993) ²²	14 countries • Aggregate welfare expenditure • Benefit equality	Liberal	Conservative	Non-right hegemony	Radical
		Ireland	Germany	Belgium	Australia
Kangas (1994) ³⁹	15 countries • Cluster analysis of Decommmodification	Japan	Italy	Denmark	New Zealand
		Switzerland	The Netherlands	Norway	UK
		USA	Sweden	Sweden	
		Liberal	Conservative	Social democratic	Radical
		Canada	Austria	Denmark	Australia
		USA	Germany	Finland	Ireland
			Italy	Norway	New Zealand
			Japan	Sweden	UK
			The Netherlands		
			Corporatist	Social democratic	Undefined
Ragin (1994) ⁴⁰	18 countries • BOOLEAN comparative analysis of pensions Decommmodification	Liberal	Austria	Denmark	Germany
		Australia	Belgium	Sweden	Ireland
		Canada	Finland	Norway	Japan
		Switzerland	France	The Netherlands	The Netherlands
		USA	Italy	New Zealand	New Zealand
				UK	UK
Ferrera (1996) ¹⁸	15 countries • Coverage • Replacement rates • Poverty rates	Anglo-Saxon	Bismarck	Scandinavian	Southern
		Ireland	Austria	Denmark	Greece
		UK	Belgium	Finland	Italy
			France	Norway	Portugal
			Germany	Sweden	Spain
			Luxembourg		
			The Netherlands		
			Switzerland		
			Continental	Nordic	Southern
			Belgium	Denmark	Greece
Bonoli (1997) ¹⁷	16 countries • Social expenditure as % GDP • Social expenditure financed via contributions	British	Continental	Nordic	Southern
		Ireland	Belgium	Denmark	Greece
		UK	France	Finland	Italy
			Germany	Norway	Portugal
			Luxembourg	Sweden	Spain
			The Netherlands		Switzerland

Author	Measures	Welfare state regimes	Corporatist	Encompassing	Targeted
Korpi and Palme (1998) ³²	18 countries • Social expenditure as % GDP • Luxembourg income study • Institutional characteristics	Basic security	Corporatist	Encompassing	Targeted
		Canada	Austria	Finland	Australia
		Denmark	Belgium	Norway	
		Ireland	France	Sweden	
		The Netherlands	Germany		
		New Zealand	Italy		
		Switzerland	Japan		
		UK			
		USA			
Pitzurello (1999) ⁴¹	18 countries • Cluster analysis of Decommodification	Liberal	Conservative	Social Democratic	Conservative- Bismarckian
		Canada	Germany	Belgium	Australia
		Ireland	The Netherlands	Denmark	New Zealand
		UK	Switzerland	Norway	
		USA		Sweden	
Navarro and Shi (2001)	18 countries • Political tradition	Liberal-Anglo Saxon	Christian Democrat	Social Democratic	Ex-fascist
		Canada	Belgium	Sweden	Spain
		Ireland	The Netherlands	Norway	Greece
		UK	Germany	Denmark	Portugal
		USA	France	Finland	
			Italy	Austria	
			Switzerland		
			Transfer approach	Service approach	Low approach
			Belgium	Sweden	Ireland
			The Netherlands	Norway	Greece
Kautto (2002)	15 countries • Expenditure on services and social transfers		Austria	Finland	Portugal
			Italy	Germany _{uk}	Spain
			Conservative	Social Democratic	Conservative sub-group
			Austria	Finland	Ireland
			Belgium	Norway	UK
			Canada	Sweden	New Zealand
			Denmark		
			France		
			Italy		
Bambra (2005)	18 countries • Healthcare services and Decommodification	Liberal	Conservative	Social Democratic	Liberal sub- group
		Australia	Austria	Finland	Ireland
		Japan	Belgium	Norway	UK
		USA	Canada	Sweden	New Zealand
			Denmark		
			France		
			Italy		

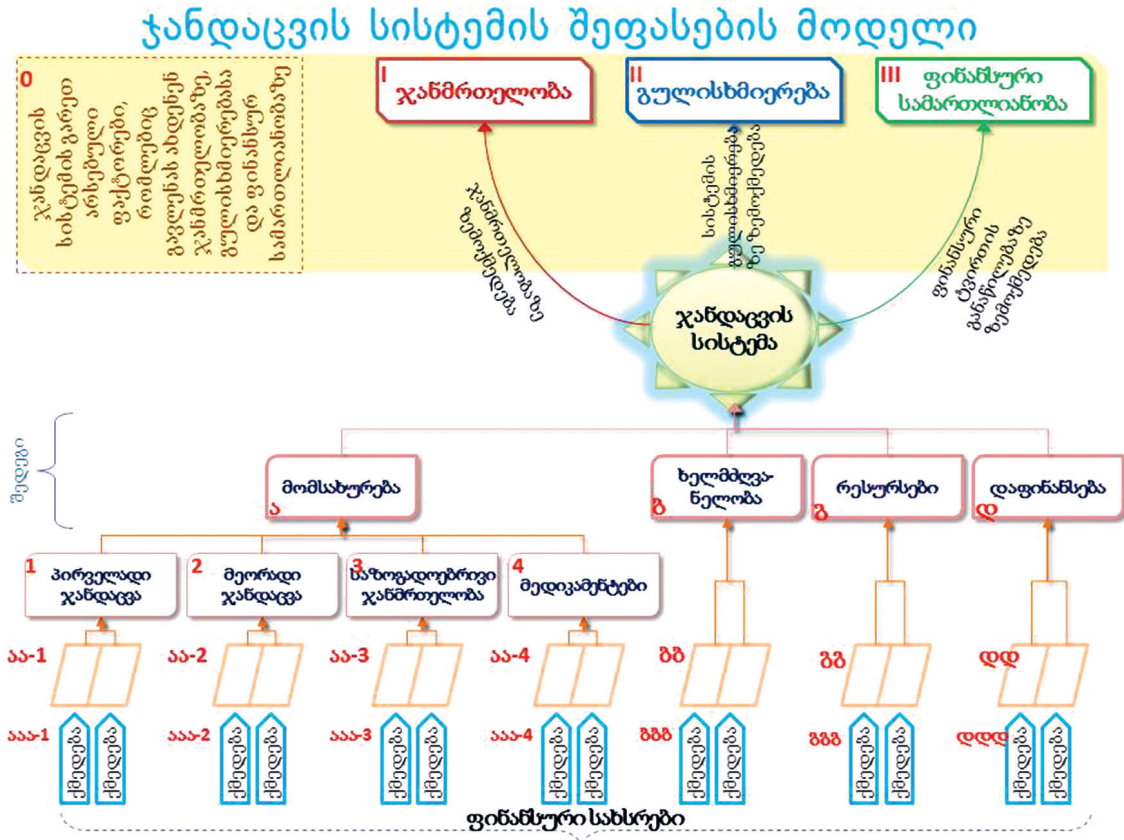
წყარო: (Bambra, 2007)

ილუსტრაცია 33: სოციალური დაცვის და შრომის ბაზრის ინსტიტუტები ბალტიისპირეთის ქვეყნებსა და ევროპის სხვა ქვეყნებში

სახანდინაციური	ცენტრალური	სამხრეთი	აგლომერაციური	ბალტიისპირეთი
სოციალური უსაფრთხოება	ორივერსალური, ორიენტირებული სოციალურ სერვისებზე	ორიენტირებული სოციალურ დაზღვევაზე და საბიუჯეტო ტრანსფერებზე	ორიენტირებული საბიუჯეტო ტრანსფერებზე	ლიბერალური, ორიენტირებული სოციალურ დაზღვევასა და საბიუჯეტო ტრანსფერებზე
სოციალური უზრუნველყოფის დაფინანსება	მაღალი უპირატესად გადასახადებით	საშუალო უპირატესად ხელფასზე გადასახადებით	საშუალო უპირატესად სახელმწიფო სესხებით და ხელფასზე გადასახადებით	საშუალო ხელფასზე გადასახადებით
შრომის ბაზარი	რეგულირებული დასაქმება მთელი ცხოვრების მანძილზე	რეგულირებული დასაქმება მთელი ცხოვრების მანძილზე	რეგულირებული ფარული (ჩრდილოეთი) დასაქმების მაღალი ნილი	რეგულირებული მთელი ცხოვრების მანძილზე დასაქმებაზე აქცენტის გარეშე
მოლაპარაკების / შრომის ბაზარზე შეთანხმების სისტემა	ხელფასებზე კო-ორდინირებული მოლაპარაკება, ცენტრალიზებული პროფკავშირებით, პროფკავშირებით მაღალა გავრეება	„სოციალური პარტნიორობა“, ხელფასზე კოორდინირებული მოლაპარაკება, ცენტრალიზებული პროფკავშირებით, პროფკავშირებით მაღალა გავრეება	დეცენტრალიზებული მოლაპარაკება ხელფასზე, სუსტი პროფკავშირები	დეცენტრალიზებული მოლაპარაკება ხელფასზე, მცირე პროფკავშირები

წყარო: (Paas, et al., 2004)

ილუსტრაცია 34: ჯანდაცვის სისტემის შეფასების მოდელი



ილუსტრაცია 35: სისტემის ცვლილებები

წლები	პენსია	სოციალური დახმარება	საზღვარეული დახმარება	საზღვარეული დახმარება	შრომის	ჯანდაცვა	საბადასახადო / მკურნალობა
1990	პენსიის ჩანაცვლების მარეგულირება – საბუღალტროდ 70%	ბაგჟის გაჩენაზე ერთი თვის საშუალო ხელფასის ოდენობის კრიტერიუმის დაბლა დაყვანა, 126 დღის დეკრეტული შევსების სრული ანაზღაურება და 6 წლის განმავლობაში ბაგჟის დახმარება	შეიქმნა დასაქმების ფონდი (12 რეგიონალური ოფისით)	საბუღალტროდ 70%	საბუღალტროდ 70%	საბუღალტროდ 70%	სოციალური გადასახადები შეადგენდა ხელფასის 37%+1% დასაქმების ფონდში შენატანი – ხელფასის 3%
1991							
1992	პენსიის გაცემა არარეგულირებული		უმჯობესების დახმარება 12 თვით (60% საბუღალტროდ ჩანაცვლებით მარეგულირებული)				
1993							
1994							
1995	ჩნდება პურის ფასის მობილიზაციის დაკავშირებით კომპენსაცია (თვეში 7 ლარის ოდენობით) საბუღალტროდ ანაზღაურებისთვის	საბუღალტროდ აფიქსირდება საბუღალტროდ მიწის და მისი უზრუნველყოფის პირობებს (კონსტრუქციის 32 მუხლი)	საბუღალტროდ იტოვებს ვალდებულებას, ხელი შეუწყოს უმჯობესებად დარჩენილ მოქალაქეებს დასაქმებაში (კონსტრუქციის 32 მუხლი)	განისაზღვრა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვა	საბუღალტროდ აფიქსირდება საბუღალტროდ უფლებების დაცვის (მუხლი 30.4)	პირველად დაფიქსირდა (ირიბად), რომ სამედიცინო დახმარება ფასიანია (კონსტრუქციის მუხლი 37)	<ul style="list-style-type: none"> • მიმოქცევაში შევიდა ლარი • განისაზღვრა სტატუსი შენატანი 3+1%
1996	<ul style="list-style-type: none"> • სოციალური პენსიების ასაკი გაიზარდა 5 წლით 					<ul style="list-style-type: none"> • პირველად დაფიქსირდა (ირიბად), რომ სამედიცინო დახმარება ფასიანია (კონსტრუქციის მუხლი 37) • განისაზღვრა ჯანდაცვის სარეგულირების უფლებები • შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი • განისაზღვრა გარანტირებული მომსახურების პაკეტი • პირველად დაფიქსირდა (ირიბად), რომ სამედიცინო დახმარება ფასიანია (კონსტრუქციის მუხლი 37) 	<ul style="list-style-type: none"> • განისაზღვრა სამედიცინო დახმარების პროცენტული ზღვა

წლები	სოციალური დაცვა			საშუალო	შრომა	ჯანდაცვა	საგადასახადო / მაკონომია
	აქმისა	დასაზღვრები	დასაფარვა				
1997	ასაკობრივი პენსია იზრდება 11.8 ლარამდე თვეში	ლტოლვილითა და იძულებით გადადგილებულ პირთა პენსიონები იზრდება 11.8 ლარამდე	განსაზღვრა სა-არსებო მიზნების ფორმირებისა და გამოყენების პრინციპები, მისი დამტკიცებისა და გადასინჯვის წესი ⁴			<ul style="list-style-type: none"> ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის ტრანსფორმაცია სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში⁵ იქმნება ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო დეპარტამენტები ჯანმრთელობის დაცვის მართვისა და კოორდინაციის ფუნქცია რაიონის ან ქალაქის დონეზე ეკისრება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონულ (საქალაქო) ცენტრს უქმდება ჯანდაცვის რაიონული ფონდები და იქმნება სამხარეო ფონდები⁶ 	
1998	<ul style="list-style-type: none"> გაჩნდება კერძო (არასახელმწიფო) საპენსიო დაზღვევა⁷ ასაკობრივი პენსია იზრდება 14 ლარამდე თვეში⁸ 	ლტოლვილითა და იძულებით გადადგილებულ პირთა პენსიონები იზრდება 14 ლარამდე თვეში	უმუშევართა პენსიონა იზრდება 14 ლარი	ზრუნვისა და მუშაობისათვის უდღემდამო ბავშვების მიმღებ ოჯახებს დაუწესდათ ერთჯერადი დახმარება 500 ლარის ოდენობით ⁹			
1999	სოციალური უზრუნველყოფის ადასამედიცინო ფონდის შექმნა ¹⁰	მარტობხელა უმუშევარი პენსიონერების სოციალური დახმარება ¹¹ = ფიზიკური პირთა სამშრომლო გადასახადით დაუზღვეავი მინიმუმის ორმაგი ოდენობით ¹² (18 ლარი)		განსაზღვრა შრომითი მოვალეობის შესრულებისას მუშაკის ჯანმრთელობისათვის ცნების მიყენების შედეგად ზიანის ანაზღაურების წესები ¹³	<ul style="list-style-type: none"> განსაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა სამეწარმეო კანონის მოთხოვნით სახაზინო სანარჩობის (სამედიცინო დასახელებების) კერძო სამართლის სუბიექტებად (შპს და სს) გარდაქმნა¹³ 		

წლები	ამსია	სომიულური დაცვა დასამუშაო	სხვა	შობა	ჯანდაცვა	საბადასადაო / ეკონომიკა
2000	უწეოთა სოციალური (ოჯახური) დახმარებები	დასამუშაო დასამუშაო	დამტკიცდა საქართველოს სოციალური კონცეპტუალური საფუძვლები ¹⁴		<ul style="list-style-type: none"> განსაზღვრა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009) გაერთიანდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო^{15,16} უქმდება ჯანდაცვის მართვის სამსახური დეპარტამენტები და მთა წაველად იქმნება საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ¹² ტერიტორიული ორგანო¹⁷ იქმნება საავადმყოფოთა რესტრუქტურული ზეცის ფონდი¹⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> მტკიცდება სოციალური-ეკონომიკური გაჯანსაღებისა და ეკონომიკური ზრდის პროგრამა¹⁹
2001				<ul style="list-style-type: none"> საქვეყნებო დანერგვების — შრომის ინსპექციის დამტკიცება¹⁹ საქვეყნო დანერგვის სახელმწიფო სამსახური²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების²¹ გადასინჯვა და ტარირების²² დამტკიცება განსაზღვრა საექიმო სპეციალიზების წესა²³ იქმნება ფარმაცევტული საქმიანობის ხარისხის კონტროლის ინსპექცია იქმნება ნარკოტიკების დეალური ბრუნვის კონტროლის ინსპექცია იქმნება სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის ინსპექცია იქმნება სახელმწიფო საზღვრის გამტარ პუნქტებზე სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის ინსპექცია იქმნება სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმებისა და ნესების სახელმწიფო ზედამხედველობის ინსპექცია იქმნება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პროექტის განმახორციელებელი ცენტრი²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> მტკიცდება სოციალური-ეკონომიკური გაჯანსაღებისა და ეკონომიკური ზრდის პროგრამა²⁵

წლები	პენსია	სოციალური დახმარება	დასაწყობი	სამსახური	შრომის	ჯანდაცვა	საგადასახადო / მართვის
2002		<ul style="list-style-type: none"> უმწიფო ოჯახების დახმარების გადასახადები (მაგ. დახმარება ერთი პენსიონერისაგან შემდგარი ოჯახებზე - 22 ლარი) სტიპენდიების და უმუშევრობის შემთხვევების დახმარება⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> საქართველოს დასაწყობის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ლიკვიდაცია დასაწყობის სახელმწიფო სამსახურის შექმნა 	<ul style="list-style-type: none"> ძალაში შევიდა სოციალური დაცვის რეფორმის პროექტი ხე სავარსებო³⁹ დამტკიცდა საქართველოს სოციალური განვითარების საპროგრამო-პროგრამის განხორციელების სტრატეგიული გეგმა (2003-2006)³⁰ 		<p>დღემდე სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების ზედა ზღვრული ტარიფები</p>	<ul style="list-style-type: none"> სოციალური გადასახადების (შენატანების) და საგადასახადო მედიცინო სადაზღვევო შეტანების ადმინისტრირება და აკრედიტაციის ასპექტის კონტროლი გადაეცა სოციალური და ზღვრული ერთიანი სახელმწიფო სამსახურს სოციალური გადასახადი შეიცვალა სოციალური და ზღვრული გადასახადით³²
2003	სსიპ საქართველოს სოციალური და ზღვრული სახელმწიფო ფონდის შექმნა ³³					<p>უქმდება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია</p> <p>იქმნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სამინისტროს ზედამხედველობის ცენტრალური ინსპექცია³⁵</p> <p>იქმნება ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი³⁶</p>	<p>სამედიცინო დანიშნულ ბუღეტები განთავსებულია ქონების, მიწის, კომუნიკაციების სააგენტოს, მოგებისა და სავაჭრო ფონდის გადასახადებზე³⁷</p>
2004	ინვესტიციური დაფინანსების ეტაპობრივი დაფარვა და პენსიის გაზრდა (დანამატები) ³⁸	<p>იქმნება სოციალური დახმარებისა და დასაწყობის სახელმწიფო სააგენტო³⁸</p>	<p>განისაზღვრა მეზღვრული შესაძლებლობის მიქონე ბაგეშთა უფლებების დაცვის სოციალური პოლიტიკის ძირითადი მიზანობები⁴⁰</p>			<p>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სამინისტროს ზედამხედველობის ცენტრალური ინსპექციის რეორგანიზაცია⁴¹</p> <p>შექმნა სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის ინსპექცია⁴²</p>	
		<p>უმუშევრობის შემცირება განისაზღვროს ყოველთვიურად 20 (ოცი) ლარის რაოდენობით⁴³</p>					

წლები	პენსია		სოციალური დაცვა		სსიპ	შრომა	ჯანდაცვა	საბადასახადო / ეკონომიკა
	დაცვადი	დასაქმება	დაცვა	დასაქმება				
2005	ინერგება სიღარიბის შეფასების სისტემა და მონაცემთა ერთიანი ბაზა ⁴⁴		ინერგება სიღარიბის შეფასების სისტემა და მონაცემთა ერთიანი ბაზა ⁴⁴				ძალაში შევიდა ევროპის სოციალური კარტა ⁴⁶	
2006	<ul style="list-style-type: none"> იქმნება სოციალური დახმარების და დასაცემის სახელმწიფო სააგენტო⁴⁷ კანონმდებლობით განისაზღვრა სოციალური დახმარების სახეები⁴⁸ 		<ul style="list-style-type: none"> შრომის კოდექსის მიღება სახელმწიფო საკუთრებაში დაწესებულების „შრომის ინსპექციის“ გაუქმება 			საქართველოს საგადასახადო რესტრუქტურის ბიუჯეტის ფონდი და სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი შეიქმნა საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაიცვის პროექტების განხორციელებულ ცენტრს ⁴⁹		
2007	<ul style="list-style-type: none"> ინერგება სახელმწიფო კომუნისტური და სახელმწიფო აკადემიური სტიპენდიები⁵⁰ 		უქმდება დროებითი შრომისუნარიობის დახმარება (შრომის კოდექსის თანახმად)			საგადასახადოების განვითარების გეგმა (-100 საგადასახადო) ⁵¹		
2008	საქართველოს სოციალური პროგრამების სააგენტოს და სსიპ სოციალური სუბსიდების სააგენტოს შექმნა		საქართველოს სოციალური პროგრამების სააგენტოს და სსიპ სოციალური სუბსიდების სააგენტოს შექმნა			ინერგება სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა სახელმწიფოს დაფინანსებით	უქმდება სოციალური გადასახადი და რჩება მხოლოდ საშემოსავლო გადასახადი 25%-ის ოდენობით ⁵⁵	
2009	სოციალური სუბსიდების სააგენტო გადაკეთდა სოციალური მომსახურების სააგენტოდ ⁵⁶		სსიპ – მუზეუმული მემორიალური მუზეუმების განვითარება და მუზეუმების მართვა			სსიპ – მუზეუმული მემორიალური მუზეუმების განვითარება და მუზეუმების მართვა	საშემოსავლო გადასახადი მცირდება 20%-მდე	
2010	<ul style="list-style-type: none"> სსიპ „სოციალური დახმარების და დასაცემის სახელმწიფო სააგენტო“ რეორგანიზებულია სოციალური სუბსიდების სააგენტოდ⁵⁸ გაუქმდა ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო⁵⁹ 		სსიპ „სოციალური დახმარების და დასაცემის სახელმწიფო სააგენტო“ რეორგანიზებულია სოციალური სუბსიდების სააგენტოდ ⁵⁸					

ილუსტრაცია 36: სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მოვლენების მატრიცა

კატორგორია	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
ეკონომიკური																						
1. მშპ სულზე (\$)	1482	1231	727	541	513	559	653	751	782	614	678	723	772	922	1187	1470	1761	2318	2919	2449	2629	
1.1. მშპ სულზე (PPP\$)	4,433	3,591	2,005	1,437	1,328	1,431	1,661	1,906	2,011	2,115	2,218	2,394	2,584	2,951	3,220	3,611	4,044	4,687	4,905	4,776	5,073	
1.2. მშპ დასაქმებულზე (1990 PPP\$-ში)	15,636	12,469	8,720	6,821	6,263	6,503	7,046	7,772	8,551	8,791	8,433	8,655	9,321	10,493	11,303	12,661	13,828	15,929	16,670			
2. ეროვნული შემოსავლები (მშპ-ს %)								12.2	10.8	11.5	10.4	10.4	10.5	10.3	16.0	18.1	22.5	24.0	25.7	25.2		
3. სახელმწიფო ხარჯები (მშპ-ს %)								15.4	14.4	14.4	11.6	10.8	11.3	10.7	14.6	17.3	20.3	22.9	29.1	30.9		
4. ამოღებული გადასახადები (მშპ-ს %)								8.3	7.2	7.9	7.7	7.4	7.6	7.0	9.9	12.1	15.4	17.7	23.8	23.1		
5. მშპ-ში სოციალურ სფეროზე ხარჯების წილი %																						
5.1. მთლიანი																						
5.2. სახელმწიფო														9.8	14.0	17.3	15.3	21.9	25.9	24.5	21.0	
6. მშპ-ში ჯანდაცვაზე ხარჯების წილი %						5.3	7.6	8	6.7	6.4	7.4	7.8	8.7	8.5	8.5	8.6	8.4	8.2	8.7	10.1		
6.1. სახელმწიფო				0.3	0.9	0.9	1.3	1.2	1.0	1.2	2.1	2.5	1.9	1.8	1.9	2.3	2.2	2.7	2.9	2.9		
6.2. კერძო						4.9	6.6	6.5	5.4	5.2	5.8	5.7	6.2	6.6	6.7	6.7	6.2	5.9	6.0	7.2		
7. მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე PPP\$ ერთ სულზე						107	118	140	124	125	152	175	212	237	262	303	339	384	432			
7.1. მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე (2005 წლის PPP\$) ერთ სულზე						102.5	113.6	134.7	119.3	119.1	141.7	172.1	209.0	232.9	262.1	302.9	339.1	384.6	433.0	499.0		
8. ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯები (\$ ერთ სულზე)					0.81	3.68																
9. ნაერთი სახელმწიფო ბიუჯეტი (მლნ ლარი)													1,114	1,261	1,836	2,426	2,979	4,379	5,411	5,397	5,480	
9.1. სოციალური უზრუნველყოფა (მლნ ლარი)													315	379	548	558	661	934	1,347	1,506	1,624	
9.2. სოციალური უზრუნველყოფა (სახ. ბიუჯეტის %)													28	30	30	23	22	21	25	28	30	
10. სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის წილი (%)				1.3	2.3	4.4	4.4	5.5	5.2	4.9	4.6	5.63	4.29	5.87	5.4	6.0	5.7	4.2	7.3	7.5		
11. ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები სახელმწიფოს წილი (%)						4.9	11.6	16.4	17.9	16.2	16.7	17.9	16.3	15	15.4	19.5	21.6	18.4	20.7			

პარამეტრი	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010					
12. სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტი																																				
12.1. ლარები (მილიონი)											260.9	266.2	306.8	323.7	511.6	694.3	760	997	1,284	1,503	1,605															
12.2. ბიუჯეტის %											31.3	29.4	29.2	28.8	26.5	26.5	22.2	21.3	24.9	27.9	29.6															
13. საშუალო ხელფასი																																				
13.1. დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი						13.5	29	42.5	55.4	67.5	72.6	94.6	113.5	125.9	156.6	204.2	277.88	368.1	534.9	556.8	631.3															
13.2. საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი, ლარი															156.6	204.2	277.9	368.1	534.9	556.8	631.3															
13.3. სახელმწიფო სექტორში დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი (ლარი)											66.6	85.7	104.1	114.5	144.3	193.6	249.2	312.3	481.3	512.6																
13.4. არასახელმწიფო სექტორში დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი (ლარი)											94.8	123.5	145.1	167.1	190.9	227.6	316.3	437.8	603.4	608.5																
14. საარსებო მიწები:																																				
14.1. საშუალო მომხმარებლის საარსებო მიწი															74.7	84.9	94.4	105.0	113.3	114.1	119.0															
14.2. საშუალო ოჯახის საარსებო მიწი															141.5	160.7	178.7	198.9	214.6	216.0	225.3															
15. სიღარიბე																																				
15.1. PPP\$ 2 მოხმარება (% მოსახლეობის)							14	15.18	20.03	23.15	25.31	25.36	33.96	36.7																						
15.2. PPP\$ 1 მოხმარება (% მოსახლეობის)							4.71	4.58	7.85	9.43	9.59	9.98	15.73	17.65																						
15.3. ეროვნული სიღარიბის ზღვრის მიმართ (%)								13.7	19.8	23.2	23.1																									
15.4. მედიანური მოხმარების 60 პროცენტის ქვეით მყოფი მოსახლეობის წილი																										24.6	24.1	23.3	21.3	22.1	21.0					
15.5. მედიანური მოხმარების 40 პროცენტის ქვეით მყოფი მოსახლეობის წილი																										10.9	10.1	9.4	9.2	9.5	8.8					
16. GINI-ს ინდექსი							37.13	36.08	37.26	38.05	38.85	36.9	40.31	40.37																						

კატეგორია	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
17. სარესტო შენობის მიმღები მოსახლეობა																		279474	368431	436309	430603
18. სარესტო შენობის მიმღებთა წილი (%) მოსახლეობასთან																		64	84	99	9.7
19. გაცვლითი კურსი \$ (წლის ბოლო)						1,230	1,276	1,304	1,800	1,930	1,975	2,060	2,090	1,793	1,714	1,592	1,592	1,592	1,667	1,686	1,773
20. წლიური ინფლაციის დონე (%)	4.8	79	810	3,126	15,607										7.5	6.2	8.8	11.0	5.5	3.0	11.2
21. საშუალო წლიური ინფლაცია (12 თვის საშუალო), %		79	746	1,278								4.7	5.6	4.8	5.7	8.2	9.2	9.2	10	1.9	7.1
დემონსტრაცია და შრომა																					
22. მოსახლეობა (ათასი)	54389	54604	54066	51379	4,862.1	4,734.4	4,616.5	4,531.7	4,487.4	4,452.5	4,435.2	4,401.4	4,371.5	4,342.6	4,315.2	4,321.5	4,401.3	4,394.7	4,382.1	4,385.4	4,436.4
22.1. მოსახლეობა (არა-კონტროლირებადი ტერიტორიების გამოკლებით)	4,802.0	4,835.9	4,873.5	4,911.1	4,861.6	4,734.0	4,616.1	4,531.6	4,487.3	4,452.5	4,418.3	4,386.4	4,357.0	4,328.9	4,318.3	4,361.2	4,398.0	4,388.4	4,383.7	4,410.8	4,452.8
23. ასაკობრივი სტრუქტურა (%-ში)																					
23.1. 0-14 წლის	24.6	24.5	24.5	24.4	24.3	24.2	23.9	23.5	23.1	22.5	22.0	21.3	20.5	19.8	19.0	18.4	17.8	17.4	17.0	16.7	16.6
23.2. 15-64 წლის	66.1	65.8	65.5	65.1	64.8	64.6	64.6	64.7	65.0	65.3	65.6	65.8	66.1	66.3	66.6	67.0	67.5	68.0	68.5	68.9	69.1
23.3. 65+ წლის	9.3	9.6	10.0	10.5	10.9	11.3	11.6	11.8	12.0	12.2	12.5	12.9	13.4	13.9	14.3	14.6	14.7	14.7	14.5	14.4	14.3
24. შობადობა (1000 მოსახლეზე)	17.07	16.32	13.43	11.99	11.79	11.9	11.73	11.66	11.05	10.52	10.58	10.49	10.7	10.67	11.48	10.66	10.87	11.23	12.9	14.37	
25. ახალშობილები (ათასი)	92.8	89.1	72.6	61.6	57.3	56.3	55.0	54.0	51.5	48.7	48.8	47.6	46.6	46.2	49.6	46.5	47.8	49.3	56.6	63.4	
26. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა	73	73.06	72.93		73.16	70.3	70.7	70.9	71.2	71.4	71.3	71.5	71.5	72	71.4	73.1				73.77	
27. მოსახლეობის წლიური ნამატე (%)	0.775	0.769	-1.013	-2.660	-2.522	-1.848	-0.982	-0.779	-0.771	-0.725	-0.673	-0.647	-0.245	0.989	0.840	-0.219	-0.107	0.616	0.948	0.775	0.769
28. შრომის ბაზარი																					
29. სამუშაო ძალა ^წ	2,480	2,496	2,450	2,382	2,328	2,287	2,273	2,270	2,288	2,273	2,193	2,279	2,212	2,264	2,234	2,267	2,298	2,306	2,318	2,340	
29.1. სამუშაო ძალა უმაღლესი განათლებით (%)										41.8			27.2		26.6			29.9			
29.2. სამუშაო ძალის აქტიურობის დონე (%) ^წ	68.5	68.4	66.6	64.2	63.3	63.7	64.7	65.5	65.7	65.9	63.6	66	63.9	65.2	63.9	63.7	63.6	63.6	63.7	63.7	
29.3. დასაქმების დონე (%) ^წ		57.9	55.9	54.3	54.3	54.1	56.7	57.4	56.2	56.8	56.8	58.6	55.8	57.7	55.8	54.9	55	55.2	53.2	52.9	53.8
29.4. თვით-დასაქმებულების ხედილი წილი დასაქმებულებში									56	56.7	62	64.3	64.4	65.8	66.2	65.3	65.3	63.3	64.2		

პარამეტრი	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
29.5. დაქორავებით მომუშავეთა ნეცდრიით წილი დასაქმებულში									43.2	42.2	37.2	34.9	35.4	34.1	33.7	34.4	34.6	36.7	35.7														
29.6. უმუშევრობა (%)																																	
ა) უმუშევრობა (12-24 წლის)		0.7	2			15.5 ⁶⁴	28.9 ⁶⁵	7.5	12.3	10.3	10.3	11	12.6	11.5	12.6	13.8	13.8	13.3	16.5	16.9	16.3 ⁶⁶												
ბ) უმუშევრობა (65+)																																	
30. დამოკიდებულთა პროპორცია																																	
30.1. დასაქმებულთან											3.34	3.35	3.29	3.15	3.01	2.88	2.77	2.65	2.49	2.63	2.62												
30.2. დაქორავებულებთან											1.24	1.17	1.17	1.07	1.01	0.99	0.96	0.97	0.89	0.95	0.99												
30.3. შრომითი ასაკის მოსახლეობასთან (%)	16.1	16.8	17.5	17.9	18.2	18.4	18.6	19.0	19.6	20.2	20.9	21.5	21.8	21.8	21.6	21.2	20.9	20.7	16.1	16.8	17.5												
ჯანმრთელობა																																	
31. ბავშვთა სიკვდილობა	20.7	20.8	22.1	27.6	28.6	28.2	28	23.9	22	22.2	22.6	22.9	23.8	24.8	23.8	19.7	18.4	14.1	14.3	14.91	12.0												
32. დედათა სიკვდილობა	20.47	10.1	4.13	32.4	39.6	55.1	57.25	70.1	68.56	51.25	49.18	56.69	45.06	49.79	42.36	23.65	23.01	20.29	14.14	52.07	19.4												
33. იმუნოზაციის მაჩვენებელი	95	45	58	54	58	79	80	80	80	84	80	87	84	76	78	84	87	98	92	88	91												
34. ექიმები 100 ათას მოსახლეზე	493	490	473	500	490	479	446	519	504	487	473	464	484	489	466	468	455	493															
35. ექთნები 100 ათას მოსახლეზე	981	1,057	974	1,013	943	872	701	582	548	579	471	432	434	397	396	379	363	981															
36. სანოღოთა რაოდენობა 10 ათას მოსახლეზე	53.1	53.1	52.9	46.3	44.4	33.9	24.2	24.5	23.6	22.5	21.2	19.5	18.3	18.2	17.8	17.1	16.5	14.6	14.1														
36.1. ოფიციური WHO-ს მონაცემებით	97.6	97.3	97.8	90	91.4	71.5	52.5	54	52.5	52.3	48.1	44.5	42	41.9	41.2	39.2	37.4	33.2	30.9														
36.2. მოკვლევადიანი სანოღოების რაოდენობა 10 ათას მოსახლეზე	85.4	85.2	85.6	79.3	80.5	63.5	47.3			47.6	43.8	40.1	37.7	37.8	37.1	38.4	34.4	29.2	26.9														
36.3. ფსიქოტროული საწარმოების რაოდენობა 10 ათას მოსახლეზე	8.5	8.4	8.5	7.5	7.6	5.1	3.7	3.3	2.6	2.4	2.7	2.7	2.9	2.9	2.9	2.9	3.5	2.8	3														
37. საავადმყოფოების რაოდენობა																																	
38. სანოღოთა რაოდენობა, ათასი																																	
39. სანოღოთა დაცემების საშუალო ხანგრძლივობა (ზოგადი პროფილის საავადმყოფოები) (WHO)	12.8	14.2	12.8	13.2	12.9	10.9	8.3																										
40. საავადმყოფოების დატვირთვის მაჩვენებელი (WHO)	54.8	55.3	34.2	31.8	26.8	26.1	23.8			23.2	22	23.2	25.4	25.8	27.2	26.8	32.3	34.4	38.4	36.1													
41. კოსპიტალიზაციის რაოდენობა 100 მოსახლეზე	13.31	12.14	8.34	7.02	6.09	5.55	4.95	5	5.13	4.87	4.51	4.59	4.72	4.81	5.49	5.71	6.01	6.33	7	7.09													

კატეგორია	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
42. ამბულატორიული-პოლიკლინიკურ დანებებულზე რიცხვი									1,015	1,055	1,089	1,100	1,113	1,123	1,124	1,140	1,090	1,604	1,015		
43. ამბულატორიული ვიზიტები ნულთანადმი ერთ სულზე	8	7.3	6.2	5.3	4.7	2.63	1.6	1.6	1.6	1.4	1.5	1.6	1.8	2	2.1	2.2	98.5	97.9	96.3	94.1	
44. ჯიბიდან დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში						100.0	100.0	99.9	99.9	99.4	98.7	99.4	99.5	99.0	99.0	98.5	97.9				
სოციალური																					
45. პენსიის მიმღებები (ათასი) ^ქ	1,105	1,022	979	968	924	900	896	904	900	895	902	892	837	842	838	836	1,105	1,022	979	968	924
45.1. ასაკით პენსიონერები (ათასი)	815	761	716	699	655	626	620	620	604	600	593	588	612	658	660	662	815	761	716	699	655
46. სახელმწიფო პენსიის მინიმალური ოდენობა						6.0	8.5	11.8	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	28.0	38.0	55.0	70.0	80.0	80.0
47. ასაკით პენსიის საშუალო ოდენობა (ლარიები)											14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	28.0	38.0	62.5	77.6	87.1	87.4

ილუსტრაცია 37: 15 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის განაწილება ეკონომიკური აქტივობის მიხედვით, 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
სულ სამუშაო ძალა	2,495.9	2,450.5	2,382.1	2,328.2	2,287.1	2,273.4	1,999.0	1,972.8	1,939.3	2,049.2	2,113.3	2,104.2	2,050.6	2,041.0	2,023.9	2,021.8	1,965.3	1,917.8	1,991.8	1,944.9	
დასაქმებული	2,112.8	2,056.8	2,014.7	1,997.2	1,942.4	1,922.3	1,848.0	1,728.5	1,694.4	1,837.2	1,877.7	1,839.2	1,814.9	1,783.3	1,744.6	1,747.3	1,704.3	1,601.9	1,656.1	1,628.1	
დაქირავებული							673.0	724.4	697.5	683.9	654.3	650.9	618.5	600.9	600.5	603.9	625.4	572.4	596.0	618.6	
თვითდასაქმებული							1,071.0	987.1	916.6	1,041.2	1,186.1	1,184.9	1,195.2	1,180.8	1,143.3	1,141.6	1,078.8	1,028.5	1,059.0	1,007.1	
გაურკვეველი							104.0	17.0	78.4	112.1	87.3	3.4	1.3	1.6	0.8	1.8	0.1	1.1	1.2	2.4	
უმუშევარი	383.1	393.7	367.4	331.0	344.7	281.1	152.0	244.2	244.9	212.0	235.6	265.0	235.9	257.6	279.3	274.5	261.0	315.8	335.6	316.9	
მოსახლეობა სამუშაო ძალის გარეშე	686.9	739.9	814.0	819.9	769.5	706.5	933.2	1,044.0	1,086.9	1,092.3	1,077.7	1,135.3	1,048.4	1,105.9	1,136.1	1,228.0	1,138.6	1,145.2	1,139.3	1,083.3	
უმუშევრობის დონე (%)	15.3	16.1	15.4	14.2	15.1	12.4	7.6	12.4	12.6	10.3	11.1	12.6	11.5	12.6	13.8	13.6	13.3	16.5	16.9	16.3	
აქტიურობის დონე (%)	78.4	76.8	74.5	74.0	74.8	76.3	68.2	65.4	64.1	65.2	66.2	65.0	66.2	64.9	64.0	62.2	63.3	62.6	63.6	64.2	
დასაქმების დონე (%)	66.4	64.5	63.0	63.4	63.5	66.9	63.0	57.3	56.0	58.5	58.8	56.8	56.6	56.7	55.2	53.8	54.9	52.3	52.9	53.8	
სულ მოსახლეობა ⁵	4,835.9	4,873.5	4,911.1	4,861.6	4,734.0	4,616.1	4,531.7	4,487.4	4,452.5	4,435.2	4,401.4	4,371.5	4,342.6	4,315.2	4,321.5	4,401.3	4,394.7	4,382.1	4,385.4	4,436.4	
სამუშაო ასაკის მოსახლეობა	3,182.8	3,190.4	3,196.1	3,148.1	3,056.6	2,979.9	2,932.2	3,016.8	3,026.2	3,141.6	3,191.0	3,239.5	3,099.1	3,146.9	3,159.9	3,249.8	3,103.8	3,062.9	3,131.1	3,028.3	
სამუშაო ასაკის მოსახლეობის წილი (%)	65.8	65.5	65.1	64.8	64.6	64.6	64.7	67.2	68.0	70.8	72.5	74.1	71.4	72.9	73.1	73.8	70.6	69.9	71.4	68.3	
65+ ასაკის მოსახლეობა	466.3	489.0	514.3	530.0	533.8	533.9	533.8	536.6	541.9	550.4	560.1	558.6	576.9	592.2	605.0	630.9	643.3	642.9	630.3	621.9	
თანაფარდობა დაქირავებულთან					1.26	1.35	1.29	1.24	1.17	1.17	1.07	1.01	0.99	0.96	0.97	0.89	0.95	0.99			
თანაფარდობა სამუშაო ძალასთან	5.35	5.01	4.63	4.39	4.28	4.26	4.25	4.23	4.19	3.34	3.35	3.29	3.15	3.01	2.88	2.77	2.65	2.49	2.63	2.62	

წყარო: საბუნებისმეტყველო სტატისტიკის სამსახური (1998-2010 წლები) და The World Bank

ილუსტრაცია 38: საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის მსგავსება ტრადიციული ევროპული და ბალტიკური ქვეყნების მოდელთან

სოციალური დაცვის სქემები	საანტიდო (წარმომადგენელი)	საანტიდო (წარმომადგენელი)	საანტიდო (წარმომადგენელი)	საანტიდო (წარმომადგენელი)	საანტიდო (წარმომადგენელი)	საანტიდო (წარმომადგენელი)
სოციალური დაცვის სქემები	<ul style="list-style-type: none"> უნივერსალური, კოორდინირებული ორიენტაციის მქონე სოციალური სერვისებზე შემოსავლების ძალიან დაბალი უთანასწორობა 	<ul style="list-style-type: none"> შრომისათვის უზუალოდ მიბმული ორიენტაციის მქონე სოციალური და საბიუჯეტო ტრანსფერებზე შედარებით მცირე სოციალური დახმარებები 	<ul style="list-style-type: none"> ორიენტაციის მქონე ტრანსფერებზე მინიმალური სოციალური დახმარებები 	<ul style="list-style-type: none"> ლიბერალური უმეტესწილად სოციალური დახმარებები 	<ul style="list-style-type: none"> ლიბერალური ორიენტაციის მქონე სოციალური დახმარებები 	<ul style="list-style-type: none"> ლიბერალური ძირითადად ზოგადი სოციალური დახმარებები
სოციალური დაცვის დაფინანსება	<ul style="list-style-type: none"> მაღალი, უპირატესად გადასახადებით მშპ-ს დახმარებით ერთი მესამედი 	<ul style="list-style-type: none"> მაღალი, უპირატესად ხელფასზე გადასახადებით (სოციალური დაზღვევის შენატანებით) 	<ul style="list-style-type: none"> საშუალო უპირატესად სახელმწიფო სესხებით და ხელფასზე გადასახადებით 	<ul style="list-style-type: none"> საშუალო ხელფასზე გადასახადებით 	<ul style="list-style-type: none"> საშუალო ხელფასზე გადასახადებით 	<ul style="list-style-type: none"> დაბალი ზოგადი გადასახადები
შრომის ბაზარი	<ul style="list-style-type: none"> რეგულირებული დასაქმება მთელი ცხოვრების მანძილზე უმუშევრობის მაღალი სოციალური სარგებელი 	<ul style="list-style-type: none"> რეგულირებული დასაქმება მთელი ცხოვრების მანძილზე უმუშევრობის მაღალი სოციალური სარგებელი 	<ul style="list-style-type: none"> რეგულირებული, ფარული (ჩრდილოეთი) დასაქმების მაღალი წილი 	<ul style="list-style-type: none"> დერეგულირებული მთელი ცხოვრების მანძილზე დასაქმებაზე აქცენტის გარეშე 	<ul style="list-style-type: none"> რეგულირებული მთელი ცხოვრების მანძილზე დასაქმებაზე აქცენტის გარეშე 	<ul style="list-style-type: none"> დერეგულირებული
მოლაპარაკების / შრომის ბაზარზე შეთანხმების სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> მინიმალური ხელფასები ხელფასებზე კოორდინირებული მოლაპარაკება ცენტრალიზებული პროფკავშირები პროფკავშირებით მაღალი გაჯერება (მოცუვა) 	<ul style="list-style-type: none"> სოციალური პარტნიორობა, ხელფასებზე კოორდინირებული მოლაპარაკება, ცენტრალიზებული პროფკავშირები (დარგობრივი) 	<ul style="list-style-type: none"> მინიმალური ხელფასები (კანონით დაცვით) დეცენტრალიზებული მოლაპარაკება ხელფასზე პროფკავშირები 	<ul style="list-style-type: none"> დეცენტრალიზებული მოლაპარაკება ხელფასზე პროფკავშირები 	<ul style="list-style-type: none"> დეცენტრალიზებული მოლაპარაკება ხელფასზე პროფკავშირები 	<ul style="list-style-type: none"> მინიმალური ხელფასები არ არსებობს ხელფასების კოორდინირებული მოლაპარაკების პრაქტიკა მინიმალურია
ქვეყნები	<ul style="list-style-type: none"> შვედეთი ნორვეგია ფინეთი ჰოლანდია 	<ul style="list-style-type: none"> ესპანეთი პორტუგალია იტალია საბერძნეთი 	<ul style="list-style-type: none"> დანიის პროვინციები ირლანდია 	<ul style="list-style-type: none"> ლატვია ლიტვა ესტონეთი 	<ul style="list-style-type: none"> ლატვია ლიტვა ესტონეთი 	<ul style="list-style-type: none"> ლატვია ლიტვა ესტონეთი

წყაროები

1. Aliyev, R., 2005. The Georgian Rose Revolution: Challenges and support for ensuring the non-violent outcome in a postsoviet society. *Journal of Azerbaijani Studies*, Vol. 8, No 1-2, pp. 3-93.
2. Anderson, C., 2006. The European Social Model – One size doesn't fit all. *Beyond the European Social Model*. London: Open Europe, pp. 43-48.
3. Asian Development Bank, 2003. *Social Protection*, Mandaluyong City: Asian Development Bank.
4. Bambra, C., 2007. Going beyond „The Three worlds of welfare capitalism“: regime theory and public health research“. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), pp. 1098-1102.
5. Baumann, E., 2010. *Post-Soviet Georgia: the Rocky Path towards Modern Social Protection*. Budapest, unnamed, p. Stream 14.
6. Bennett, S. & Gzirishvili, D., 2000. *Health Worker Motivation in Georgia: Contextual Analysis*, Bethesda: Abt Associates Inc.
7. Bertola, G., Jimeno, J. F., Marimon, R. & Pissarides, C., 2001. *Welfare Systems and Labor Markets in Europe: What convergence before and after EMU?*, Cambridge: MIT Press.
8. Chanturidze, T., Ugulava, T., Duran, A. & Ensor, T., 2009. *Georgia Health System Review*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
9. Dershem, L. & Gzirishvili, D., 1998. Informal social support networks and household vulnerability: Empirical findings from Georgia. *World Development*, Vol 26, issue 10, 1 October, pp. 1827-1838.
10. Dershem, L., Gzirishvili, D., Roos, A. d. & Venekamp, D., 1996. *Food, Nutrition, health, and nonfood vulnerability assessment in Georgia, 1996: household assessment*, Tbilisi: ECHO, Save the Children, UNHHA.
11. Dredge, R., 2004. *Hospital Global Budgeting*, Washington, D.C.: The World Bank.
12. Eardley, T., 1997. *New Relations of Welfare in the Contracting State: The Marketization of Services for the Unemployed in Australia*, Sydney: Social Security Research Centre.
13. Esping-Andersen, G., 2000. *A Welfare State for the 21 Century*. [Internet] Available at: <http://www.nnn.se/seminar/framwork.htm> [last accessed on August 9, 2011].
14. European Observatory on Health Care System, 2000. *Health Care Systems in Transition – Kyrgyzstan*, Copenhagen: European Observatory on Health Care System.
15. Farkas, B., 2011. The Central and Eastern European model of Capitalism. *Post-Communist Economies*, 1 March, 23(1), pp. 15-34.
16. Fenger, H. J., 2007. *Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology*, Rotterdam: Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences.
17. Figueras, J., McKee, M., Cain, J. & Lessof, S., 2004. *Health systems in transition: learning from experience*. 1st ed. Copenhagen: the European Observatory on Health Systems and Policies.

18. Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G. & MacLehose, L., 2002. Health Care Systems in Transition – Georgia 2002, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
19. Gensche, P., 2004. Globalization and the welfare state: a retrospective. *Journal of European Public Policy*, 11(4), pp. 613-636.
20. Gilbert, N., 1999. *The Enabling State, Emerging Paradigm for Social Protection*, Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
21. Gotsadze, G., Bennet, S., Ranson, K. & Gzirishvili, D., 2006. *Health care-seeking behavior and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia*, London: Oxford University Press.
22. Gotsadze, G., Mataradze, G. & Zoidze, A., 1999. Hospital Sector Reform and its implications on HRD in Georgia. *Human Resources for Health Development Journal*, pp. 185-198.
23. Grosse-Tebbe, S. & Figueras, J., 2005. *Snapshots of health systems*, Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies.
24. Gurdgiev, C., 2006. Will the European Social Model wreck the Irish miracle?. *Beyond the European Social Model*. London: Open Europe, pp. 29-36.
25. Gzirishvili, D., Zoidze, A. & Gotsadze, G., 1997. *Health Care Reforms in Georgia*, Tbilisi: unnamed.
26. Hauschild, T. & Bekrhout, E., 2009. *Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study*, Tbilisi: Oxfam International.
27. Holden, C., 2003. Decommodification and the Workfare State. *Political Studies Review*, pp. 303-316.
28. Holzmann, R. & Jorgensen, S., 1999. *Social Protection as Social Risk Management*, Washington DC: The World Bank.
29. Holzmann, R. & Jorgensen, S., 2000. *Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond*, Washington DC: The World Bank.
30. Hsiao, W. C. & Shaw, R. P., 2007. *Social Health Insurance for Developing Countries*, Washington, D.C.: The World Bank.
31. Hyman, R., 2008. *Britain and the European Social Model: Capitalism against Capitalism?*, London: IES.
32. International Evaluation Group, 2009. *The World Bank in Georgia 1993 – 2007*, Washington, D.C.: The World Bank.
33. International Labour Organization, 2010. *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*, Geneva: International Labour Office.
34. International Social Security Association, 2011. *About Social Security*. [Internet]
Available at: <http://www.issa.int/Topics/About-social-security>
[last accessed on August 9, 2011].
35. Iztok, B., Rajkovic, V. & Sustersic, O., 2000. *Critical Analysis of an Information System for Community Nursing*. s.l., unnamed.
36. Jepsen, M. & Pascual, A. S., 2005. The European Social Model: an exercise in deconstruction. *Journal of European Social Policy*, pp. Vol. 15(3): 231-245.
37. Krieger, T. & Traub, S., 2008. *Back to Bismarck? Shifting preferences for intragenerational redistribution in OECD Pension Systems*, Bremen: University of Bremen. Department of Economics.

38. Kutzin, J., 2000. Towards Universal Health Care Coverage, A Goal-oriented Framework for Policy Analysis, Washington DC: The World Bank.
39. Kwiek, M., 2006. Welfare State in Transition: Changing Public Services in a Wider Context, Gregynog: University of Wales.
40. Lindeman, D., Rutkowski, M. & Sluchynskyy, O., 2000. The Evolution of Pension Systems in Eastern Europe and Central Asia: Opportunities, Constraints, Dilemmas and Emerging Practices, Washington, D.C.: The World Bank.
41. Mitra, P. & Stera, N., 2003. Tax Systems in Transition, Washington, D.C.: The World Bank.
42. Mullally, L., 2006. The social failure of the European Social Model. Beyond the European Social Model. London: Open Europe, pp. 9-28.
43. Munkhammar, J., 2006. Welfare State or Unfair State?. Beyond the European Social Model. London: Open Europe, pp. 37-41.
44. Murray, C. J. & Evans, D. B., 2003. Health Systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Christopher J.L. Murray, David B. Evans ed., Geneva: World Health Organization.
45. Murray, C. J. & Frenk, J., 2000. A Framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), pp. 717-731.
46. Neubourg, C. d., 2001. Social Security Economics: an introduction. C. d. Neubourg, ed. Social Security: Policy and Economics. Leuven: Insituut Sociaal Recht of teh Katholieke Universiteit Leuven, pp. 35-49.
47. Norton, A., Conway, T. & Foster, M., 2001. Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development, London: Overseas Development Institute.
48. Norton, A., Conway, T. & Foster, M., 2001. Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development, London: Overseas Development Institute.
49. Open Europe, 2006. Beyond the European Social Model. London: Open Europe.
50. Oxford Policy Management, 2010. Georgia Health Utilization and Expenditure Survey 2010, Tbilisi: Georgia Health and Social Projects Implementation Centre.
51. Paas, T., Hinnosaar, M., Masso, J. & Szirko, O., 2004. Social Protection Systems in the Baltic States, Tartu: Tartu University Press.
52. Physicians for a National Health Program, 2010. Health Care Systems – Four Basic Models. available at: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php [last accessed August 9, 2011].
53. Preker, A. S., Liu, X., Velenyi, E. V. & Baris, E., 2007. Public Ends, Private Means, Washington, DC: The World Bank.
54. Rashid, M. & Rutkowski, J., 2001. Labor Market in Transition Economies: Recent Developments and Future Challenges, Washington, D.C.: The World Bank.
55. Rechel, B. & McKee, M., 2009. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. Lancet, pp. 1186-95.
56. Rovelli, R., 2007. One market, how many social models? Policy and performance indicators for the EU-27. [Internet] Available at: http://www.google.ge/url?sa=t&rct=j&q=%22One+Market%2C+how+many+social+models%3F%22&source=web&cd=1&ved=0CBkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.dse.unibo.it%2Frovelli%2FRR-Papers%2FRR_OneMkt_Many-Models.pdf&ei=tL8TpPSH5GPsAbOhMXJDw&usg=AFQjCNFPULUSZWRC5kcMzkhZQ4I [last accessed on December 28, 2011].

57. Rovelli, R. & Bruno, R., 2007. Labor Market Policies and Outcomes: Cross Country Evidence for the EU-27. [Internet] Available at: http://www.google.ge/url?sa=t&rct=j&q=%22One+Market%2C+how+many+social+models%3F%22&source=web&cd=3&ved=0CCYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fftp.iza.org%2Fdp3161.pdf&ei=ttL8TpPSH5GPsAbOhMXJDw&usg=AFQjCNHKWA5Phot2YFOXba-ppccKHYdm_Q [last accessed on December 29, 2011].
58. Sabates-Wheeler, R. & Waite, M., 2003. Migration and Social Protection: A Concept Paper, Sussex: Institute of Development of Studies.
59. Saba, V. & Levine, E., 1978. Management information Systems for Public Health Nursing Systems. Public Health Reports, January-February, 93(1), pp. 79-83.
60. Sapir, A., 2006. Globalization and the Reform of European Social Models. Journal of Common Market Studies, Volume 44, Issue 2, pp. 369-390.
61. Serbanescu, F., 2009. Reproductive Age Mortality Study Georgia, 2008, Tbilisi: Ministry of Health, Labor and Social Affairs, National Center for Disease Control and Medical Statistics, Department of Statistics, Ministry of Economic Development, JSI, USAID, CDC.
62. Siegel, M. & Neubourg, C. d., 2011. A historical perspective on immigration and social protection in the Netherlands, Maastricht: Maastricht Economic and social Research Institute on Innovation and Technology.
63. Smith, P. C., Mossialos, E. & Papanicolas, I., 2008. Performance measurement for health system improvement: experience, challenges and prospects, Copenhagen: World Health Organization.
64. State Department for Statistics of Georgia, 2004. Households of Georgia 2002-2003, Tbilisi: State Department for Statistics of Georgia.
65. Tacis European Expertise Service, 1996. Georgian Economic Trends, I 1996, Tbilisi: Tacis European Expertise Service.
66. Tacis European Expertise Service, 1996. Georgian Economic Trends, IV 1996, Tbilisi: Tacis European Expertise Service.
67. Tawfik-Shukor, A. R., Klazinga, N. S. & Onyebuchi, A. A., 2007. Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. BMC Health Services Research, 7(25), pp. 25-39.
68. The World Bank, 1993. A blueprints for reforms – Georgia, Washington, D.C.: The World Bank.
69. The World Bank, 1996. Georgia Health Project, Washington, D.C.: The World Bank.
70. The World Bank, 2000. Options for Pension Reform in Georgia, Washington, D.C.: The World Bank.
71. The World Bank, 2000. Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard, Washington DC: The World Bank.
72. The World Bank, 2002. Georgia Public Expenditure Review, Washington, D.C.: The World Bank.
73. The World Bank, 2002. Georgia: Poverty Update, Washington, D.C.: The World Bank.
74. The World Bank, 2002. Primary Health Care Project, Washington, D.C.: The World Bank.
75. The World Bank, 2007. Georgia Structural Reform Support Project, Washington, D.C.: The World Bank.

76. The World Bank, 2011. Building Resilience and Opportunity. [Internet]
Available at: <http://go.worldbank.org/GJEZA3JDC0>
[last accessed on August 9, 2011].
77. The World Bank, 2011. Data: Labor Force, total. [Internet]
Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.TOTL.IN/countries/GE?display=graph>
[last accessed on December 28, 2011].
78. The World Bank, 2011. Data: Labor participation rate, total. [Internet]
Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.ZS/countries/GE?display=graph>
[last accessed on December 28, 2011].
79. UNICEF, 2010. Reproductive Health Survey, Georgia 2010, Tbilisi: UNICEF.
80. UNICEF, 2011. Survey of Barriers to Access to Social Services, Tbilisi UNICEF.
81. United Nations Development Programme, 2003. Georgia 2001/2002, Tbilisi: United Nations Development Programme.
82. Van Der Zee, J. & Kroneman, M., 2007. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Serv. Res, 7(94), pp. 1-11.
83. Vlieghe, M. D., 2006. The Myth of the Scandinavian Model. Beyond the European Social Model. London: Open Europe, pp. 1-7.
84. Wagstaff, A., 2009. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from OECD, Washington DC: The World Bank.
85. Waters, H et al, 2006. Health Care Modernization in Central and Eastern Europe, Washington, DC: Johns Hopkins University and the Center for Strategic and International Studies (CSIS).
86. Wedderburn, D., 1965. Facts and Theories of the Welfare State. Socialist Register, pp. 127-146.
87. Wickham, J., 2002. The End of the European Social Model: Before it Began?, Dublin: Department of Sociology, Trinity College Dublin.
88. World Health Organization Regional Office for Europe, 2011. European health for all Database. [Internet]
Available at: <http://data.euro.who.int/hfad/>
[last accessed: 02 12 2011].
89. World Health Organization, 2000. The World Health Report 2000: health systems: improving performance, Geneva: World Health Organization.
90. Young Academics Network, 2011. Rethinking Social Investment, Brussels: Young Academics Network.
91. Zoidze, A., Gzirishvili, D. & Gotsadze, G., 1999. Hospital Financing Study for Georgia, Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
92. არჩვაძე, ს., 2011. საქართველოს თანამედროვე დემოგრაფიული ვითარება - ქვეყნის პოლიტ-ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით. [Online]
Available at: <http://www.european.ge/?page=statistics&id=216>
[Accessed 27 დეკემბერი 2011].
93. ასლანიშვილი, კ. et al., 2011. ადამიანის უფლებები ჯანრთელობის დაცვის სფეროში, თბილისი: ფონდი „ღია საზოგადოება საქართველო“.

94. ბენდუქიძე, კ., 2011. მე უფრო რადიკალური ვიქნებოდი [Interview] (28 12 2011).
95. ბერიძე, ლ. & ჭიპაშვილი, მ., 2005. საქართველოს შრომის ბაზრის აქტუალური პრობლემები, თბილისი: საქართველოს ეკონომიკა.
96. გამყრელიძე, ა., 2004. საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოვალეობის შემსრულებლის ამირან გამყრელიძის მამართვა საქართველოს მოსახლეობას და სამედიცინო საზოგადოებას. მედიცინა, 11 02, Issue 176, pp. 1-32.
97. გელიტაშვილი, ნ., 2011. ევროკავშირთან თავსებადი სოციალური დაცვის მოდელი საქართველოში, თბილისი: ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
98. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2009. ჯანრთელობის დაცვა, საქართველო 2008, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
99. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2008. ჯანრთელობის დაცვა, საქართველო 2007, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
100. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2011. ჯანრთელობა და ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო 2010, თბილისი: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანრთელობის ეროვნული ცენტრი.
101. ევროპული არჩევანი საქართველოსთვის, 2011. დღევანდელი ჯანდაცვა საქართველოში. [Online] Available at: <http://www.european.ge/?page=statistics&id=59> [Accessed 28 12 2011].
102. ევროპული არჩევანი საქართველოსთვის, 2011. საარსებო მინიმუმი, ხელფასი და საპენსიო სისტემა. [Online] Available at: <http://www.european.ge/?page=statistics&id=58> [Accessed 28 12 2011].
103. ევროპული არჩევანი საქართველოსთვის, 2011. სამოქალაქო აქტივობა საქართველოში. [Online] Available at: <http://www.european.ge/?page=statistics&id=62> [Accessed 27 12 2011].
104. ევროპული არჩევანი საქართველოსთვის, 2011. შრომის პრობლემა. [Online] Available at: <http://www.european.ge/?page=statistics&id=57> [Accessed 28 12 2011].
105. თალაკვაძე, ა. et al., 2011. ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი, თბილისი: ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველო“.
106. თეთრუაშვილი, ზ. & თეთრუაშვილი-ქარდავა, მ., 2006. ეკონომიკური დემოკრატია და მისი განვითარების საკითხები საქართველოში, თბილისი: შიდა ქართლის საერო უნივერსიტეტი.
107. თვალჭრელიძე, ა., 2003. სოციალური დაცვის სისტემები საქართველოში და მისი განვითარების მიმართულებები, Stockholm: International IDEA.
108. თოქმაზიშვილი, მ. & არჩვაძე, ი., 2007. შრომის ბაზრის განვითარების სოციალურ-ეკონომიკური და ინსტიტუციური ასპექტები საქართველოში, თბილისი: GEPLAC.
109. კაკულია, მ., 2007. შრომითი მიგრანტების ფულადი გზავნილები საქართველოში: მოცულობა, სტრუქტურა, სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტი, თბილისი: GEPLAC.

110. კაკულია, რ. & ბაბუნაშვილი, ე., 2005. ფინანსური სისტემის გარდაქმის ამოცანები და სახელმწიფოს ეკონომიკური როლი, თბილისი: საქართველოს ეკონომიკა.
111. კვიციანიშვილი, ი., 2008. საქართველოს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსების სრულყოფის გზები, თბილისი: ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
112. მოდებაძე, პ., 2003. გადასახადების თეორისა და პრაქტიკის ზოგიერთი ისტორიული ასპექტი, თბილისი: საქართველოს ეკონომიკა.
113. პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისთვის, 2003. სოციალური დაცვისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სოციალური მუშაკების საქმიანობის გაუმჯობესების ხელშეწყობით, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
114. საქართველოს ახალგაზრდა ეკონომისტთა ასოციაცია, 2005. სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა საქართველოსა და მსოფლიოს ზოგიერთ ქვეყანაში, თბილისი: საქართველოს ახალგაზრდა ეკონომისტთა ასოციაცია.
115. საქართველოს ახალგაზრდა ეკონომისტთა ასოციაცია, 2003. ანგარიში სამედიცინო და ფარმაცევტულ სფეროში ლიცენზირებისა და ნებართვის სისტემის შესახებ, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
116. საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტი, 2007. საქართველოს სტატისტიკური წელიწადეული: 2006, თბილისი: საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება სტატისტიკის დეპარტამენტი.
117. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2010. საქართველო ციფრებში, თბილისი: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.
118. საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2003. სოციალური ტენდენციები საქართველოში, თბილისი: საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი.
119. საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2002. სიღარიბის მონიტორინგის საქართველოში 2000-2001 წლის ანგარიში, თბილისი: საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი.
120. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2003. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2002 წლის ანგარიში, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
121. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2005. ეროვნული მოხსნება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2004 წელი, თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
122. სსიპ - საქართველოს ტექნიკური ზედამხედველობის სახელმწიფო ინსპექციის შრომის უსაფრთხოების საინფორმაციო ცენტრი; საქართველოს დამსახრებელთა ასოციაცია, 2008. საქართველოს შრომის დაცვის ეროვნული მიმოხილვა, თბილისი: შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია.
123. უსუფაშვილი, დ. & ნოღია, გ., 2003. საარჩევნო პროცესები საქართველოში, Stockholm: International IDEA.
124. ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველო“, 2006. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგომარეობა საქართველოში, თბილისი: ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველო“ .
125. ყაველაშვილი, გ., 2006. შრომის ბაზარი საქართველოში 2003-2005, თბილისი: საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტი.

126. ყურაშვილი, გ., 2008. სოციალური ეკონომიკის ფორმირებისა და ფუნქციონირების ტენდენციები საქართველოში, თბილისი: საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი.
127. შუბითიძე, ვ., 2011. საქართველოს დომეგრაფიული ანატომია. [Online]
Available at: <http://www.patriots.ge/?p=1574>
[Accessed 27 დეკემბერი 2011].
128. ძნელაძე, გ., 2007. მაკროეკონომიკური მაჩვენებლების გავლენის ანალიზი მოსახლეობის ცხოვრების გონეზე-სოციალური პოლიტიკის წარმართვის საფუძველი. საქართველოს სტრატეგიული განვითარებისა და კვლევების ცენტრის ბიულეტენი, 1 June, pp. 32-49.
129. ხადური, ნ., 2010. საქართველოს ეკონომიკის კონკურენტუნარიანობის ანალიზი და პერსპექტივები, თბილისი: Policy and Management Consulting Group, GIPA.
130. ჯადუგიშვილი, შ., 2010. ჯანრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010, თბილისი: პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისათვის.
131. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2009. საქართველო ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, კეპენჰაგენი: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი.
132. ჯანრთელი სამყარო, 2010. ჯანდაცვის რეფორმის ანალიზი. [Online]
Available at: <http://www.hwngo.org.ge/analytics/47-jandacvis-reformis-analizi.html>
[Accessed 02 12 2011].
133. ჯულუხაძე, თ., 2009. საქართველოს საპენსიო სისტემის რეფორმების რეალობა და პერსპექტივები, თბილისი: საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი, სახელმწიფო მმართველობის სკოლა.

ISBN 978-994-10-4493-9



9 789941 044939



OPEN SOCIETY GEORGIA FOUNDATION
ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო

დაბოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები

თბილისი 2012