

ჯანდაცვის სისტემის განვითარების თავისებურებები ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკაში

ზვიად გეგუა
ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი,
სტუ ასოცირებული პროფესორი

რეზიუმე

სტატიაში განხილულია ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემის ისტორიული განვითარება და თანამედროვე მდგომარეობა. სოციალისტური წარსული და რეფორმირების არათანმიმდევრული, სწრაფი კურსი ჯანდაცვის სფეროში პოსტკომუნისტურ ქვეყნებში დასავლეთ ევროპის ქვეყნებისგან განსხვავებული მიდგომებსა და ტრადიციებზე გარკვეული აქცენტების გაკეთების საფუძველს ქმნის. მსგავსი პრობლემები არსებობდა მეოცე საუკუნის მიწურულს ჩინეთშიც. ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვის სექტორის განვითარების და მართვის მიდგომები შეიძლება მაგალითი გახდეს მთელი რიგი განვითარებადი ქვეყნისთვის, მათ შორის საქართველოსთვის. გარკვეულწილად მსგავსი საბაზისო მდგომარეობა, ურბანულ დონეზე გარემოს ეკოლოგიური დაბინძურების სიმწვავე, ცენტრსა და რეგიონს შორის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის განსხვავებულობა ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ცვლილებებს და მისი განვითარების დინამიკას ქვეყანებს შორის გაღრმავებული ეკონომიკური კავშირების ფონზე საქართველოსთვის საინტერესოს ხდის.

RESUME

The article discusses the historical development and modern state of the health care system in china. The socialist past and the inconsistent, rapid course of reform in the post-communist countries in health care form the basis of some emphasis on different approaches and traditions from western European countries. Similar problems existed in China at the end of the twentieth century. The People's Republic of China's approaches to health sector development and management can serve as an example for a number of developing countries, including Georgia. Somewhat similar baseline, scarcity of environmental pollution at urban level, differences in access to health care between center and region make the current changes in China's health care system and its development dynamics interesting in light of Georgia's deepening economic ties.

* * * *

თანამედროვე მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემების რეფორმირება მეტნაკლებად მასშტაბურ ხასიათს ატარებს. ინტენსიურად მიმდინარეობს არსებული სისტემების გადაფასების, მათი ეფექტიანობის ამაღლების, მკურნალობის ხელმისაწვდომობის თანასწორობისა და ჯანმრთელობის სასურველი შედეგების მიღწევის შესახებ მსჯელობა.

როგორც სამეცნიერო კვლევების შედეგად ირკვევა, მოსახლეობის მიერ ჯანდაცვის მომსახურების ეფექტიანობის შეფასება დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისგან. აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსოციალისტურ ქვეყნებში უკმაყოფილებას გამოთქვამენ უთანასწორობის გამო მკურნალობის ხარჯებთან დაკავშირებით. კვლევის ავტორები განსაკუთრებით გამოყოფენ მოსახლეობის კრიტიკულ დამოკიდებულებას და უნდობლობას სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების მიმართ [2, 269-278]. აღნიშნული პრობლემები ჩვენს მიერ ქართულ რეალობაში ჩატარებული ანკეტური კვლევის შედეგადაც დადასტურდა [1, 100-110].

მსგავსი პრობლემები არსებობდა მეოცე საუკუნის მიწურულის ჩინეთშიც. ამიტომ ჩინეთის მიერ ჯანდაცვის სექტორის განვითარების გამოცდილება შეიძლება გახდეს მაგალითი მთელი რიგი განვითარებადი ქვეყნისთვის.

1978 წლამდე ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემა გარკვეული პარამეტრებით უახლოვდებოდა და სმირ შემთხვევაში უსწრებდა კიდევ მაშინდელი განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის მაჩვენებლებს. მაგ: 1945 წლიდან 1978-წლამდე სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გაიზარდა 35 - წლიდან 78 - წლამდე. ჯანდაცვა იყო ძალიან იაფი. 80-იანი წლების ეკონომიკური კოლაფსის შემდეგ ეკონომიკის რეფორმირებას და საბაზრო პრინციპებზე მორგებას მოჰყვა რეფორმები ჯანდაცვის სფეროში. ჩინეთმა თავიდან აირჩია მინიმალური ჩარევის გზა, როცა 80-იან წლებში კოლექტივიზმის პრინციპი, რომელიც გულისხმობდა უფასო სამედიცინო მომსახურებას, შეიცვალა და ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოები ჩამოინგა. ჩინეთის მთავრობამ ფინანსური პასუხისმგებლობა არ აიღო ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილ პრობლემებზე. საბაზრო ეკონომიკის პრი-

ნციპებით ხელმძღვანელობისას, თუკი სამედიცინო მომსახურებაზე შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა იზოლირებულია ჯანდაცვის ხარჯებისაგან, მაშინ აუცილებლად დადგება სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ლიმიტირების საკითხი, ვინაიდან უფასო მომსახურება და ჯანდაცვის დანახარჯებისგან პაციენტის სრული გამოორიცხვა საბაზრო სისტემაში შეუძლებელია. ამიტომაც მეოცე საუკუნის 90-ანი წლების დასაწყისში ჩინეთის მთავრობამ მინიმალური ინტერვენციის პრინციპით იმოქმედა და პროცესი თვითდინებაზე მიუშვა. ეს გადანყვებილება სოციალური თვალსაზრისით მძიმე და მტკივნეული პროცესის საფუძველი გახდა, პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობა გაუარესდა, სამედიცინო ხარჯები გაიზარდა, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შემცირდა და სხვ. ჯანდაცვის ხარჯები უკანასკნელი სამი დეკადის განმავლობაში 90-ჯერ გაიზარდა, დიდი იყო ჯიბიდან გადახდაც. მიუხედავად ზემოჩამოთვლილი ნეგატიური მოვლენებისა, ხელისუფლება ვერ გასწვდებოდა იმ უზარმაზარ დანახარჯებს, რომელიც საჭირო იყო სისტემის დაუყოვნებლივი რესტრუქტურიზაციისთვის, რამაც გრძელვადიან პერიოდში მოიტანა შედეგი. თანამედროვე ეტაპზე ჩინეთის ურბანული და სასოფლო მოსახლეობა ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა პრინციპებით ფინანსდება. ჩინეთის სოციალური დაზღვევის კანონი 2011 წლის ივლისში ოფიციალურად ამოქმედდა და მოიცავს სამ ძირითად სადაზღვევო სქემას - ურბანული დასაქმებულის საბაზისო სამედიცინო დაზღვევის (UEBMI), ურბანული მოქალაქის სამედიცინო დაზღვევის (URBMI) და სოფლის კოოპერატიულ სამედიცინო სისტემის რეფორმირებულ ვერსიას (RCMS). ურბანული მოსახლეობის ძირითადი ნაწილი სარგებლობს კორპორატიული დაზღვევის ტიპის სამედიცინო მომსახურებით, ხოლო სოფლებში ჯანდაცვა ფინანსდება მართული ჯანდაცვის ფორმით free-for-service-ით (ffs) [4, 9-14]. ჩინური ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემა ხელისუფლების სხვადასხვა ორგანოებს შორის ჯანდაცვის დაზღვევის სხვადასხვა ფორმით სარგებლობის შესახებ ინფორმაციის კოორდინირების არარსებობაა, რაც უშვებს მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის მიერ დაზღვევის სიკეთეთა არაკეთილსინდისიერი გამოყენების შესაძლებლობას. თუკი ეროვნულ დონეზე არსებობს ჯანდაცვის კონკრეტული მართვის სისტემა, რეგიონულ დონეზე შეიძლება სხვა სისტემა მუშაობდეს, ხოლო მუნიციპალურ დონეზე - სხვა. ეს გათიშვა დონეებს შორის ხელს უშლის სისტემის ეფექტურ მუშაობას. ამ ტიპის პრობლემატიკას განაპირობებს სხვადასხვა ხელით მართვის დაფინანსების განსხვავებული დონეები (ქალაქური - სოციალუ-

რი დაცვის სამინისტრო, სოფლური - ჯანდაცვის სამინისტრო) ინვეს ზედმეტ ხარჯებს. შეიძლება მოქალაქე მონაწილეობდეს ორივე სქემაში. ინფორმაციის გაზიარების სისტემა არაეფექტურად მუშაობს. მაგ. 2011 წლისათვის 5.7 მილიონი ადამიანი აღირიცხა ორივე სქემაში ერთად. პრობლემის არსს წარმოადგენს ჯანდაცვის ინსტიტუტებისა და სამედიცინო დაწესებულებების არაკოორდინირებული ფუნქციონირება. თუმცა ნიშანდობლივია რომ აღნიშნული პრობლემებს უფრო მეტად მოსახლეობის დიდი რაოდენობა და ჯანდაცვის ბაზრის საკონტროლო არეალის სიდიდე განაპირობებს. ცენტრსა და რეგიონს შორის სამედიცინო მომსახურების არათანაბრობა და ხელმისაწვდომობის განსხვავებულობა ნიშნულია ქართული ჯანდაცვის სისტემისათვის.

ბოლო პერიოდში ჯანდაცვის საყოველთაოობაზე აქცენტის გაკეთების პირობებში ჩინეთის ჯანდაცვის უმთავრეს გამოწვევად რჩება ჯანდაცვის გაზრდილი ხარჯები, რისი პრევენციის მიზნით მიმდინარეობს ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლის პოლიტიკის გატარება, რაც გარკვეულწილად ნინა-ალმდეგობებს აწყდება. [5] ამ კუთხით ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემისათვის ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს გულისხმობად და ქრონიკული დაავადებები, რაც ექსპერტთა მოსაზრებით გამოწვეულია კატასტროფული ეკოლოგიური მდგომარეობით. ეკოლოგიური მდგომარეობის გაუარესება ძირითადად ხდება მრეწველობის უკონტროლო ზრდით. უნდა ითქვას, რომ გარემოს ეკოლოგიური დაბინძურება ქართული ჯანდაცვის სისტემისთვისაც უკიდურესად მწვავე პრობლემას წარმოადგენს, რაც ქალაქის პირობებში უმეტესწილად დაკავშირებულია მოძველებული მანქანების გამონაბოლქვის მატებასთან. აღნიშნული პრობლემის პრევენცია შესაძლებელია თანამედროვე ინფრასტრუქტურის განვითარებით, რომელიც თავის თავში მოიცავს ეკოლოგიური სისტემების ინტეგრირებას მრეწველობასა და ინფრასტრუქტურაში.

არსებული მდგომარეობის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სამომავლოდ პოლიტიკურად ნაკლებმომგებიანი, მაგრამ ეკონომიკური თვალსაზრისით გამართლებული, გადანყვებილების მიღება გაა-ჯანსაღებს ჯანდაცვის სისტემას. ქართული ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან განეული ხარჯების შემცირება შესაძლებელია სოციალური პოლიტიკის გარკვეული ცვლილებით. კერძოდ, ეს მიზანი შეიძლება მიღწეულ იქნას ძირითადად სიცოცხლისთვის ნაკლებსაშიში და ფინანსური თვალსაზრისით ნაკლებად მძიმე ჯანდაცვით მომსახურებაზე სახელმწიფო პასუხისმგებლობის შემცირებით და კერძო სადაზღვევო ინტერესის სტი-

მუღირებით ამ სეგმენტებში. ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემაში XXI საუკუნის პირველი ათწლეულის ბოლოს და მეორე ათწლეულის დასაწყისში განხორციელებული სისტემური ცვლილებების წარმატებით გატარების საფუძველს წარმოადგენდა განვითარების პირველ ეტაპზე ჯანდაცვაში სახელმწიფოს მინიმალური ინტერვენციის პოლიტიკა, რომელიც მეოცე საუკუნის 90-იანი წლების სისტემური კოლაფსის შემდგომ იქნა გატარებული, რაც სასურველია გაზიარებულ იქნას ქართული ჯანდაცვის სისტემაში სტაბილურობისა და თანაბარზომიერი განვითარების მისაღწევად.

საბაზრო ეკონომიკის პირობებში საქართველოსთვის, როგორც გარდამავალი ეკონომიკის მქონე ქვეყნისათვის, თავისუფალი ბაზრის გათვალისწინებით რეგიონსა და ცენტრს შორის არსებული ხარისხობრივი, ინფორმაციული და პროფესიული სხვადასხვაობების აღმოფხვრა თითქმის შეუძლებელია. ამ თვალსაზრისით საინტერესოა ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემის მოდელი, რომლის მიხედვითაც ურბანული და სოფლის ჯანდაცვის სისტემები განსხვავებულ პრინციპებზეა აგებული.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვეკუა ზ., ჯანდაცვაში არსებული რისკების პრევენციის მოდელები, გვ 45-50, 100-110.
2. Schneider M., Popic T., Cognitive determinants of healthcare evaluations - A comparison eastern and Western Europe countries, Health policy, 2018, 122, 3, pp. 269-278;
3. Swedish Agency for Growth Policy Analysis, Studentplan 3, SE-831 40 Östersund, Sweden, China's Healthcare System Overview and Quality Improvements, 2013, pp. 10-15;
4. Ling R., Liu F., Lu Q. X., Wang W., Emerging Issue in Public Health: perspective on China's Healthcare System, 2011, 125, 1, pp. 9-14;
5. Jianzhou Yan, Hui-Heng Lin, Dan Zhao, Yuanjia Hu & RongShao, China's new policy for healthcare cost-control based on global budget: a survey of 110 clinicians in hospitals, BMC Health Services Research volume 19, Article number: 84 (2019)