

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ნინო გოკიელი

საქართველოს მოსახლეობის სოციალური დაცვა და
სოციალური უსაფრთხოება

დისერტაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური
ხარისხის მოსაპოვებლად



თბილისი

2021

ნაშრომი შესრულებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის
კვებისა და ასაკობრივი მედიცინის დეპარტამენტში

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

პროფესორი შალვა ზარნაძე

პროფესორი ბიძინა ზურაშვილი

ექსპერტები:

პროფესორი ოთარ გერზმავა

ასოცირებული პროფესორი დევი ტაბიძე

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორი ნინო ჯაფარიძე

დისერტაციის წინასწარი განხილვა შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კვებისა და ასაკობრივი მედიცინის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დეპარტამენტების, „ჯანდაცვის ორგანიზატორთა“ და „გარემოს მედიცინის“ პროფესიული ასოციაციების გაერთიანებულ სხდომაზე.

2021 წლის 13 ივლისი / ოქმი N 9/

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (ვაჟა-ფშაველას გამზ. N 29).

დისერტაციის დაცვა შედგება 2021 წლის 20 დეკემბერს 16:00 სთ-ზე.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ადმინისტრაციული კორპუსის I სართულზე. სადისერტაციო დარბაზში (ვაჟა-ფშაველას გამზ. N 33).

TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY

Nino Gokieli

Social defence and social security of the population of Georgia

**Thesis of Scientific Study for the
Academic Degree of PhD in Public Health**



Tbilisi

2021

The Scientific Study is completed in Tbilisi State Medical University, the department of food and aging medicine.

Scientific supervisors:

Professor Shalva Zarnadze

Professor Bidzina Zurashvili

Experts:

Professor Otar Gerzmava

Associated Professor Devi Tabidze

Phd Nino Japaridze

Preliminary review of the dissertation was held at Tbilisi State Medical University. At the joint session at the Department of food and aging medicine and the department of health promotion of associations of “public health organisers” and “environmental medicine”, 13.07.2021 (Protocol N 9).

Full version of the dissertation can be accessed at the library of Tbilisi State Medical University, (N29 Vazha-Pshavela ave).

The defence of this thesis will take place at 20th of December 2021, in the dissertation hall on the first floor of administrative building of Tbilisi State Medical University, (33 Vazha-Pshavela ave).

სარჩევი

სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება.....	6
სამეცნიერო სიახლე და აქტუალობა.....	6
ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება.....	7
თავი 1 ლიტერატურის მიმოხილვა.....	10
სოციალური დაცვა და სოციალური უსაფრთხოება.....	10
საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა.....	16
სხვადასხვა ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების სოციალური დაცვა და უსაფრთხოება.....	31
კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	60
თავი 2 კვლევის მასალა და მეთოდები.....	61
თავი 3 კვლევის შედეგები და განსჯა.....	66
პირველი ამოცანა.....	66
მეორე ამოცანა.....	69
მესამე ამოცანა.....	92
მეოთხე ამოცანა.....	107
მეხუთე ამოცანა.....	120
თავი 4 დასკვნები და რეკომენდაციები.....	128
დასკვნები.....	128
რეკომენდაციები.....	129
თავი 5 ინგლისურის თეზისი.....	130
თავი 6 გამოყენებული ლიტერატურა.....	135
გამოქვეყნებული ნაშრომები.....	147
ნაშრომი პირველი.....	147
ნაშრომი მეორე.....	151
ნაშრომი მესამე.....	155
ნაშრომი მეოთხე.....	157
ნაშრომი მეხუთე.....	160
ნაშრომი მეექვსე.....	163
ნაშრომი მეშვიდე.....	168

სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება

სამეცნიერო სიახლე და აქტუალობა

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოს, როგორც ახალგაზრდა სახელმწიფოს სწორი და სწრაფი განვითარებისათვის საჭიროა მრავალი რეფორმის გატარება და ამ მიმართულებით კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მსოფლიო გამოცდილების გაზიარება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სხვადასხვა ქვეყნების წარმატებული მაგალითების შესწავლა და მათი ადაპტირებული ვარიანტის გააზრებული დანერგვა ქვეყნის მდგრადი და სწრაფი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. საქართველოში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ცვლილებები, საომარი მოქმედებები, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ფენის ზრდა, იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობა, უმუშევრობის მაღალი მაჩვენებელი, მოსახლეობის დაბერება, შრომისუნარიან და ახალგაზრდა ასაკის მოსახლეობაში მიგრაციის მაღალი სიხშირე სერიოზულ პრობლემებს ქმნის სოციალური დაცვის სფეროში.

განვითარებული და ეფექტური სოციალური დაცვის და სოციალური უსაფრთხოების სისტემების შექმნისათვის უმნიშვნელოვანესია მეცნიერულად დასაბუთებული რეკომენდაციების შემუშავება და მათი პრაქტიკული განხორციელება. ამავდროულად, ქვეყნის სოციალური დაცვის და სოციალური უსაფრთხოების პროგრამები საჭიროებს მუდმივ მონიტორინგს, შეფასებას, ანალიზსა და გაუმჯობესებას, რომ გახდეს უფრო ეფექტური და ფოკუსირებული შესაბამისი საჭიროების მქონე მოსახლეობისთვის. პროგრამებს აუცილებლად უნდა გააჩნდეს შესაბამისი ინდიკატორები, რომლებიც საშუალებას მისცემს შესაბამის სამსახურებს მინიმუმამდე შეამცირონ არსებული ხარვეზები და გაუმჯობესონ არსებულ პროგრამებზე ხელმისაწვდომობა.

- სადისერტაციო კვლევის ფარგლებში პირველად იქნა შესწავლილი სოციალური პროგრამებით ხელმისაწვდომობისა და კმაყოფილების ხარისხი მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივ და სოციალურ ჯგუფებში.

- შესწავლილი და შეფასებული იქნა საკანონმდებლო გარემო, საკანონმდებლო დოკუმენტების განხორციელების, საზოგადოების ინფორმირებულობისა და ხელმისაწვდომობის პრობლემები.
- გაანალიზებული და შეფასებული იქნა სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილება სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების საკითხებზე, მათი სავარაუდო იმპლემენტაციისთვის ქვეყანაში არსებული სოციალური გარემოსა და სოციალური მარკერების მართვის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით.

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია ნებისმიერი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. ჯანმრთელი ქცევის მოდელის, უსაფრთხო საცხოვრებელი გარემოს, უსაფრთხო და ჯანსაღი კვების, ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის ახალი კონცეფციის დანერგვა მოსახლეობის ყველა ასაკობრივი და სოციალური ჯგუფისათვის თანასწორუფლებიანობის პრინციპის დაცვით წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრიორიტეტს ჩვენი ქვეყნის განვითარების გზაზე.

ჩვენს მიერ განხორციელებული რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევების შედეგებმა, ქვეყანაში არსებული სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პროგრამების მიმართულებით არსებული გამოწვევების, მისი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის იდენტიფიცირების და პრობლემების გადაჭრის ეფექტიანი გზების მოძიების შესაძლებლობა მოგვცა. ჩატარებული კვლევების შედეგები და სამეცნიერო პუბლიკაციები შესაძლებელია გამოყენებული იყოს სოციალური დაცვისა და უსაფრთხოების პროგრამების ეფექტური დაგეგმვისას და განხორციელებისას.

პირველად კომპლექსურად იქნა შეწავლილი სხვადასხვა შემოსავლის მქონე პირების, სოციალურად დაუცველი ფენის, დევნილების, ბავშვების, მოზარდების, ახალგაზრდების, ხანდაზმულებისა და უნარშეზღუდულების სოციალური დაცვისა და

სოციალური უსაფრთხოების სისტემების ეფექტურობა. მათი შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან სისტემის სრულყოფის მიზნით, მეცნიერულად დასაბუთებულ დასკვნებზე დაყრდნობით.

კვლევის შედეგების პრაქტიკული ღირებულება კიდევ უფრო მეტად იზრდება, სახელმწიფო სტრუქტურების დაინტერესებითა და კვლევაში აქტიური, უსასყიდლო მონაწილეობით. ამავდროულად, კვლევის შედეგად მიღებული რეკომენდაციები და შეფასებები უმნიშვნელოვანესია სოციალური სისტემის შემდგომი განვითარებისა და დახვეწის ღონისძიებების დასაგეგმად და იმპლემენტაციისთვის.

სადისერტაციო ნაშრომის აპრობაცია და პუბლიკაციები:

დისერტაციის თემის ირგვლივ გამოქვეყნებულია 7 სამეცნიერო ნაშრომი (დანართი გამოქვეყნებული ნაშრომები).

აპრობაცია შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კვებისა და ასაკობრივი მედიცინის დეპარტამენტში (13.07.2021 ოქმი№ 9)

სადისერტაციო ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა

დისერტაცია წარმოდგენილია ქართულ ენაზე, 177 ნაბეჭდი გვერდით და შეიცავს შესავალს, 6 თავს, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს, გამოყენებული ლიტერატურის სიას (169 წყარო, მათ შორის 149 უცხოურ ენაზე), დანართებს: 24 ცხრილს, 21 გრაფიკს, გამოქვეყნებულ სამეცნიერო ნაშრომებს.

თავი I.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა

1. სოციალური დაცვა და სოციალური უსაფრთხოება

სოციალური დაცვის სისტემა

სოციალური დაცვა მნიშვნელოვანი მიმართულებაა ქვეყნის სიღარიბის შემცირებისა და სხვა მრავალგანზომილებიანი საჭიროებების უზრუნველყოფაში. ეს არის პროცესების ერთობა მიმართული ისეთი პოლიტიკის და ინტერვენციის დანერგვისკენ, რაც ღარიბი და დაუცველი ადამიანების ეკონომიკური, სოციალური, პოლიტიკური და უსაფრთხოების რისკების შემცირებას განაპირობებს. სოციალური დაცვის პოლიტიკით სახელმწიფო იცავს მოსახლეობის ორივე - ღარიბ და ნაკლებად მოწყვლად ფენას, მათი ეკონომიკურ აქტივობებში ჩართვით, როგორც საზოგადოების სოციალური სარგებლის შემქმნელ ნაწილს. სოციალური დაცვის პოლიტიკა არის ფართო პოლიტიკის ნაწილი, რომელიც მოიცავს მაკროეკონომიკურ სტაბილურობას, წარმოებისა და დასაქმების ხელშეწყობას, ჯანმრთელობისა და განათლების სისტემების სრულფასოვნებასა და ხელმისაწვდომობას, რაც მიზნად ისახავს მოსახლეობის სიღარიბის, მოწყვლადობისა და დაუცველობის რისკების შემცირებას. [1, 14, 15, 10].

სოციალური დაცვა განისაზღვრება, როგორც სახელმწიფო და კერძო პოლიტიკისა და პროგრამების ერთობლიობა, რომელთა მიზანია საზოგადოებაში არსებული სოციალური რისკების პრევენცია და შემცირება, მოწყვლადი ჯგუფებისა და პირების დაცვა-გამძლიერება, ასევე მოსახლეობის შრომითი აქტივაცია. სისტემა ემსახურება როგორც დასაქმებულ, ასევე დაუსაქმებელ მოქალაქეებს, მათ შორის, ბავშვებს, ხანდაზმულებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს (შშმპ) და ა.შ. ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე, ინდივიდების სოციალური დაცვის საჭიროებათა გამოვლენისა და დაკმაყოფილებისთვის, სოციალური დაცვის სისტემის ფუნქციონირებაში საკვანძო როლი ენიჭება მომსახურებებს და სექტორებს შორის კოორდინაციას, ასევე ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების შტოების შეთანხმებულ მოქმედებას. [10, 22, 95, 124, 126].

ევროკავშირის და გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) ხელშეწყობით შექმნილი საქართველოს პარლამენტის დოკუმენტის თანახმად, სოციალური დაცვის სისტემის

განვითარებისა თუ ეფექტიანი ფუნქციონირებისთვის გათვალისწინებულ უნდა იქნას მისი შემადგენელი შემდეგი ძირითადი პრინციპები:

1. ინკლუზიურობის უზრუნველყოფა: სისტემის ინკლუზიურობის გაზრდას ხელს უწყობს მულტისექტორული მიდგომების დანერგვა, ეფექტიანი საჯარო მმართველობა, მტკიცებულებათა შეგროვება და მიმდინარე სახელმწიფო პროგრამების ეფექტიანობის ანალიზი, კერძო და სამოქალაქო სტრუქტურებთან გაზრდილი კოორდინაცია და ა.შ. საჭიროა სოციალური დახმარების, შრომისა და სოციალური დაცვის სხვა პროგრამებში მეტად ჩაერთოს აქტიური საზოგადოებისგან გარიყული და განსაკუთრებით მოწყვლადი ინდივიდები, ჯგუფები და თემები.

2. სოციალური რისკების პრევენცია: სოციალური რისკების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის მიზნით, პრევენციული პოლიტიკის ძირეული ასპექტების გაუმჯობესება; ასევე უმუშევრობით, ხანდაზმულობით, შეზღუდული შესაძლებლობითა და სხვა გარემოებებით განპირობებული შემოსავლების კლებისა და სოციალური ფუნქციონირების მკვეთრი დაქვეითების დაკომპენსირება სოციალური დაცვითა თუ სხვა მექანიზმების გამოყენებით.

3. პროდუქტიულობის გაზრდა: ადამიანურ კაპიტალში, განსაკუთრებით კი ბავშვებში, ინვესტირება ზრდის ინდივიდების შესაძლებლობებს, ხელს უწყობს ზრდასრული მოსახლეობის დასაქმებას და ინკლუზიურ ეკონომიკურ ზრდას. დასაქმებისა და შრომის საკითხების მართვის პროცესში, სოციალური დაცვის სისტემის როლი არის დასაქმებულთა დაცვა, შრომის რეგულირება და შემოსავლის დაკარგვისგან დაცვის პროგრამების შემუშავება. სახელმწიფო სოციალური სისტემა ასევე ზრუნავს მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიმღებთა ეკონომიკური აქტიურობის გაზრდაზე, რისთვისაც სხვადასხვა მექანიზმს იყენებს, როგორცაა დახმარების მიღების პერიოდში მათი უნარ-ჩვევების განვითარება, გამოცდილების გაღრმავება, დასაქმების ხელშეწყობა და სხვა.

4. სისტემური მიდგომა: სოციალური დაცვის პროგრამები ავსებს ერთმანეთს და პასუხობს მოწყვლადი მოქალაქეების ინდივიდუალურ საჭიროებებს. სისტემური მიდგომის დანერგვის პროცესში, ყურადღება ეთმობა ქვეყნისათვის პრობლემურ ისეთ საკითხებს, როგორცაა მოსახლეობის დაბერება, ახალგაზრდების უმუშევრობა,

ინსტიტუციურ ზრუნვაზე მაღალი დამოკიდებულება, სოციალური სფეროს (განსაკუთრებით, პრევენციული და თემზე დაფუძნებული მომსახურებების) შეზღუდული დაფინანსება და ა.შ. შედეგად, ძლიერდება სოციალური დაცვის სისტემის პრევენციული, რისკების შემცირებისა და მოსახლეობის შრომითი აქტივაციის ფუნქცია. იგი ეფუძნება ადამიანის უფლებათა დაცვის პრინციპს და ხელს უწყობს სოციალურ ინკლუზიას, თანაბარი შესაძლებლობების დამკვიდრებას, სოლიდარობის განმტკიცებას, დისკრიმინაციის აკრძალვას, მონაწილეობასა და გამჭვირვალობას. [9, 10].

სოციალური დაცვის სისტემას სხვა პოლიტიკურ მიდგომებთან ერთად, შეუძლია მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანოს გრძელვადიან პოლიტიკურ პროგრამებში, რომელთა მიზანია, როგორც მოსახლეობის სიღარიბის დაძლევა, ასევე სოციალურ-ეკონომიკურ სერვისების ხელმისაწვდომობა, დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის და ინსტიტუციების განვითარება. აღსანიშნავია, რომ ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიღწევა შეუძლებელია სრულფასოვნად მოწყობილი სოციალური სისტემისა და ხარჯთეფექტური სოციალურ დაცვის მექანიზმების გარეშე [155].

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 ითქვას, 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 მოწოდებულ განმარტებაში: „სოციალური უზრუნველყოფა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც კანონმდებლობით დადგენილი სოციალური დაცვის ნებისმიერი პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფს პიროვნებების შემოსავლების უსაფრთხოების ხარისხს, რაც კავშირშია მოხუცებულობასთან, ქმედუუნარობასთან, შეზღუდულ შესაძლებლობებთან, უმუშევრობასა ან ბავშვებზე ზრუნვასთან. სოციალური სისტემა ასევე გვთავაზობს სამკურნალო და პრევენციულ-პროფილაქტიკური ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას” (International Social Security Association, 2011).

სოციალურ დაცვაში განსაკუთრებული როლი აკისრია ქვეყნის მმართველობას. ხელისუფლება პასუხისმგებელია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებაზე. დემოგრაფიული ძვრები, მზარდი ასაკოვანი პოპულაციები, გლობალიზაცია, ეპიდემიური დაავადებების მართვა, ინფექციები, მედიკამენტების ფასის ზრდა ითხოვს ეფექტური სოციალური პროგრამების დანერგვას. ადამიანის უფლებაა იყოს დაცული სახელმწიფოს, როგორც უმაღლესი პოლიტიკის შემქმნელი და განმახორციელებელი ორგანოს მიერ. ხელისუფლებას აკისრია მნიშვნელოვანი ვალდებულება მისივე მოსახლეობის კეთილდღეობისა და უსაფრთხო ცხოვრებისთვის [28].

აზიის განვითარების ბანკის მიერ სოციალური დაცვის სტრატეგიის დოკუმენტში სოციალური დაცვა განისაზღვრა შემდეგნაირად: „პოლიტიკისა და პროგრამების ერთობლიობა, რომელიც შექმნილია სიღარიბის და დაუცველობის შემცირებისთვის, რაც მიიღწევა შრომის ბაზრების გაძლიერებით, მოსახლეობის რისკებისა და საფრთხეებისგან დაცვით და მათი შემოსავლების შემცირება/დაკარგვის საწინააღმდეგო მოქმედებით.“ (Asian Development Bank, (ADB). Social Protection Strategy (SPS) 2001). განსაზღვრება ზუსტად მიუთითებს სახელმწიფოს მნიშვნელოვან როლზე სოციალური დაცვის სისტემების განვითარებაში. მსოფლიო ბანკი (World Bank. Holzmann R. 2001) ინდივიდების, ოჯახებისა და ქვეყნის მოსახლეობის უსაფრთხოებაში, რისკების თავიდან აცილებაში ასევე ძირითად როლს სახელმწიფოს აკისრებს.

სოციალური დაცვის სისტემის კომპონენტები

სოციალური დაცვის სისტემა, პირობითად შედგება ოთხი ძირითადი კომპონენტისაგან, რომელთა მეშვეობით ხდება სარგებლის მიწოდება ბენეფიციარამდე, მოსარგებლემდე:

- სოციალური დაზღვევა;
- სოციალური დახმარება: სერვისები, სუბსიდიები, დასაქმების პროგრამები;

- სოციალური კომპენსაციები;
- სოციალური მაშველი ბადე.

1. სოციალური დაზღვევა (social insurance) - ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც მიმართულია გარკვეული რისკების უარყოფითი შედეგების შემსუბუქებისა და კომპენსაციისაკენ რისკების გადანაწილების (სოლიდარობის) პრინციპით, მიუხედავად 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.

2. სოციალური დახმარება (social assistance) - 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“ ვუწოდებთ, ასევე არაფულადი, რომელიც გამოიხატება შეღავათებითა და სოციალური სერვისით.

3. სოციალური კომპენსაციები (social compensations) - მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისთვის მიყენებული ზიანის საზოგადოების მიერ ანაზღაურების (დაფარვის) მექანიზმი. ზიანი შეიძლება გამოწვეული იყოს საზოგადოებრივი საქმიანობის გაწევით ან სტიქიური უბედურებით.

4. სოციალური მაშველი ბადე (Social Safety Net) - სოციალური დაცვის ღონისძიებების ის ნაწილი, რომელიც უშუალოდ ემსახურება ადამიანების დაცვას გაღარიბებისგან (პირველ რიგში) ან არსებული სიღარიბიდან ამოყვანას (რიგ შემთხვევებში). სოციალური მაშველი ბადე არ არის სოციალური დაცვის სისტემის (ორგანიზაციული, სტრუქტურული) ცალკე კომპონენტი, არამედ ის წარმოადგენს ღონისძიებების ერთობლიობას სხვადასხვა ფუნქციური ნიშნით. მაგალითად, უმუშევრობის დაზღვევა, რაც განეკუთვნება სოციალური დაზღვევის კომპონენტს, სამსახურის და შრომითი შემოსავლის დაკარგვისას იცავს პიროვნებას (ან ოჯახს) გაღარიბებისგან გარკვეული დროის მანძილზე, კერძოდ ხელახლა დასაქმებამდე ან დაზღვევის ვადის ამოწურვამდე. 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 გაწევა) ირთვება სოციალური შემწეობების მექანიზმი, როგორც არის სოციალური დახმარებების კომპონენტი [14,15,155].

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა განვითარებადი მსოფლიოს სოციალური სისტემის ძირითადი სამიზნე მიმართულებაა. მათი ჯიბიდან გადახდის, დამატებითი ღირებულებების გადახდით დაფინანსებული ჯანდაცვა გადადის სოციალურ დაზღვევაზე. ქვეყნებში კი, სადაც განვითარებულია სოციალური დაზღვევა, ჯანდაცვის სერვისების დაფარვა და მოსახლეობის მოცვა ფართოვდება. სამეცნიერო კვლევები აჩვენებს, რომ სოციალური დაზღვევა არ გვაძლევს ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებს დაბალ ფასად, რაც შესაძლოა შესყიდვების არასრულფასოვანი რეგულაციის ბრალი იყოს. სავარაუდოდ, მნიშვნელოვანია ასევე, რომ შემოსავლების შეგროვებაში ძირითადად მონაწილეობს დასაქმებული მოსახლეობის ფორმალური სექტორი და პროგრამები მიმართულია ღარიბი მოსახლეობის მოცვისკენ. ქვეყნები მაღალი ეკონომიკური განვითარების მიღწევამდე ნაკლებად ფარავენ არამოწყვლადი და არაფორმალურად დასაქმებულების სერვისებს [136].

საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა

საქართველოს სოციალური დაცვის ისტორიული ხედვა

საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემამ განვლილი 25 წლის მანძილზე განვითარების მნიშვნელოვანი ეტაპები გაიარა. საბჭოთა კავშირის დაშლამ სოციალური პოლიტიკის მიმართულებით საბჭოთა მიდგომების შეცვლა გამოიწვია. არსებული სისტემა დაინგრა და მის ადგილზე საჭირო გახდა ახლის აშენება. ეკონომიკური ტრანზიციის სრული დასაქმების დასრულებას ნიშნავდა, რაც საბჭოთა კეთილდღეობის სისტემის საფუძველს წარმოადგენდა. ტრანზიციამ აგრეთვე მოიტანა სიღარიბის დრამატული გაზრდა. მსოფლიო ბანკის სტანდარტებით ჩატარებული გამოკვლევის თანახმად 1988 წელს მოსახლეობის 2 % ცხოვრობდა აბსოლუტურ სიღარიბეში ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში. ათი წლის შემდეგ 1998 წელს მსოფლიო ბანკის მიხედვით ადამიანების რაოდენობა, რომლებიც სიღარიბის სტანდარტის ქვემოთ ცხოვრობდნენ მოსახლეობის 21 პროცენტს შეადგენდა. სტატისტიკური მონაცემების სერიოზული დეფიციტი ამ ციფრების სიზუსტეს კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს. შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით 9 მილიონზე მეტი ყოფილი საბჭოთა მოქალაქე გადავიდა საცხოვრებლად სხვა ქვეყანაში 1990 დან 1996 წლებში (Myant, Drahokoupil 2011).[14].

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 ანარიცხები (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 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 (ადამიანები, რომლებიც არ იხდიდნენ სოციალურ გადასახადს) ქალისათვის 65, ხოლო მამაკაცისათვის 70 წელით განისაზღვრა. ასაკობრივი პენსიის შემოღება და მისი ოდენობის განსაზღვრა უკავშირდება ბაზრის ლიბერალიზაციის მიმართულებით გადადგმულ ნაბიჯებს. [14].

2005 წლიდან, როცა პენსია გაორმაგდა, პენსიის ზრდა პირდაპირ კავშირში აღარ იყო ბაზარზე სახელმწიფოს ინტერვენციებთან. საქართველოს მთავრობამ 2005 წელს პენსიების გაორმაგებასთან ერთად დაფარა მანამდე არსებული (14 ლარიანი პენსის) დავალიანებები და უზრუნველყო შემდგომში მათი სრულად და დროულად გაცემა. [14, 15].

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

- სიღარიბისა 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 დაწყებითი 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) პრევენცია [20].

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 სრულ მოცვაზე, ანუ უნივერსალურობის პრინციპი იცვლება შერჩევითობით.
- 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.

ქვეყნის მასშტაბით 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“). მათ შეეძლოთ აერჩიათ მზღვეველი – ლიცენზირებული სადაზღვევო ორგანიზაცია, რითაც ბენეფიციარებს მზღვეველის თავისუფალი არჩევანის საშუალება 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. 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. იწყებს 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“ 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) [16,17,19].

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 ოდენობით [18].

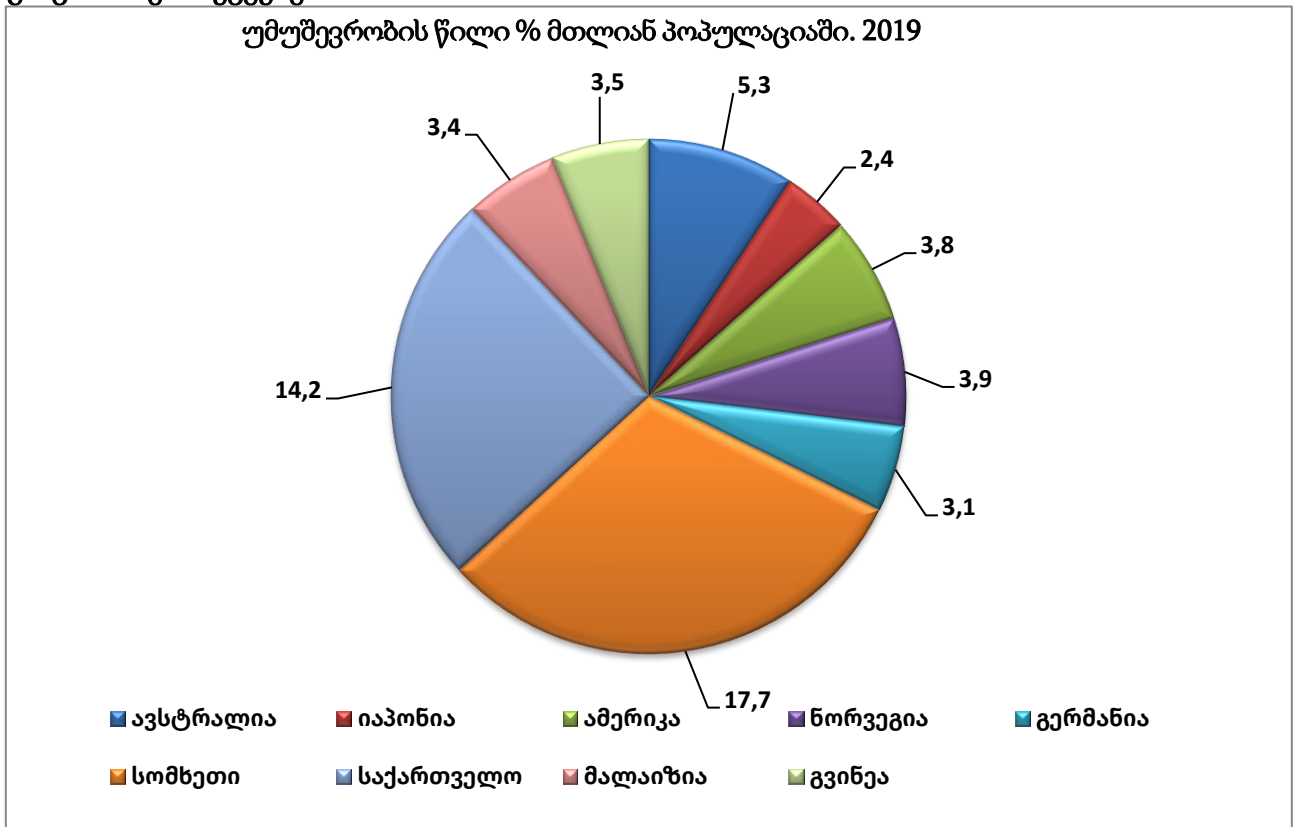
საქართველოს კონსტიტუციის კანონპროექტის მე-5 მუხლში აღნიშნულია, რომ საქართველო, როგორც სოციალური სახელმწიფო ზრუნავს:

- საზოგადოებაში სოციალური სამართლიანობის, სოციალური თანასწორობისა და სოციალური სოლიდარობის პრინციპების განმტკიცებაზე;
- ქვეყნის მთელი ტერიტორიის თანაბარი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისათვის (მაღალმთიანი რეგიონების განსაკუთრებლად კანონი ქმნის განსაკუთრებულ პირობებს);
- მოქალაქის ჯანმრთელობასა და სოციალურ დაცვაზე, საარსებო მინიმუმითა და ღირსეული საცხოვრებლით უზრუნველყოფაზე;
- განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის განვითარებაზე, კულტურული მემკვიდრეობის დაცვაზე.

გარდა ამისა, სახელმწიფო ვალდებულია, ხელი შეუწყოს მოქალაქეებს დასაქმებაში და კანონით განსაზღვროს საარსებო მინიმუმის უზრუნველყოფის პირობები. ქვეყნის განვითარების ამ ეტაპზე, განსაკუთრებით დიდ მნიშვნელობას იძენს შრომისა და სოციალური დაცვის სფეროს გრძელვადიანი ხედვის ჩამოყალიბება. ეს აუცილებელია კონსტიტუციაში დეკლარირებულ ვალდებულებათა რეალიზებისათვის, ასევე ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ქმედითი სისტემის დანერგვისათვის, რომელიც ადამიანის უფლებებზე დამყარებულ განვითარებაზე იქნება ორიენტირებული. [10, 126, 163].

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების მიხედვით, ქვეყნის მასშტაბით ბოლო წლების მანძილზე მდგრადია და მაღალი უმუშევრობის დონე, იკლებს აქტიური მოსახლეობის, ანუ ეკონომიკის შემქმნელი ძირითადი ნაწილის რაოდენობა [3]. მსოფლიოს სხვადასხვა განვითარების ქვეყნებთან შედარებით ეს მაჩვენებელი მაღალია საქართველოში. პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში მეტად დიდია უმუშევრობის წილი, ვიდრე თუნდაც ძალიან დაბალი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნებში (გრაფიკი 1.).

გრაფიკი 1. უმუშევარი მოსახლეობის წილი სხვადასხვა ეკონომიკური განვითარების ქვეყნებში



წყარო: World Bank. International Labour Organization, ILOSTAT database. Data retrieved in December 2019.

იკლებს ეკონომიურად აქტიური მოსახლეობის წილი, მდგრადი და მაღალია სოციალური დახმარების მიმღები მოსახლეობის რაოდენობა, თუმცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი - იკლებს. (ცხრილი 1. გრაფიკი 2. გრაფიკი 3).

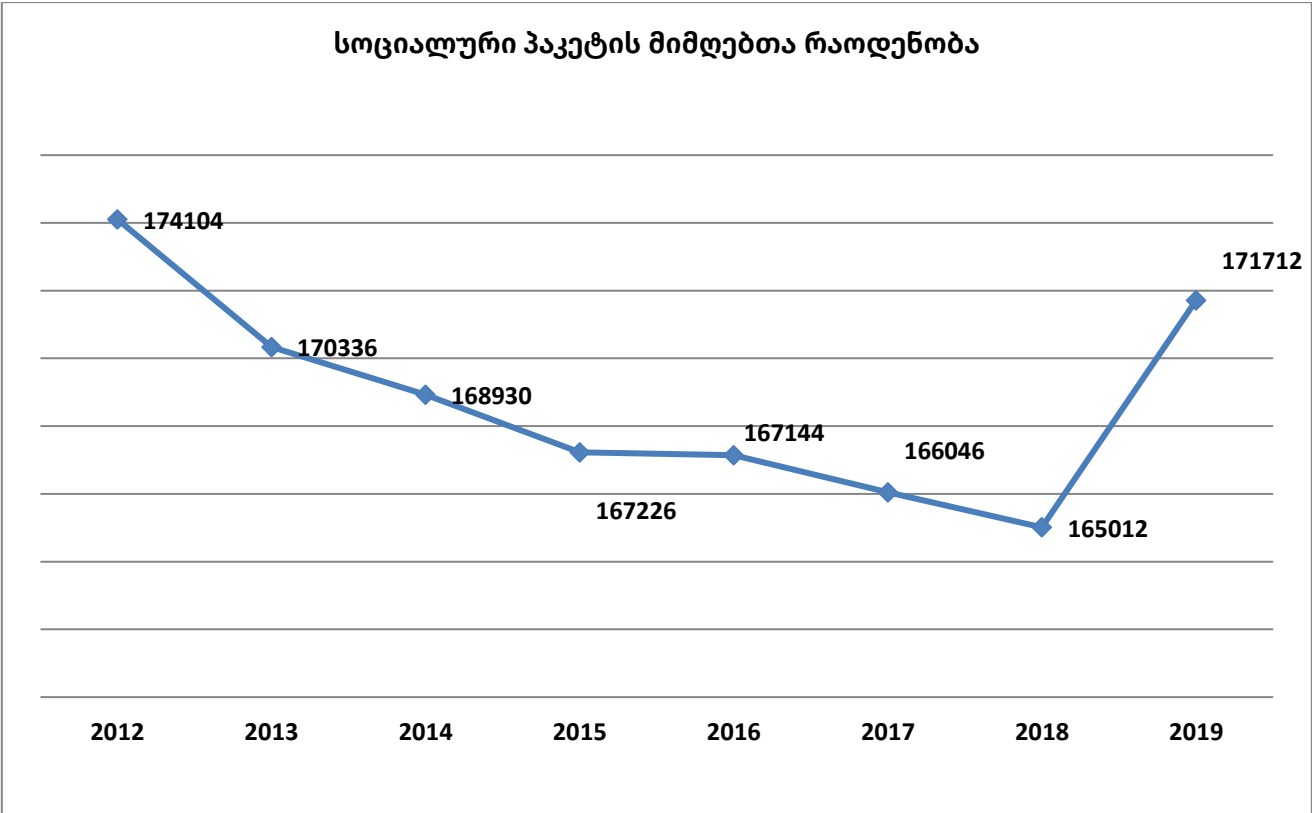
ცხრილი 1. დასაქმება და უმუშევრობა

2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019

ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობა (სამუშაო ძალა), ათასი კაცი	2 004.5	1 978.6	1 984.6	2 018.0	1 996.2	1 983.1	1 939.9	1 911.2
დასაქმებული, ათასი კაცი	1 659.4	1 643.4	1 694.4	1 733.8	1 717.3	1 706.6	1 694.2	1 690.2

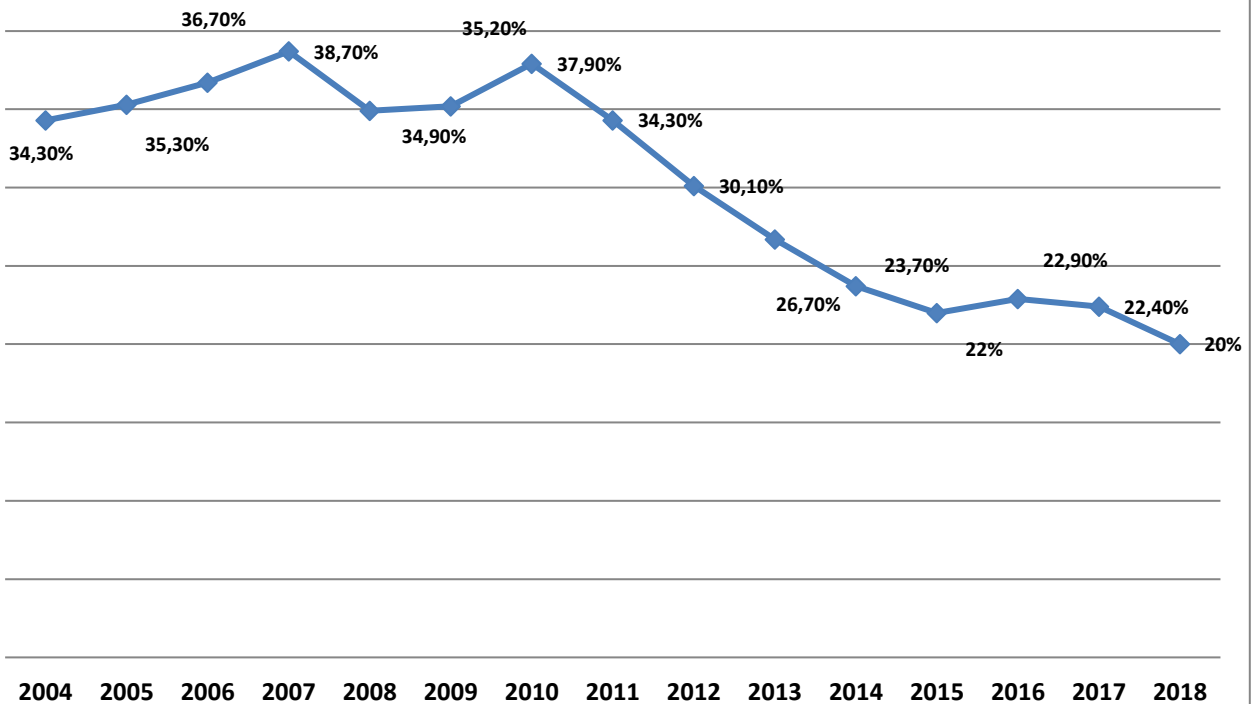
უმუშევარი, ათასი კაცი	345.1	335.2	290.2	284.2	278.9	276.4	245.7	221.0
უმუშევრობის დონე, პროცენტებში	17.2	16.9	14.6	14.1	14.0	13.9	12.7	11.6

გრაფიკი 2. სოციალური პაკეტის მიმღებთა რაოდენობა, საქართველო



გრაფიკი 3. სიღარიბის აბსოლუტურ ზღვარს ქვევით მყოფი მოსახლეობის წილი

სიღარიბის აბსოლუტურ ზღვარს ქვევით მყოფი მოსახლეობის წილი (%)



ქვეყნის მასშტაბით საშუალო განათლების მიღება არის მოსახლეობის ყველა ფენისთვის ხელმისაწვდომი. საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მონაცემებით, ქვეყნაში მოსწავლეთა უმრავლესობისთვის ხელმისაწვდომია ხარისხიანი საჯარო განათლების სისტემა. (ცხრილი 2).

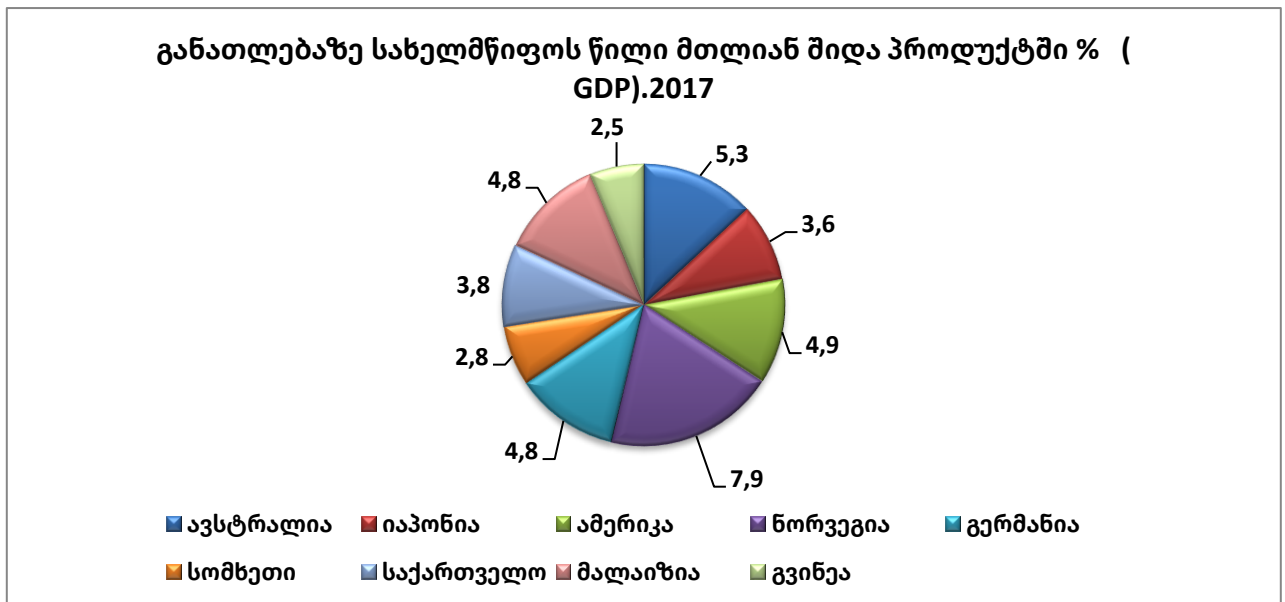
ცხრილი 2. ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებები და მოსწავლეთა რიცხოვნობა

ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებები და მათში მოსწავლეთა რიცხოვნობა

წლები	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებები, სულ	2 317	2 320	2 328	2 331	2 331	2 321	2 308	2 313	2 313
მათ შორის, საჯარო სკოლები	2 084	2 084	2 084	2 085	2 085	2 085	2 085	2 085	2 086
მოსწავლეთა რიცხოვნობა, ათასი	568.5	559.4	553.0	554.0	553.9	564.7	575.2	584.4	592.9
მათ შორის, საჯარო სკოლებში	516.7	506.7	502.0	500.3	498.9	508.9	518.0	524.0	530.1

მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, სახელმწიფოს წილი განათლებაზე მთლიანი შიდა პროდუქტის (GDP) დაფინანსებაში მაღალი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების მსგავსია (გრაფიკი 4).

გრაფიკი 4.სხვადასხვა განვითარების დონის ქვეყნებში განათლების დაფინანსების წილი მშპ-ში



წყარო: World Bank, UNESCO Institute for Statistics.

ევროპის ქვეყნების უმრავლესობაში კერძო სასწავლო დაწესებულებების წილი მეტია, ვიდრე საჯარო.

სოციალური პროგრამები და სახელმწიფო გასაცემლები საქართველოში

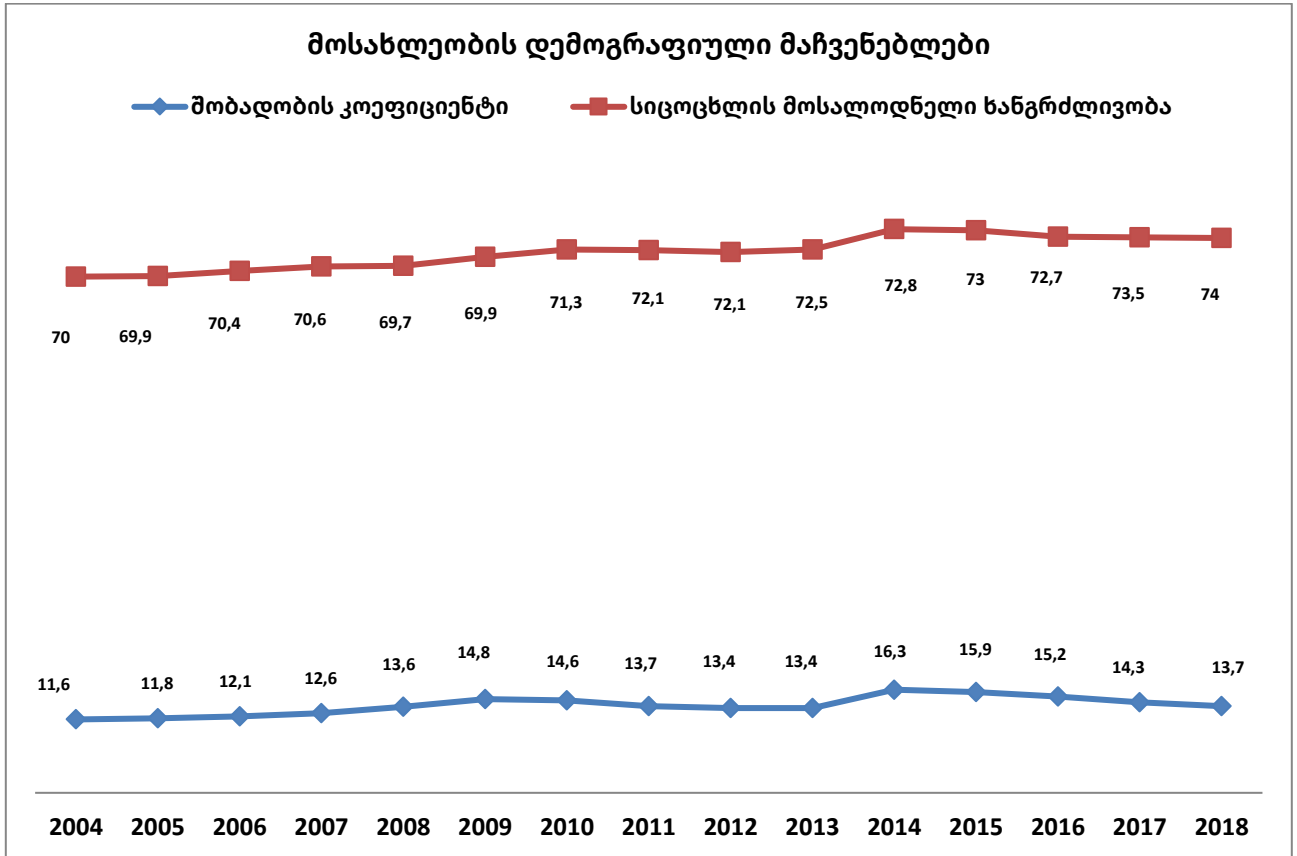
სოციალური პროგრამები

საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, საქართველოს სახელმწიფო სოციალური პროგრამების ფარგლებში ახორციელებს:

1. **ფულადი სოციალური დახმარების** (საარსებო შემწეობა) პროგრამას, რომლის ფარგლებშიც სოციალურად დაუცველ ოჯახების ყველა პირზე ხდება სარეიტინგო ქულის შესაბამისად, ყოველთვიურად თანხით დახმარება.
2. **დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივ სახელმწიფო პროგრამას**, რომლის მიზანია ქვეყანაში დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესება შობადობის მატერიალური წახალისების გზით. ფინანსდება ყველა ის ბავშვი, რომელიც დაბადების დღის მდგომარეობით, არის მისი ბიოლოგიური დედის რიგით მესამე, ან შემდეგი ცოცხლადშობილი შვილი. რეგიონები შერჩეულია სსიპ - საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ და დღეის მდგომარეობით მოიცავს გურიას, იმერეთს, კახეთს, მცხეთა-მთიანეთს, სამეგრელო/ზემო სვანეთსა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთს.
3. **დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა მაღალმთიანი რეგიონებისათვის**, რომლის მიზანია განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში, დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესება, შობადობის მატერიალური წახალისების მეშვეობით [2].

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, მიუხედავად სახელმწიფო ძალისხმევისა, დემოგრაფიული მაჩვენებელი მდგრადია და ზრდის ტენდენცია წინა წლებში მცირედ გამოიხატებოდა, როგორც შობადობის მატების, ასევე სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის თვალსაზრისით (გრაფიკი 5) [3].

გრაფიკი 5. მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები



სახელმწიფო გასაცემლები

ჩვენს ქვეყანაში სახელმწიფო გასაცემლები განისაზღვრება:

1. **სახელმწიფო პენსიის სახით**, რომელსაც იღებს საქართველოს მოქალაქე მამაკაცი - 65 წლის და ქალბატონი - 60 წლის შესრულების შემდეგ.
2. **საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის სახით**, რომელიც სხვადასხვა სოციალურ კატეგორიას მიკუთვნებულ პირთა წრისათვის საყოფაცხოვრებო-კომუნალური საჭიროებების უზრუნველსაყოფად არის განკუთვნილი. ის ეძლევა: მეორე მსოფლიო ომის, სხვა სახელმწიფოთა ტერიტორიაზე საბრძოლო მოქმედებისა და საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისათვის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედების შედეგად მიღებული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე

პირებს; საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებებში დაღუპულთა შვილებს 18 წლის ასაკამდე; ბავშვობიდან შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე შვილებს, აგრეთვე მეუღლეს, რომელიც შემდეგ აღარ დაქორწინებულა და შრომისუუნარო მშობლებს (თითოეულ ოჯახს) (44 ლარის ოდენობით), სამხედრო ძალების ვეტერანებს მოხუცებულობის გამო საპენსიო ასაკის მიღწევისას (22 ლარის ოდენობით); ჩერნობილში ბირთვულ ობიექტებზე ავარიული სიტუაციების შედეგების ლიკვიდაციისას დაინვალიდებულ პირებს; ჩერნობილში ბირთვულ ობიექტებზე ავარიული სიტუაციების შედეგების ლიკვიდაციის მონაწილეებს; ჩერნობილის ატომურ ელექტროსადგურზე ავარიის შედეგად მარჩენლის დაკარგვისათვის პენსიის მიმღებ ოჯახებს; პოლიტიკური რეპრესიების მსხვერპლად აღიარებულ პირებსა და მათი ოჯახების შრომისუუნარო წევრებს (7 ლარის ოდენობით); ქ. თბილისში, 1989 წლის 9 აპრილს, საქართველოს დამოუკიდებლობის მოთხოვნით გამართული მშვიდობიანი აქციის დარბევის შედეგად შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს, დაღუპულთა შრომისუუნარო მშობლებს, შრომისუუნარო მეუღლეს, რომელიც შემდეგ აღარ დაქორწინებულა, არასრულწლოვან შვილს ან/და ნაშვილებს (44 ლარის ოდენობით), დაზარალებულ პირებს (22 ლარის ოდენობით).[7].

3. სახელმწიფო კომპენსაციის სახით, რომელიც გადაეცემა: გენერალურ აუდიტორსა და მის მოადგილეს, საქართველოს პარლამენტის/უზენაესი საბჭოს წევრებს (ყოფილ წევრებს), პროკურატურის სისტემიდან დათხოვნილ მუშაკებს, საქართველოს საერთო სასამართლოების, საკონსტიტუციო და უზენაესი სასამართლოების ყოფილ მოსამართლეებს, სამოქალაქო ავიაციის ყოფილ მოსამსახურეებს, წარსულში უმაღლესი დიპლომატიური რანგის მქონე პირებს, ყოფილი ძალოვანი სტრუქტურის წარმომადგენლებს - სამხედრო, შინაგან საქმეთა ორგანოებიდან, საქართველოს სახელმწიფო უსაფრთხოების სამსახურიდან, საქართველოს დაზვერვის სამსახურიდან და სახელმწიფო დაცვის სპეციალური სამსახურიდან თადარიგში დათხოვნილ პირებს, 65 წლის ასაკის მიღწევის ან შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენის გამო.[7].

4. სოციალური პაკეტი მიეწოდება: მარჩენალდაკარგულ პირებს, პოლიტრეპრესირებულ პირებს, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს, სახელმწიფო კომპენსაციის მიმღებ პირებს

5. ორსულობის, მშობიარობისა და ზავშვის მოვლის, ასევე ახალშობილის შვილად აყვანის გამო შვებულების ანაზღაურება გაიცემა დასაქმებულისთვის, რომელიც შრომითი ხელშეკრულების საფუძველზე დამსაქმებლისთვის გარკვეულ სამუშაოს ასრულებს. [7].

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების თანახმად, ბოლო წლებში საქართველოში მოიმატა პენსიის, სოციალური პაკეტისა და კომპენსაციის მიმღებ პირთა რაოდენობა, მაშინ როდესაც მკვეთრად შემცირდა საყოფაცხოვრებო სუფსიდიის მიღებთა რიცხვი (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. პენსიის და სოციალური პაკეტის მიმღები მოსახლეობა

პენსიის და სოციალური პაკეტის მიმღებთა რაოდენობა								
წლები	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
პენსიის და სოციალური პაკეტის მიმღებთა რიცხოვნობა	856 990	857 011	866 170	874 935	887 338	898 113	910 013	934 333
ასაკით პენსიის მიმღები	682 886	686 675	697 240	707 709	720 194	732 067	745 001	762 621
სოციალური პაკეტის მიმღები	174 104	170 336	168 930	167 226	167 144	166 046	165 012	171 712
სახელმწიფო კომპენსაციის მიმღებები	9 464	9 411	9 707	9 665	9 626	9 885	9 989	10 033
საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის მიმღებები	12 724	9 467	8 533	8 095	7 463	7 080	6 710	396

ქვეყნის მასშტაბით ზავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამები

საქართველოში ბავშვები უფრო მეტად დგანან სიღარიბის საფრთხის წინაშე, ვიდრე მოსახლეობის სხვა რომელიმე ჯგუფი. საქართველოს ჯერ კიდევ არ გააჩნია ყოვლისმომცველი, სხვაგვარადსხვა ჯგუფის ბავშვების საჭიროებების გათვალისწინებით შექმნილი სოციალური დაცვის სისტემა, რომელიც ეხმარება ოჯახებს მოულოდნელი დარტყმების დაძლევისა და გაძლიერებაში. დღემდე ბევრი ოჯახია დარჩენილი ბავშვზე ორიენტირებული კანონმდებლობის / პოლიტიკის, ფულადი დახმარებისა თუ სოციალური სერვისების გარეშე. პირველ რიგში, ესენი არიან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები, ძალადობის მსხვერპლი ბავშვები, ეროვნულ უმცირესობათა ჯგუფების წარმომადგენელი ბავშვები და ბავშვები ღარიბი ოჯახებიდან.

დაუცველობის მაღალ ხარისხს ხშირად ისეთი სიტუაციებიც განაპირობებს, როცა ადამიანები მოულოდნელად ღარიბდებიან. ეს შეიძლება გამოიწვიოს ისეთმა მდგომარეობებმა, როგორცაა უმუშევრობა, ავადმყოფობა ან ოჯახის წევრის სიკვდილი. ეს პრობლემა ხშირად ახალგაზრდა (20-30 წლის) მშობლების შემთხვევაში ვლინდება, რომელ ასაკობრივ კატეგორიაში ნაკლებია სახელმწიფოს დახმარება. კვლევებმა დაადგინეს მჭიდრო კავშირი უმუშევრობას, როგორც სოციალურ დეტერმინანტს და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის. ბავშვებსა და მათ ოჯახებს არ აქვთ წვდომა სოციალურ მომსახურებებსა და ოჯახების დახმარების სერვისებზე, განსაკუთრებით სოფლებში [6,26,76].

საქართველოს სახელმწიფო ზრუნავს ბავშვთა ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებაზე შემდეგი სოციალური პროგრამების განხორციელებით:

1. ბავშვთა ძალადობისგან დაცვის პროგრამა იცავს ბავშვს ძალადობის ყველა ფორმისგან ოჯახში და მის გარეთ.
2. ბავშვის შვილად აყვანის, მურვეობა-მზრუნველობის დაწესებისა და საერთაშორისო გაშვილების პროგრამები იცავს ბავშვებს უსახლკარობისა და შიმშილისგან, უქმნის უსაფრთხო გარემოს.
3. ბავშვზე ზრუნვის ალტერნატიული პროგრამები მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვებს ეხმარება მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში ან ოჯახებში ან საკუთარ ბიოლოგიურ ოჯახებში აღზრდის პროცედურებში.

4. ოჯახის დამხმარე პრევენციული ღონისძიებები, დღის ცენტრების და დედათა და ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის პროგრამების სახით ეხმარება ოჯახებს და ახდენს ბავშვთა მიტოვების პრევენციას.
5. ბავშვთა რეაბილიტაცია/აბილიტაციის პროგრამის ფარგლებში ხდება სამიზნე ჯგუფის ბავშვთა სპეციფიკური რეაბილიტაცია, აბილიტაცია, ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ადაპტაციური შესაძლებლობების გაძლიერება და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობა.
6. ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამის ფარგლებში ხდება ადრეული ინტერვენციის მომსახურების მიწოდების გზით ბავშვების განვითარების სტიმულირება, სკოლამდელ ან ზოგადსაგანმანათლებლო პროგრამებში ჩართვისა და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობა, ბავშვისა და ოჯახის გაძლიერება, შესაძლებლობის შეზღუდვისა და მიტოვების პრევენცია.
7. მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამით ხდება მიუსაფარ ბავშვთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია და ინტეგრაცია.
8. კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების დახმარების ქვეპროგრამა ახდენს სილატაკეში ან/და კრიზისში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების პირველადი საჭიროებების დაკმაყოფილებას, ბავშვის მიტოვების რისკის შემცირებასა და ოჯახურ გარემოში ბავშვის აღზრდის ხელშეწყობას.
9. მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის პროგრამა ემსახურება ბავშვთა რეაბილიტაციასა და ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას [2].

სხვადასხვა ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების სოციალური დაცვა და უსაფრთხოება

სოციალური დაცვა მაღალი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნებში

სოციალური დაცვა ევროპაში

ევროკავშირის ქვეყნებში მოსახლეობის სოციალური დაცვა მიმართულია ოთხი ძირითადი სფეროს გაძლიერებისკენ: დასაქმების და შემოსავლების დაცულობა, საპენსიო სისტემის მდგრადობა, სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა და მაღალ ხარისხიანი და მდგრადი ჯანდაცვის სერვისების ჩამოყალიბება. 2000 წელს ევროპის სოციალური დაცვის კომიტეტის შექმნიდან ქვეყნებმა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგეს ერთიანი სოციალური პოლიტიკის გატარებისთვის (Council Decision 2000/436/EC of 29 June 2000 setting up a Social Protection Committee). 2001 წლიდან ეროვნული გეგმის გატარების შედეგად, მდგრადი პროგრესი განვითარდა სოციალური ინკლუზიის მიმართულებით. 2003 წლიდან ევროპის სოციალური დაცვის კომიტეტისა და ეკონომიკის პოლიტიკის კომიტეტის ერთობლივმა, ეროვნული საპენსიო სისტემის სტრატეგიის დოკუმენტში გაწერილმა გეგმამ, განხორციელების მწვერვალს მიაღწია. ევროკავშირის მრავალი პოლიტიკური დოკუმენტი ავალდებულებს წევრ ქვეყნებს, ძალისხმევა მიმართონ ხარისხიანი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასა და მოხუცთა მკურნალობის გრძელვადიან პროგრამებისკენ [98, 160].

მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარი საკითხია. ევროპის სოციალური დაზღვევა მიისწრაფვის უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის მოწყობისკენ, ძლიერდება ტრადიციულ სოლიდარობის პრინციპზე დაყრდნობილი სოციალური დაცვა, რაც უზრუნველყოფს სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის თანასწორობასა და სოციალური პრობლემების წინაშე ერთიან ხედვას. [32, 66, 101, 149, 150, 156, 158, 165].

ევროპის ქვეყნებში სოციალური დაცვის სფეროში დაფინანსება ნელი ტემპით იზრდებოდა 1990-იანი წლების მეორე ნახევრამდე. მაღალი დანახარჯები სოციალურ დაცვის მხრივ, ისევე როგორც მთლიანი შიდა პროდუქტის ხარჯზე (GDP) გაიზარდა 1999 წელს საშუალოდ 29 %-ის სახით, რაც ქვეყნებს შორის განსხვავებული იყო, შვედეთში 33%-ს შეადგენდა, ხოლო ირლანდიაში 15%-ს. თუმცა, ევროკავშირის ქვეყნებს შორის

დიდი დიფერენცირება არ გამოიხატებოდა სოციალური და საშემოსავლო გადასახადების მხრივ. 90-იანი წლების მეორე ნახევრიდან გაიზარდა დასაქმების მაჩვენებელი, რამაც შეამცირა უმუშევართა ოჯახების სოციალური დახმარების პროგრამების წილი. [83, 145]. უმუშევრობის ზრდა პირდაპირკავშირშია ავადობასა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდასთან. თუმცა ქვეყნის კეთილდღეობასთან მიმართებაში აღნიშნული კავშირი ვარირებს. ნათელი სხვაობა დადგინდა ანგლო-საქსონურ, ბისმარკის და სკანდინავიურ რეჟიმებს შორის. ეკონომიკურად მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში უმუშევრობა ადამიანების ავადობაზე და მათ კეთილდღეობაზე ნაკლებად ახდენს ზეგავლენას. ასევე მნიშვნელოვანია ქვეყნების სოციალური დაცვის და უსაფრთხოების დონე, რაც უზრუნველყოფს მოსახლეობის უმუშევრობის ნეგატიური ზეგავლენისგან დაცვას. ამასთანავე, უმუშევრობას ქალებში მეტი ნეგატიური ზეგავლენა აქვს, განსაკუთრებით ანგლო-საქსონურ და სკანდინავიურ რეჟიმის ქვეყნებში. [78, 88, 91, 140].

ევროკავშირის სოციალურ დანახარჯებში ყველაზე დიდი წილი აქვს ასაკოვან პენსიონერთა და მათი ჯანდაცვის დაფინანსებას. ის დაახლოებით 2/3-ია. ასევე სწრაფად იზრდება მოწყვლადი ოჯახებისა და ბავშვების ჯგუფების სუბსიდირების თანხები, რამაც გადააჭარბა მთლიანი შიდა პროდუქტის მატების სიჩქარეს.

მნიშვნელოვანი ცვლილებაა კავშირის ქვეყნების სოციალური დაცვის ფონდის შევსებაში. მათი დაახლოებით 60% სოციალური ზოგადი გადახდებით ივსება, თუმცა არის ქვეყნები სადაც საშემოსავლო და დამატებითი ღირებულების გადახდები აჭარბებს სახელმწიფო ზოგად კონტრიბუციას. ევროკავშირის ქვეყნების სოციალური სისტემისთვის, სოციალური გარიყულობა (ექსკლუზია) მიიჩნევა მრავალგანზომილებიან პრობლემად. სოციალური დაცვა მიმართულია სიღარიბის შემცირებისა და სოციალური ინკლუზიისკენ. თუმცა სისტემის სხვა მიმართულებები, როგორცაა დასაქმება, განათლება, ჯანდაცვა და შინმოვლა განიხილება პოპულაციის მოთხოვნებიდან გამომდინარე, რათა არ შეიქმნას სიღარიბის და სოციალური ექსკლუზიის რისკი. ევროკავშირის მრავალ ქვეყანაში სახელმწიფო ზრუნავს შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა დასაქმებაზე. სოციალური ინკლუზიის პოლიტიკის შემადგენელია ბავშვთა

დახმარება და მარტოხელა მშობლებზე ზრუნვა, რათა მოხდეს პიროვნების ტრანზაქცია დახმარების მიღებიდან ანაზღაურებად დასაქმებულამდე. [38, 61].

ევროკავშირის ქვეყნების ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემისადმი მოთხოვნილება მზარდია ეკონომიკური განვითარების, მედიცინის სფეროს გაძლიერებისა და მოსახლეობის დაბერების ზრდასთან ერთად [160]. ევროპის ეკონომიკურმა კრიზისმა მრავალი ქვეყანა იძულებული გახადა ჯანდაცვის დაფინანსების წილი შეემცირებინა. ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისთვის მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება სიცოცხლის ხარისხის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მდგრადობა. ქვეყნის სოციალური დაცვის სისტემებს მეტი ვალდებულება ხვდათ წილად ოჯახების და თემების კეთილდღეობაზე ზრუნვის მიზნით. [41, 92, 105].

ევროპის ქვეყნებში მაღალ ეკონომიკურ-სოციალური განვითარების სახელმწიფოები სოციალური სახელმწიფოს განვითარებაზე ორიენტირებული ეკონომიკური პოლიტიკით ჩამოყალიბდა. სოციალური დაცვის ევროპული მოდელი რამოდენიმე ასპექტს აერთიანებს:

- დაფუძნებულია ფუნდამენტურ სამოქალაქო უფლებებზე, რაც ღირსეულ დასაქმებასა და გაერთიანებებში გაწევრიანების უფლებას მოიცავს.
- მთავრობა ცდილობს უზრუნველყოს სრული დასაქმება და აქტიურ როლს ასრულებს ეკონომიკაში – შრომის ბაზრის მართვაში, ადამიანური რესურსების განვითარების ხელშეწყობით.
- მოქმედებს უმუშევრობის დაძლევის, სოციალური დაზღვევისა და დაცვის პროგრამები.
- ევროპის სოციალური მოდელი გამოირჩევა ხელმძღვანელობასა და შრომის კავშირებს შორის დიალოგის მაღალი ხარისხით, რაც ხორციელდება სოციალური დიალოგის მექანიზმის გამოყენებით, სადაც აქტიურად არიან ჩართული დამსაქმებელთა წარმომადგენლები და პროფესიული კავშირები.
- პროგრესული საგადასახადო პოლიტიკა, რომელიც მიმართულია შემოსავლების სამართლიან, სოლიდარულ და ეფექტურ რედისტრიბუციაზე.

- სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული საპენსიო სისტემები. [54, 121, 146, 161, 169].

ბოლო წლების მანძილზე განათლების ხელმისაწვდომობა ევროპის ქვეყნების პოლიტიკის ერთერთი მიმართულებაა. ასევე, პრიორიტეტული რეფორმაა სახელმწიფო სასწავლო დაწესებულების არჩევანის თავისუფლება. [110, 127].

1995 წლიდან გერმანიის ჯანდაცვის სახელმწიფო სოციალურმა სისტემამ განავითარა უნივერსალური დახმარების პროგრამა, რაც მოიცავდა მოსახლეობის ფართო ასაკოვანი ჯგუფის ხანგრძლივ მომსახურებას. სოციალური დაზღვევა ფარავდა ქვეყნის ყველა მოქალაქის სამედიცინო მომსახურების სრულ სერვისს. გაძლიერდა ხანდაზმულთა მომსახურების სისტემები და შინ მოვლის ხელმისაწვდომობა. უკანასკნელი რეფორმები მიმართულია პროგრამის გრძელვადიანი ფინანსური მდგრადობის შენარჩუნებისკენ, მოსახლეობისთვის ბენეფიტების გაზრდისკენ, სხვადასხვა უნარშეზღუდულთა ზრუნვისთვის სარგებლის გაზრდისკენ. პროგრამა ზრდის სადაზღვევო პრემიას კერძო დაზღვევის სუბსიდირებით და „დემოგრაფიული სარეზერვო ფონდის“ შექმნით. [43, 107, 117, 159]. 2002 წლიდან საფრანგეთის გრძელვადიანი მომსახურებისა და დახმარების (LTSS) სამ ნაწილიანი მოდელი აერთიანებს 60 წლის ზემოთ მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის პროგრამას. საფრანგეთის მაგალითი გვაჩვენებს, თუ როგორ შეიძლება სოციალურ დაზღვევაში ჩართულობა დაბალშემოსავლიანი პირებისა, რადგან მათ დამსაქმებელი წარადგენს პროგრამაში. [80, 164].

სოციალური დაცვა ამერიკის შეერთებულ შტატებში

ამერიკის შეერთებული შტატებში მოსახლეობის შემოსავლების უსაფრთხოებას, ოჯახების გადარიბების საფრთხის აცილებას ბევრი ფედერალური და სახელმწიფო პროგრამა ემსახურება. სოციალური დაცვის სიტემას საფუძველი 1935 წლიდან ჩაეყარა. სოციალურ დაცვის აქტით განისაზღვრა უმუშევართა დაზღვევა, განდაზმულთა დაზღვევა, შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა და სხვა დაზარალებულთა დაზღვევა, მოსახლეობის კეთილდღობის საჭიროებიდან გამომდინარე სოციალური პროგრამები. ეს

უკანასკნელი მიმართული არის ოჯახების პრობლემების შემსუბუქებისკენ. ყოველთვიური სოციალური დახმარების პროგრამა, ფულადი გადახდების სახით, 1942 წლიდან დაიწყო. მიუხედავად ქვეყანაში მრავალი ეკონომიკური ცვლილებებისა, სოციალური დაცვის პროგრამა დანერგვისთანავე მოიცავდა სოციალური დაზღვევის პრინციპებს. სისტემა ფართოვდებოდა ეტაპობრივად. 1935 წლის საპენსიო ბენეფიციარებს 1939 წელს მიემატა ბავშვზე ზრუნვის, მარჩენალ დაკარგული მშობლის, ომში დაზარალებულთა და სხვა მოწყვლადი ოჯახების ყოველთვიური დახმარების პროგრამები. მიუხედავად იმისა, რომ ომის პერიოდში სოციალურ სისტემაში არაფერი შეცვლილა, 1950 წლიდან ამერიკაში სოციალური პროგრამების ისტორიაში დაიწყო გარდაქმნების დეკადა: ბენეფიტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, ჯანდაცვის მომსახურების მოცვა გახდა უნივერსალური და დაინერგა ახალი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაზღვევის სისტემა. 1960-იან წლებში სოციალური დაცვა მეტად გაიზარდა სარგებლის მიმღები პოპულაციის ზრდის თვალსაზრისით, 1965 წლიდან დაინერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა - Medicare. 1970-იან წლებში საკანონმდებლო ქმედებებმა ფაქტობრივად ჩამოაყალიბა დღევანდელი არსებული სოციალური დაცვის პროგრამა. წლების მანძილზე იზრდებოდა სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის ხარჯები, შესაბამისად ქვეყნის მთლიან შიდა პროდუქტში მისი წილი 3-დან 5 %-მდე გაიზარდა. 1977 წელს სოციალური დაცვის აქტში შევიდა ცვლილება, პროგრამების დაფინანსებასთან დაკავშირებით. პროგრამებში საბოლოო ძირითადი ცვლილებები განხორციელდა 1983 წელს. ცვლილებები დაეყრდნო ალან გრინსპანის კომისიის რეკომენდაციებს, რის საფუძველზეც შეიცვალა შეღავათები, დახმარებები, გადასახადები. მიუხედავად იმისა, რომ კომისია მოკლევადიან გეგმაზე მუშაობდა, მიღებულმა რეფორმებმა შექმნა მოთხოვნასთან შედარებით, ჭარბდაფინანსებული პროგრამები და სანდო ფონდი. თუმცა, დემოგრაფიულმა ფაქტორებმა, როგორცაა დაბერება, ხანდაზმულთა პროგრამები, შობადობა, შესაძლოა გარკვეულ წილად იმოქმედოს ფონდის ამოწურვაზე 2042 წლისთვის. [153]. ბოლო 40 წლის მანძილზე სოციალურმა დაზღვევამ - Medicare მიაღწია დასახულ ორ ძირითად მიზანს: მოხუცთა და შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა ჯანდაცვის

ხელმისაწვდომობა და მათი დაცვა მძიმე ფინანსური სირთულეებისგან. 2003 წლის განახლებულ Medicare-ს სოციალურ აქტში მნიშვნელოვანი წარმატებები აღინიშნა მედიკამენტებით მოცვის მხრივ. სამომავლო მიზანია გაზარდოს ბავშვთა საპენსიო და ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსება, ამერიკის მოსახლეობისთვის გაზარდოს ხელმისაწვდომობა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი და დაიცვას ფინანსური ძვრებისგან. [77, 132, 148, 152, 162].

კვლევების თანახმად, დაბალშემოსავლიანი ხანდაზმულების ჯანმრთელობაზე სოციალური დაზღვევა - Medicare და ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა მნიშვნელოვან ზრუნვას ახორციელებენ. პროგრამები უზრუნველყოფს არამხოლოდ სამედიცინო მომსახურებას, არამედ ჯანმრთელობის უსაფრთხოებისთვის ბინაზე ზრუნვასა და მოვლას, საკვებით და ტრანსპორტირებით უზრუნველყოფას. [39, 46].

თანამედროვე კვლევები სწავლობენ ხანდაზმულთა ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურებების და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას, მოქალაქისთვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების არჩევანის უფლებას. სოციალური დაზღვევის მიერ შეთავაზებული დაწესებულების გარდა, მათ მიერ შერჩეულ დაწესებულებაში მიმართვისას, მათ უწყვეტ დამატებითი გადასახადების მოძიება. [57, 113].

სოციალური დაცვა ავსტრალიაში

ავსტრალიის სახელმწიფო სოციალური დაცვის სისტემა უზრუნველყოფილია ფართო სპექტრის პროგრამებით, როგორცაა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, საზოგადოებრივი საცხოვრისებით უზრუნველყოფა, ბავშვთა დაცვისა და სუბსიდირების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სათემო და ინსტიტუციების პროგრამები. სოციალური დაცვის განვითარების პერიოდში ავსტრალიის პოლიტიკა მიმართული იყო სიღარიბის აღმოფხვრისა და მისი რისკების შემცირებისკენ. ამ ეტაპზე კი მიზანს წარმოადგენს მდგრადი შემოსავლების უზრუნველყოფა და დასაქმების ხელშეწყობა. ავსტრალიის სოციალური დაზღვევის ეროვნული სისტემა 2008 წლიდან ჩამოყალიბდა, ძირითადად ფონდის შევსება ხდება სახელმწიფოს ძირითადი შემოსავლებით. ავსტრალიური სოციალური დაცვის მოდელი მნიშვნელოვნად

განსხვავდება სხვა საერთაშორისო აღიარებული ქვეყნებისგან. მაქსიმალურად ხდება ეკონომიური და სოციალური პოლიტიკის მობილიზება სოციალური უზრუნველყოფის გაძლიერებისაკენ.[58, 96, 145].

ავსტრალიას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის მომსახურების უნივერსალურ დაფარვას. Medicare აწვდის უფასო სტაციონარულ მომსახურებას, თერაპიას, აფინანსებს კერძო კლინიკებში დახარჯული თანხის 75%-ს და სტაციონარული მომსახურების შემდეგ დახარჯული თანხის 85%-ს. Medicare-ს დაფინანსება ხდება ნაწილობრივ ინდივიდუალური საშემოსავლო გადასახადებით (გარდა დაბალი შემოსავლების მქონე ოჯახებისა), სახელმწიფო შემოსავლებით და პირის მხრიდან პირდაპირი გადახდებით. ფარმაცევტული შეღავათების სქემით (PBS), სამთავრობო თანამეგობრობა სუბსიდირებას უწევს რეცეპტის სახით გამოწერილ მედიკამენტებს.

ავსტრალიის სოციალური სისტემა მოიცავს:

- მთავრობის მიერ ადმინისტრირებული სოციალური უსაფრთხოების სისტემა - უზრუნველყოფს უმუშევარი (პენსიონერები, მარტოხელა მშობლები და აღმზრდელები), შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების და დროებით დაუსაქმებელი პირების გადასახადებით დახმარებას.
- ომის ვეტერანების და მათი ოჯახების დახმარების პროგრამა ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.
- დამსაქმებელთა და დასაქმებულთა ნებაყოფლობითი პროფესიული გაერთიანება, რომელიც მხარდაჭერილია მთავრობის მხრიდან, საიდანაც გაიცემა ძირითადი და დაგროვებადი პენსია.
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა დაფუძნებულია ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნულ სქემაზე. Medicare ფინანსდება ინდივიდუალური საშემოსავლო გადასახადებით, სახელმწიფო ფინანსებიდან და პაციენტის მხრიდან გადახდებით.
- პროფესიული საქმიანობის დროს დაზარალებულთა და დაღუპულთა დახმარება, რაც მოიცავს ერთჯერად დახმარებას და მუდმივ კომპენსაციას. შტატების

მიხედვით პროგრამის დამფინანსებელია ან სახელმწიფო ბიუჯეტი, ან კერძო სადაღვევო სამსახური.

- საგზაო შემთხვევების შედეგად დაზარალებულების კომპენსაცია, რაც ითვალისწინებს ზარალისა და სამედიცინო ხარჯებს, დაფინანსებულს ავტოდაზღვევის კერძო სადაზღვევო სამსახურების მიერ.
- სიცოცხლის ნებაყოფლობითი დაზღვევა კერძო კომპანიების მიერ.
- ავადმყოფობით გამოწვეული შვებულების ანაზღაურება, დამსაქმებლის მხრიდან განსაზღვრული სრული ან ნაწილობრივი ხელფასის სახით დასაქმებულის ნამუშევარი წლებით დაგროვებული სარგებლისა და ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.
- სხვადასხვა ფულადი სუბსიდირება და მომსახურება: ბავშვთა ზრუნვა, ხანდაზმულთა და შშმ პირთა საცხოვრისით და ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, საყოფაცხოვრებო გადასახადების შემცირება. დაფარვა ხდება სახელმწიფო საპენსიო ფონდიდან და სხვა სახელმწიფო ფონდებიდან.

ამასთან, საშემოსავლო და დამატებით გადასახადებთან დაკავშირებით ქვეყანას აქვს გარკვეული დათმობები დაბალი შემოსავლების ოჯახების წევრებისა და სხვა მოწყვლადი მოსახლეობისთვის. [29, 60, 79].

ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით, ავსტრალიის ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა ნაკლებადაა განვითარებული. 2016 წელს, თანამედროვე კვლევა ჩატარდა ავსტრალიის ბავშვთა და მოზარდთა პოპულაციაში, სოციალური დეტერმინანტის - ჯანდაცვის სისტემის მომსახურების ხელმისაწვდომობის თანასწორობის დასადგენად. გაკეთდა ავსტრალიის 17 სტრატეგიული დონის ბავშვთა მოსახლეობის ჯანდაცვის პოლიტიკის და ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური მახასიათებლების სისტემური ანალიზი. კვლევამ აჩვენა, რომ სახელმწიფო არ ითვალისწინებს სოციალურ დეტერმინანტებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების დაგეგმვის დროს, ამიტომ დარღვეულია თანასწორობა ხარისხიანი სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის სხვადასხვა სოციალური სტრუქტურული ჯგუფების ბავშვებსა და მოზარდებში. სოციალური

დაცვის თანასწორობის თვალსაზრისით, განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს განათლებისადმი ხელმისაწვდომობა, გენდერული ბალანსი და ოჯახის კეთილდღეობის მაჩვენებელი. [28, 62, 67, 71, 81, 108].

სოციალური დაცვა იაპონიაში

იაპონიაში სოციალური დაცვის სისტემა მოწყობილია ისე, რომ მოქალაქეების ცხოვრების მინიმალური სტანდარტებით უზრუნველყოფის გარანტიას იძლევა და იცავს მათ გარკვეული სოციალური და ეკონომიკური რისკებისგან. სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა ოთხი ძირითადი კომპონენტისგან შედგება: სოციალური დახმარება, სოციალური დაზღვევა, სოციალური კეთილდღეობა და საზოგადოების ჯანმრთელობის შენარჩუნება. იაპონიის მოსახლეობის საშუალო ასაკი სწრაფად იზრდება და ვინაიდან მცირდება შობადობის მაჩვენებელი და იზრდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა, შესაძლოა დაიწყოს მოსახლეობის რაოდენობის კლება. (იხ.გარფიკი 7). ამ ვითარებაში კრიტიკულ ხასიათს იძენს მზარდი პენსიების გადახდისა და შენარჩუნების, ასევე სამედიცინო მომსახურებისა და მოხუცებზე ზრუნვის საკითხები, რამდენადაც საზოგადოება ცდილობს ჰუმანური და მდგრადი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის შექმნას.

1950–იანი წლების ბოლოს ორი ეროვნული კანონის (ჯანმრთელობის დაზღვევისა და პენსიების შესახებ კანონები) მიღებამ თვითდასაქმებული მოქალაქეებისთვის, რომლებიც დაკავებულნი იყვნენ სოფლის მეურნეობით და ასევე იმ მოქალაქეებისთვის, რომლებზეც სოციალური დაზღვევა არ ვრცელდებოდა, ხელმისაწვდომი გახადა ეროვნული პენსიის და ეროვნული ჯანდაცვის სერვისების მიღება. 1961 წლის აპრილის დასაწყისიდან ძალაში შევიდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა და პენსია ხელმისაწვდომი გახდა იაპონიის ყველა მოქალაქისთვის. ეს სოციალური უზრუნველყოფის რეჟიმი მთავრობის ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა, რაც ადეკვატური იყო სწრაფი ეკონომიკური ზრდის პირობებში. ჩამოყალიბდა მტკიცე სისტემა, რომელიც

ხალხის კეთილდღეობას უზრუნველყოფდა. ასაკოვანი მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფის შესახებ კანონში შევიდა ცვლილებები და ასაკოვანი მოსახლეობა გათავისუფლდა ჯანდაცვის გადასახადებისგან; ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ კანონმდებლობაში ცვლილებების შედეგად კი გაიზარდა სახელმწიფოს მიერ ოჯახების სამედიცინო ხარჯების დაფარვის პროცენტული მაჩვენებელი. პენსიების შესახებ განახლებული კანონმდებლობის მიხედვით გაიზარდა პენსიები და დამტკიცდა მცოცავი შკალა, რომელიც ასახავს სასაქონლო ფასებზე ცვლილებებს. ეს კი განსაკუთრებით მოსახლეობის იმ ნაწილისთვის იყო სასარგებლო, რომელიც ყველაზე მეტად საჭიროებდა დახმარებას. 1983 წელს ძალაში შევიდა კანონი მოხუცებულთა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების შესახებ. კანონის თანახმად ასაკობრივი დაავადებების მკურნალობის ხარჯები უნდა დაეფარა არა მხოლოდ ჯანმრთელობის დაზღვევას, არამედ დამსაქმებელს, კოოპერატივს და ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვა პროექტებს, რათა შემცირებულიყო სახელმწიფო ხაზინიდან ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის პროექტზე გაწეული დანახარჯები. ამასთან, ასაკოვან მოსახლეობას თავად უნდა გადაეხადა მკურნალობის ფიქსირებული საფასური. 1986 წლის აპრილში დამტკიცდა ახალი საპენსიო სისტემა. იაპონიის ყველა მოქალაქეს შეეძლო პენსიის მიღება. ეს პენსიები სამი სახის იყო: 1) „სახელმწიფო პენსია“ (კოკუმინ ნენკინ) თვითდასაქმებულთათვის; 2) „დასაქმებულთა პენსია“ (კოსეი ნენკინ) მათთვის, ვინც ხელფასს იღებს და 3) „ორმხრივი ურთიერთდახმარების პენსია“ (კიოსაი ნენკინ) სახელმწიფო მოხელეთათვის. 1986 წელს შემოიღეს ორსაფეხურიანი საპენსიო სისტემა, რომლის მიხედვით ყველა მოქალაქეს, შეუძლია აიღოს ორმხრივი პენსია, სახელმწიფოსგანაც და მათი დამსაქმებელი დაწესებულებებისგანაც. ამრიგად, ორსაფეხურიანი საპენსიო სისტემის პირველი საფეხურია სახელმწიფო პენსია, რომლისთვისაც ადამიანები აკეთებენ შენატანს 20-დან 60 წლამდე ასაკში და რომლისგანაც სარგებელს იღებენ 65 წლის ასაკიდან. მსოფლიოში, შედარებით საფრანგეთის მოსახლეობასთან, სადაც ასევე ღინიშნება მოსახლეობის დაბერება ბოლო 100 წლის მანძილზე, იაპონიის ხანდაზმულთა მაჩვენებელი, ყველაზე მაღალია. 2018

წელს მოსახლეობის 27,6% იყო 65 წლისა და მეტის. ბოლო 50 წლის მანძილზე ხანდაზმულ მოსახლეობის რაოდენობა გაიზარდა 5,7%-ით 1960 და 23,1%-ით 2010 წელს. [77, 109].

2012 წლის ოფიციალური მონაცემებით, დაახლოებით 5.5 მილიონი ადამიანი აღირიცხა, რომლებიც საჭიროებდნენ ხანგრძლივ მკურნალობას. იმისათვის, რომ დაკმაყოფილებულიყო ამგვარი მოსახლეობის მკურნალობასთან დაკავშირებული მოთხოვნები, 1997 წელს იაკონიის პარლამენტმა მიიღო კანონი ხანგრძლივი მკურნალობის დაზღვევის შესახებ, რის შედეგადაც 2000 წელს შეიქმნა მკურნალობის სადაზღვევო სისტემა (LTCI) ხანდაზმულთათვის. ეს სისტემა აგროვებს დაზღვევის სავალდებულო გადასახადს მოსახლეობის ფართო სექტორიდან (ყველა მოქალაქე 40 წლის ასაკში და ზევით). [20,51,131]. ეროვნული სავალდებულო გრძელვადიანი დაზღვევის სისტემა (LTCI), რომელშიც ადმინისტრირებას ახდენს მუნიციპალიტეტები, ფარავს 65 წელზე მეტი ასაკის ადამიანების და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 40-64 წლის ასაკის პირების ჯანდაცვის, შინმშობის სერვისებს, შშმ პირების აღჭურვილობის საფასურს. მათი ძირითადი სამედიცინო მომსახურება იფარება ჯანდაცვის სადაზღვევო სისტემიდან (PHIS). პალიატიური ზრუნვისა და საშუალო სამედიცინო რგოლის ბინაზე მომსახურება იფარავს LTCI-ის ფარგლებში. ჯანდაცვის გრძელვადიანი სერვისები მეტწილად მიეწოდება მოხუცთა თავშესაფარებში. იაკონიის სახელმწიფო რეგულირებას უწევს უნივერსალურ საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სადაზღვევო სისტემას (PHIS), რომელიც ახდენს ჯანდაცვის სერვისების უნივერსალურ დაფარვას. [95]. მთლიანი შიდა პროდუქტის (GDP) 10 % ჯანდაცვაზე მოდის. სახელმწიფოს ვალდებულება აქვს აღებული მოსახლეობას მიაწოდოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისები და უზრუნველყოს მათი ხელმისაწვდომობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით (47 რეგიონი) [40, 109].

ბოლო რამდენიმე დეკადის მონაცემების შესწავლით მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ იაკონიაში სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების ხარჯები მზარდია მთლიან შიდა პროდუქტში. ჯანმრთელობის დაცვის უნივერსალური სისტემა, რომელიც სოციალური დაზღვევით ფინანსდება, დემოგრაფიული მაჩვენებლებიდან გამომდინარე

დიდ ხარჯებს აწყდება, რაც იწვევს ჰოსპიტალიზაციის და ჰოსპიტალში დაყოვნების შემცირების, სამედიცინო ხარჯების კლების ტენდენციას. [93, 94].

ეკონომიკურად დაბალი და საშუალო განვითარების ქვეყნების სოციალური დაცვის სისტემა

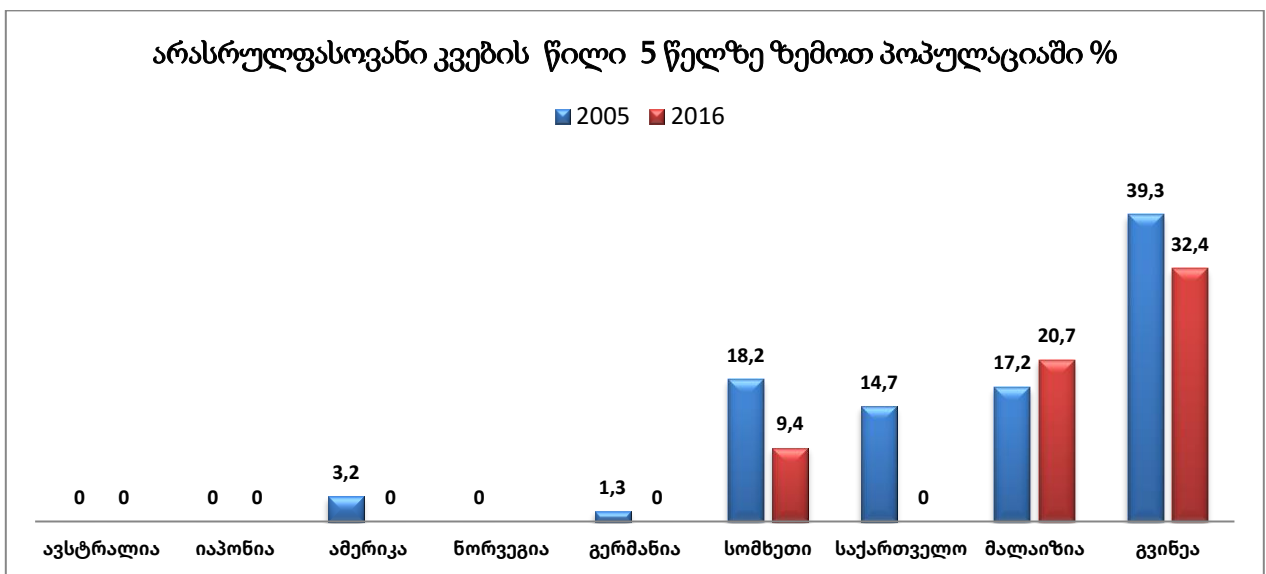
თანამედროვე მკვლევარების მონაცემებით, 1990-2010 წლის განმავლობაში მსოფლიოს მოსახლეობის ორი მესამედი ცხოვრობდა სიღარიბის ზღვარს ქვევით. ეს ის ჯგუფია, რომელსაც არსებობისათვის მეტად ესაჭიროება სტაბილური სოციალური დაცვის ღონისძიებები. მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიო მოსახლეობის მესამედი სიღარიბეს არ განიცდის, მათი სოციალური კეთილდღეობაც დაკავშირებულია ქვეყნის ეკონომიურ, პოლიტიკურ და გარემო რისკებზე. (Lopez-Calva and Ortiz-Juarez, 2014). შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით (ILO,2011), მსოფლიო მოსახლეობის 75% არ არის ადექვატური სოციალური მომსახურების პროგრამებით მოცული, რაც დიდ გამოწვევას წარმოადგენს მათი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის რისკების წინაშე. [89]. სოციალური დაცვის შეფასებისთვის, 2000-2010 წლებში ჩატარდა კვლევა 150 განვითარებად ქვეყანაში. ამ წლების განმავლობაში განვითარებული ქვეყნების საბიუჯეტო შემოსავლები გაიზარდა, მსოფლიო გლობალიზაციამ, სავაჭრო გზების გახსნამ ზეგავლენა მოახდინა ღარიბი ქვეყნების ეკონომიკაზე. სახელმწიფოები შიდა სასოფლო სამეურნეო და საწარმოო მეურნეობით ადვილად აგვარებდნენ ქვეყანაში სოციალური დაცვის პროგრამებით მოსახლეობის მოცვას. მთავრობა მეტ თანხას გამოყოფდა სოციალური პროგრამების ბიუჯეტში. ლიბერალიზაციის და სავაჭრო ღიაობის შემდეგ გაიზარდა სოფლის მეურნეობის პროდუქტის ექსპორტი, რაც საწყის ეტაპზე ასოცირდა გარკვეულ ეკონომიკურ შოკთან და კიდევ მეტად საფრთხე შეუქმნა დაუცველ ჯგუფებს დაბალი ანაზღაურებისა და სოციალური ბენეფიტების არ არსებობის გამო. წარმოების გაძლიერებასთან და ექსპორტის განვითარებასთან ერთად ქვეყნების ეკონომიკაც ძლიერდებოდა და ისინი ხდებოდნენ გლობალური პროდუქციული ჯაჭვის მონაწილე, რაც ზრდიდა ქვეყნის სოციალურ კეთილდღეობას. დადგინდა მჭიდრო და

პირდაპირი კავშირი სოციალური პროგრამების დანერგვასა და ქვეყნის ფინანსურ ინვესტიციებს, განვითარებას შორის. მოსახლეობისთვის სოციალური პოლისის ხელმისაწვდომობა საბოლოოდ, გახდა თანაბარი. ექსპორტიორი ქვეყნების გლობალური წარმოების სისტემაში სოფლის მეურნეობის საქონლის ჩართვა, ეხმარება ქვეყნებს შეამციროს მოსახლეობის სოციალური დაუცველობის დონე [69, 116, 119]. განვითარებადი ქვეყნების სოციალური დაცვის სისტემა დიდი ხნის მანძილზე დაფუძნებული იყო ფორმალურად დასაქმებული პირების საშემოსავლო გადასახადებით შევსებულ ფონდებზე. 2000-იანი წლებიდან საერთაშორისო ორგანიზაციების მითითებით სოციალური დაცვის გაძლიერება მიმართული გახდა სიღარიბის წინააღმდეგ ღონისძიებების დანერგვისკენ, კერძოდ ფულადი დახმარების გადაცემით ხდებოდა ღარიბი მოსახლეობის მოცვა. სოციალური საპენსიო პროგრამის ფარგლებში სარგებელს თანაბრად იღებს, როგორც არაფორმალურად, ისე ფორმალურად დასაქმებული მოსახლეობა. თუმცა გადასახადებით საპენსიო ფონდის შევსება მხოლოდ ფორმალურ დასაქმებულების საშემოსავლო გადასახადებზეა დამოკიდებული. განვითარებადი ქვეყნების უმეტესობის სოციალური სისტემა ხასიათდება: დიდი არაფორმალური სამუშაო სექტორით, კერძო გადახდებით, რაც არ აიახვება სოციალური უსაფრთხოების სიტემაში, უნივერსალური სოციალური დაცვის არ არსებობით. [100, 141, 149]. მსოფლიო გლობალური კრიზისის პერიოდმა 2008-2010 წწ. დიდი ზეგავლენა მოახდინა დაბალი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების სოციალურ დაცვასა და უსაფრთხოებაზე. საჭირო გახდა სოციალური დახმარების პროგრამებისთვის ფონდების თანხების მეტი გადანაწილება ღარიბი მოსახლეობის დახმარებისთვის, ტარდებოდა ერთჯერადი და მოკლე ვადიანი პროგრამები (საკვების, საწვავის გადაცემა), რაც არ იყო სისტემური და არ ჰქონდა სიღარიბის პრევენციის სახე. ამ პერიოდში, მაღალ განვითარებული ქვეყნებშიც კი იყო უმუშევრობის და სიღარიბის რისკების ზრდა, მათი პოლიტიკაც მიმართული იყო ოჯახების დახმარებისკენ. სხვადასხვა საერთაშორისო ფინანსური ორგანიზაციები დახმარებას უწევდა განვითარებად ქვეყნებს. [101, 131]. თანამედროვე კვლევების თანახმად, აზიის დაბალი და საშუალო ეკონომიკური განვითარების ქვეყნებისათვის მოსახლეობის კეთილდღეობის შესაფასებლად დადგენილია ეკონომიკური და

სოციალური ინდიკატორები. ინდოეთის სახელმწიფო აზიის სხვა ქვეყნებთან შედარებით, თუნდაც მასზე დაბალი ეკონომიკური განვითარებით, ნაკლებს ხარჯავს სოციალური კეთილდღეობისათვის და პროგრამებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო ათწლეულების მანძილზე აღინიშნება ინდოეთის მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდა და ინდოეთი წარმოადგენს მზარდი ეკონომიკის ქვეყანას, სადაც იზრდება სიცოცხლის ხანგრძლივობის და მცირდება 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი [21, 42, 45, 104, 120]. 2016-2017 წლებში სისტემური კვლევა ჩატარდა დაბალი და საშუალო განვითარების ქვეყნების ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების შესასწავლად. კვლევამ მოიცვა 14 რეგიონი: პალესტინა, ჩინეთი, ჩინეთი-განსუ, ჩინეთი-ჰეილონგანგი, განა, უნგრეთი, ირანი, ტუნისი, ტანზანია, მალაიზია, მალაი, ზიმბაბო, უგანდა ჩილე. შეისწავლილი იქნა ქვეყნების მოსახლეობის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის თანასწორობა. დადგინდა, რომ სადაზღვევო სისტემა (სოციალური და ინდივიდუალური) არის ძირითადი დაფინანსების მეთოდი, სადაც ინდივიდის პირდაპირი გადახდა ყველაზე არამდგრადი მეთოდია, რაც მრავალ ქვეყანაშია და მოსახლეობა მიჰყავს ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების უთანასწორო ხელმისაწვდომობისკენ. შედეგად ჩანს, რომ ქვეყნებში მრავალი ფაქტორი განაპირობებს ჯანდაცვის სიტემის დაფინანსების უთანასწორობას: მოსახლეობის მხრიდან მზარდი პირდაპირი გადახდები, სახელმწიფოს როლის შემცირება, პოპულაციის სრული მოცვის დარღვევა, განსაკუთრებით ღარიბი და მოწყვლადი ფენის, დაბალი შემოსავლების ჯგუფების იდენტიფიცირების პრობლემა მათი გადასახადებისგან განთავისუფლების წესების შემუშავებისთვის. [30, 138]. დაბალი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების ერთერთ მთავარ პრობლემად რჩება არასაკმარისი კვება, რაც განისაზღვრება, როგორც საკვები რაციონის შემადგენლობის სიმწირით, ასევე უსაფრთხო საკვების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვით. სოციალურ დაცვასა და უსაფრთხო კვებას შორის კავშირის დასადგენად, 2004-2012 წლებში ევროპის სხვადასხვა შემოსავლების მქონე 21 ქვეყანაში ჩატარდა კვლევა. ევროპის სტატისტიკის სამსახურის და ეკონომიკური განვითარების ეროვნული სამსახურის (Eurostat, 2015a) 2015 წლის მონაცემების თანახმად, უმუშევრობის ზრდა, ხელფასების შემცირება პირდაპირ კავშირშია უსაფრთხო და

სრულფასოვანი ინგრედიენტებით კვების პრევალენტობის მაჩვენებელთან. ეკონომიკური განვითარების დონე ასევე პირდაპირპროპორციულად აისახება არასაკმარის კვებაზე. ამ პერიოდში მთელი რიგი ევროპის განვითარებული ქვეყნებისა, როგორც არის ავსტრია, პოლონეთი არ იყვნენ კვებითი უკმარისობის ზღვარზე, როცა კვებითი უკმარისობის მაღალი მაჩვენებელი იყო დიდ ბრიტანეთში, უნგრეთში, საბერძნეთში და იტალიაში. ყოველი 1%-ით უმუშევრობის ზრდა პოპულაციაში იწვევს 0.29 %-ით საკვებისადმი ხელმისაწვდომობის დაქვეითებას. ასევე ყოველწლიური ხელფასის 1000 \$-ით შემცირება, იწვევდა 0.62%-ით არასაკმარისი ინგრედიენტებით კვების მაჩვენებლის ზრდას. შესაბამისად, დასაქმების სიმცირე, დაბალი ხელფასები არის სარწმუნო სტატისტიკური მაჩვენებელი არასაკმარისი კვების ზრდის, ხოლო ქვეყნის სოციალური დაცვის სისტემის გაძლიერება ამ რისკს ამცირებს (გრაფიკი 6).

გრაფიკი 6: არასრულფასოვანი კვების წილი 5 წელზე ზემოთ პოპულაციაში %



წყარო: UNICEF, WHO, World Bank: Joint child malnutrition estimates (JME). Aggregation is based on UNICEF, WHO, and the World Bank harmonized dataset.2020.

ამასთან, როდესაც ქვეყანაში სოციალური დახმარება ერთ სულ მოსახლეზე არის 10. 000\$ და მეტი, როგორც არის შვედეთში, ირლანდიასა და დენმარკში, უმუშევრობა და დაბალი ხელფასები აღარ წარმოადგენს პირდაპირ დამოკიდებულს არასაკმარისი კვების მაჩვენებელთან. ქვეყნის მაკროეკონომიკური ზრდა 20 საუკუნეში, კავშირშია მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებელთან. სოციალური დაცვის დანახარჯების ცვლილებები უშუალო კავშირშია დასაქმებასთან, ეკონომიკასთან და სიცოცხლისუნარიანობასთან. კვლევის თანახმად, 1%-ით უმუშევრობის ზრდა იწვევს 0,24%-ით სიკვდილიანობის ზრდას, იმ ქვეყნებში სადაც არამდგრადია სოციალური დაცვის სისტემა. [52, 74, 94, 115]. მრავალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მკვლევარის აზრით, სოციალური დაცვის ჩამოყალიბება აუცილებელია ქვეყანაში ძირითადი მოთხოვნილებების, განსაკუთრებით ჯანსაღი კვებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობების უზრუნველსაყოფად [47, 87].

დაბალი და საშუალო განვითარების ქვეყნებში ბოლო ორი დეკადის განმავლობაში მიმდინარეობს სოციალური დაცვის სისტემების დანერგვა, რაც მიმართულია ჯანმრთელობის დაცვის ფინანსური ხელმისაწვდომობის, ასაკოვანთა და სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფთ პირთა დახმარებისკენ. 2012 წლის შრომის საერთაშორისო კონფერენციის მიერ წარმოდგენილი, სოციალური დაცვის ეროვნული სისტემის მოწყობასთან მიმართული რეკომენდაცია, თანხვედრაშია მსოფლიო ბანკის სოციალური დაცვის და 2012-2020 წლების შრომის სტრატეგიისა და ევროსაბჭოს სოციალური დაცვის განვითარების კომისიის დოკუმენტებთან. აღნიშნული დოკუმენტების შესაბამისად, სოციალური დაცვის განვითარება არის ძირითადი საშუალება ქვეყნის საერთაშორისო ურთიერთობების, მდგრადი ეკონომიკური განვითარების, სიღარიბის შემცირებისა და ადამიანის უფლებების დაცვის ხელშეწყობისთვის. სოციალური დაცვის სისტემაში რეფორმები მიმდინარეობს აფრიკის, აზიისა და ლათინური ამერიკის ქვეყნებში. აღნიშნული რეფორმის ძირითადი შემადგენელია: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხელშეწყობა და განვითარება, ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმი, რათა გაიზარდოს

სერვისებით მოსახლეობის მოცვა. 2010 წლისთვის 52 ქვეყანაში (მათ შორის, 16 დაბალი ეკონომიური განვითარების) თანხების ტრანსფერით მოცვა მოხდა 191.4 მლნ ადამიანის (Barrientos and Nino-Zarazua 2011). 2012 წლისათვის თანხების გადაცემის პროგრამა განხორციელდა 47 აფრიკის ქვეყნიდან 35 დაბალი შემოსავლების ქვეყანაში. (Garcia and Moore 2012). სოციალური დაცვის რეფორმა ზოგიერთ ქვეყანაში მიმდინარეობს ერთი მიმართულებით: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და დაავადებების პრევენციის გზით. ნაწილი ქვეყნებისა მრავალმხრივ სოციალური დაცვის სტრატეგიას ახორციელებენ, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მხრივ, ისე ასაკოვანი პირების, სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფთათვის და სხვა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის სოციალური დახმარების სახით. ქვეყნებს შორის რეფორმის მიმდინარეობის მიმართ პოლიტიკური განწყობა და ნებაც სხვადასხვაა. პოლიტიკურ-ეკონომიკურ მოდელს სოციალური დაცვის სისტემის უნივერსალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს. მაგ: სამხრეთ აზიის ქვეყნებში სახელმწიფო ხელშეწყობა დიდია სოფლის მეურნეობის დარგში დასაქმებულთათვის [116, 118, 163].

მკვლევარების აზრით, სამხრეთ აფრიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით უნივერსალური მოცვა ახლად დაწყებული სახელმწიფო და არსებული კერძო სისტემებით დაფინანსების კომბინაციით არის შესაძლებელი. კერძო ჯანდაცვის სისტემა დიდ ადგილს იკავებს მოსახლეობის ჯანდაცვის სერვისების დაფარვაში. 1980 წლამდე კერძო სისტემა სწრაფად ვითარდებოდა კერძო დაზღვევის გაძლიერებითა და პარალელურად სახელმწიფო სტრუქტურების, სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის დასუსტების გზით. სახელმწიფო სისტემა ვერ პასუხობდა სერვისებისადმი მოთხოვნილებას. გაიზარდა კომერციული ინტერესი ჯანდაცვის დაზღვევის სისტემის მხრივ. 1980-90-იან წლებში სახელმწიფომ ჯანდაცვის სისტემის რეგულაცია კერძო სადაზღვევო სისტემას გადასცა. რეფორმების მიმდინარეობის მიუხედავად, ვერ ხდებოდა მოსახლეობის სხვადასხვა პოპულაციების სერვისებით თანაბარი მოცვა, გაიზარდა ღარიბი ფენის ხარისხიანი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის რისკი. დადგა საჭიროება ჩამოყალიბდეს სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა, რათა უფასოდ მოხდეს მოსახლეობის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სამედიცინო მომსახურების სერვისებით

მოცვა, შემუშავდეს მომსახურების სექტორის შეზღუდვები პოპულაციების რისკების გათანაბრების მხრივ, გადაიხედოს და დაინერგოს რეგულაციის მექანიზმები მომსახურების ფასისა და ხარისხის კონტროლის მხრივ. სამხრეთ აფრიკის მაგალითი გვაჩვენებს, რომ სახელმწიფოს მხრიდან სუსტი რეგულაციის პირობებში ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სისტემებში ვითარდება კრიზისი, მატულობს ფასები, ირღვევა ხელმისაწვდომობა, მატულობს სოციალური დაუცველობა. რეგულაციის მექანიზმებზე ასეთი მიდგომა გვაჩვენებს, რომ სახელმწიფო პოლიტიკა უნდა ცდილობდეს სოციალური დაცვის სისტემის განვითარებას, სტრატეგია უნდა დაისახოს სოციალური სისტემის ფონდის შესავსებად ქვეყნის ეკონომიკისა და ბაზრის განვითარებით, და არა მხოლოდ ინდივიდთა საშემოსავლო გადასახადებით. კერძო ჯანდაცვის სისტემა უნდა ფუნქციონირებდეს გარკვეული რეგულაციის ფარგლებში. [116, 122, 163].

ჩინეთში ჩატარებული მრავალი ეროვნული კვლევით დადგინდა, რომ ქვეყნის მოსახლეობის ცხოვრების გაუმჯობესებას იწვევს სოციალური დაცვის ოთხ ძირითად ასპექტზე მიდგომა: პენსიების, განათლების, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება და არსებობისათვის საჭირო მინიმუმით უზრუნველყოფა. [106]. ბოლო 30 წლიანი რეფორმის მიმდინარეობის პირობებში ჩინეთმა ჩამოაყალიბა კომპლექსური საპენსიო სისტემა, რაც სხვადასხვა პოპულაციური ჯგუფისთვის, ქალაქად, სოფლად, განსხვავებულია. საპენსიო ფონდების შევსების პრობლემები ფინანსურ არასტაბილურობასთან არის კავშირში. [90, 93].

ჩინეთის მოსახლეობა დაბერებისკენ სწრაფად იზრდება, შესაბამისად მისი სოციალური, საპენსიო სისტემა ვერ ასწრებს დაწევას-განვითარებას. პიროვნების სოციალურ-ეკონომიკური და დემოგრაფიული სტატუსის მიხედვით საპენსიო დანაზოგი განსხვავებულია, შესაბამისად განსხვავდება ფინანსური მზაობა მოხუცებულობის პერიოდში. ჩინეთის საპენსიო სისტემა უთანასწოროდ არის მოწყობილი. კვლევაში ჩართული 2000 პენსიონერიდან 59% ამბობს, რომ მათ არასაკმარისი საპენსიო დანაზოგი აქვთ. ამასთან სოფლის პოპულაცია, კიდევ უფრო ნაკლებად არის მზად სიბერისთვის. [36]. სახელმწიფო საპენსიო სისტემაში ჩართულია ყველა მოქალაქე, თუმცა ძირითადი სარგებელი ძალიან დაბალია. სამთავრობო დაწესებულებებში, სხვადასხვა

ინსტიტუციებში და საწარმოებში დასაქმებულებს სახელმწიფო გაცილებით მაღალ პენსიას უხდის. პენსია არათანაბარია ასევე სქესის (ქალთა მოსახლეობას ნაკლები) და ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონის მაცხოვრებლებისთვის. [28].

მაღაიზიაში სახელმწიფო უზრუნველყოფს მოსახლეობის სოციალურ დაცვას: სოციალური დაზღვევის უზრუნველყოფით, მოსახლეობის ფულადი დახმარებისა და შრომის ბაზრის განვითარების სხვადასხვა პროგრამებით. სოციალური დაზღვევის როლი წარმოდგენილია სადაზღვევო ინსტიტუციების, როგორც არის სოციალური დაცვის ორგანიზაცია (SOCSO) და დასაქმებულთა ფონდით, რომლებიც გასცემენ კომპენსაციას და ბენეფიტებს დასაქმებისთვის, შშმ პირებისა და ასაკში მყოფი პირების დახმარებისათვის. მათი ბიუჯეტი ყოველთვიურად ივსება დასაქმებულთა და დამსაქმებელთა გადასახადებით. თუმცა მაღაიზიაში სოციალური დაცვა ჯერ კიდევ არაშესაბამისია მოსახლეობის საჭიროებებთან და სარგებლის თვალსაზრისით. [135]. ეს გამოწვეულია იმით, რომ ძირითადად სოციალური დაზღვევის პროგრამაში ჩართულია ფორმალური სექტორი - სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების დასაქმებულები, ხოლო არაფორმალური დასაქმებული პოპულაცია, რაც მოსახლეობის 11%-ს შეადგენს, სოციალურად ნაკლებად დაცულია. კვლევების თანახმად, მაღაიზიის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაში დგინდება ეთნიკური დიფერენცირება, რაც ვარირებს ასაკის, შემოსვლების, სქესის, საცხოვრებელი ადგილის, დაზღვევის სახეობისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით. კერძოდ, მაღაიზიელებს ნაკლები ხელმისაწვდომობა აქვთ სამედიცინო სერვისების მიმართ, ვიდრე ჩინელებსა და ინდოელებს, რადგან მათი თვითური სოციალური დახმარება და შემოსავალი მეტია. [21, 98].

მაღაიზიის სახელმწიფო სრულად აფინანსებს საზოგადოებრივ სოციალური დახმარების პროგრამას გარკვეული ბენეფიციარებისთვის. მთავრობა დასაქმებულთა სადაზღვევო სისტემიდან 2017 წლიდან მოსახლეობის ცხოვრების მინიმუმის დაკმაყოფილებისთვის, მოწყვლადობის შემცირების მიზნით აფინანსებს უმუშევრად დარჩენილ პირებს. მაღაიზიის მთავრობა ასევე ადმინისტრირებას უკეთებს სოციალური დაცვის ინსტიტუტებს, ფონდების ფინანსური სტაბილურობის მონიტორინგისთვის, რათა

დაცული იყოს მოსახლეობა, მათ შორის დამსაქმებელი ფენა. ფედერალური და სახელმწიფო მთავრობა იღებს ვალდებულებას ადმინისტრირება გაუწიოს დანერგილ სოციალური დაცვის პროგრამებს. ამასთან, სკანდინავიის და სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით, როგორც არის დანია, ნორვეგია, შვედეთი, რომელთაც აქვთ მრავლისმომცველი სოციალური დაცვის სისტემები და უნივერსალური სოციალური გადაცემები, ზემოთნახსენები ღონისძიებები განვითარებადი ქვეყნისთვის არ არის საკმარისი [25, 72]. სოციალურ-ეკონომიკური და სოციალურ-დემოგრაფიული სტატუსის დადგენა მოსახლეობის სოციალური და ჯანდაცვის ეროვნული დაფინანსების სქემის შემუშავების დროს აუცილებელია, რათა მოხდეს სერვისებით თანაბარი მოცვა და მოწყვლადი ჯგუფების მხრიდან ნაკლები დანახარჯები. [50].

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები და სოციალური დაცვის მახასიათებლები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების შექმნის დროს ხშირად ხდება სოციალური დაცვის იმ განმსაზღვრელი მახასიათებლების უგულებელყოფა, რაც აუცილებელია ათასწლეულის განვითარების მიზნების შემადგენელი ჯანმრთელობის დაცვის ამოცანების მისაღწევად. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მისი სოციალური დეტერმინანტების განსასაზღვრად ვალდებულება აკისრია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ეთიკის, თანასწორობის, ვაჭრობისა და ადამიანის უფლებების დაცვის დეპარტამენტს. [123].

ჯანდაცვის მსოფლო ორგანიზაციის მიერ განხორციელებული კვლევებით განისაზღვრა სოციალური დაცვის დონე და სოციალური დეტერმინანტები, მათი კორელაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა პირობებში.

სხვადასხვა ქვეყნის მოსახლეობის სოციალური პატერნები განსხვავდება არამარტო ქვეყნებს შორის, არამედ ქვეყნის შიგნით სხვადასხვა პოპულაციაში. 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა სამხრეთ აზიისა და აფრიკის რეგიონში ბევრად მაღალია. ეკონომიკური განვითარების ზრდასთან ერთად, საშუალო და მაღალი განვითარების ქვეყნებში 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი კლებულობს. ძირითადი სოციალური დეტერმინანტების, როგორც არის კეთილდღეობისა და განათლების ანალიზი, თუ ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა არათანაბარია ქვეყნებს შორის. მოსახლეობის სხვადასხვა ფენისთვის ასევე განსხვავდება სხვადასხვა სფეროში მიწოდებული სერვისის ხარისხი, სოციალური დაცვის და უსაფრთხოების ხარისხი, ცვალებადია რეგიონების ეკონომიკური განვითარების მიხედვით არაგადამდები დაავადებების გამოვლენის და გავრცელების სიხშირე. ასევე, ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე გავლენა აქვს ეთნიკურ წარმოშობას, კულტურას, რწმენას, განათლებას, ჯანმრთელობასთან და თვითმოვლასთან დაკავშირებული ქცევის ჩამოყალიბების დონეს, ქვეყნის გეოგრაფიულ მდებარეობასა და სახელმწიფოებრივ სტატუსს. [102, 154, 168].

სხვადასხვა კლასტერებში შესწავლილი იქნა სხვადასხვა სოციალური მახასიათებლების ერთობლივი არსებობა. მაგალითად, მენტალური დარღვევების დროს გამოვლინდა რამდენიმე სოციალური რისკ ფაქტორი: სიღარიბე, განათლების ნაკლებობა, არათანაბარი ხელმისაწვდომობა ჯანსაღ კვებაზე, დემოგრაფიული და კომერციულ-ინდუსტრიული განვითარება. [37, 128, 130].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კვლევების თანახმად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იქნას სოციალური დეტერმინანტები, გაძლიერდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევები და სერვისები, შედეგი გათვლილი იყოს გრძელვადიანად და დაცული იქნას ფინანსური ხელმისაწვდომობა. [22, 97].

მოსახლეობის ჯანმრთელობა იზომება მისი დონით სხვადასხვა სისტემების დაავადებების მხრივ და ჯანმრთელი პოპულაციის წილის განსაზღვრით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, 2010 წლიდან განსაზღვრული

თანასწორობის, სოციალური დეტერმინანტების და ჯანდაცვის პროგრამების პრიორიტეტები, შედგენილია არათანაბარი სოციალურ-ეკონომიკური, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და სოციალური გამოსავლების საფუძველზე. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების დადგენა მოხდა შემდეგი კვლევების საფუძველზე (ETH): სპეციალური პროგრამები ტროპიკული დაავადების კვლევა-ტრეინინგებისთვის (TDR), სპეციალური სამეცნიერო კვლევები და ტრეინინგები ადამიანთა რეპროდუქციაში (HRP), ჯანდაცვის პოლიტიკის და სისტემების კვლევის ალიანსის პროგრამები (AHPSR) [48, 137].

ჯანდაცვის მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობის შესამცირებლად და ხარისხიანი სერვისების მიღების თანასწორობის მისაღწევად ამერიკელმა მეცნიერებმა შექმნეს ანალიტიკური ინსტრუმენტები. მათი საშუალებით გროვდება მონაცემები ჯანდაცვაში სოციალური დეტერმინანტების შესახებ. მათი ანალიზით კი დგინდება, თუ როგორ განსხვავდება ადამიანების ჯანმრთელობა განსხვავებული სოციალური მდგომარეობის დროს. სხვადასხვა სტრუქტურული დეტერმინანტის კავშირი შეისწავლება სხვადასხვა სოციალური სტატუსის ჯგუფებში და ხდება სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის უთანასწორობის გაზომვა, რაც არღვევს ადამიანის უფლებას, ჰქონდეს ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისი. [35, 65]. თანამედროვე კვლევებმა აჩვენა, რომ სახელმწიფო პროგრამები ძირითადად ინტერსექტორული უნდა იყოს, რათა ქვეყანაში გაძლიერდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა და სერვისები, რომელთა ხელმისაწვდომობა იქნება თანასწორი მოსახლეობის ყველა ჯგუფისთვის. [55, 73, 103].

მრავალი კვლევა ჩატარდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების დასადგენად. ბავშვთა დაავადებების სტრუქტურული გავრცელების და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შესწავლისას დადგინდა მათი მჭიდრო კავშირი ქვეყნის და პოპულაციის სოციალურ-ეკონომიკურ, განათლების დონესთან, ჯანდაცვის სერვისების ხარისხთან და ხელმისაწვდომობასთან. [80, 139].

ბოლო წლებში, მეცნიერებმა გამოყვეს ჯანმრთელობის დაცვის 5 ძირითადი სოციალური დეტერმინანტი: 1) სხვადასხვა პოპულაციისთვის ერთი და იგივე ჯანდაცვის სერვისის

მისაღებად სხვადასხვა ფასი; 2) სამედიცინო ჩარევების ხარისხი და ეფექტურობა; 3) სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სხვადასხვა სოციალურ პოპულაციაში; 4) ხარჯთ-ეფექტურობა - ჩარევის ფასი შედეგთან კავშირში; 5) მოსახლეობის სტრუქტურული შემადგენლობა. კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო სერვისების თანასწორ ხელმისაწვდომობასა და ხარჯთეფექტურობას შორის ყველაზე მჭიდრო კავშირია. ყველაზე ღარიბი პოპულაციის ჯანდაცვის სისტემის სრულფასოვანი მუშაობისთვის აუცილებელია, როგორც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სერვისების დანერგვა და განვითარება, ასევე მომსახურების ფასთა გადახედვა-შემცირება, რაც გაზრდის ხელმისაწვდომობას და შეამცირებს ავადობასა და ლეტალობას. [63, 67, 112].

მოსახლეობის სოციალური დაცვის გაძლიერება ნათლად აისახება მისი ცხოვრების ხარისხსა და კეთილდღეობაზე. პიროვნების ფიზიკური და ფუნქციური უნარების შეზღუდვა, ქრონიკული დაავადებები სტრესულ გარემოს ქმნიან, რაც კეთილდღეობის ხელის შემშლელი პირობაა. ადეკვატური სოციალური დახმარება ასოცირდება ცხოვრების ხარისხის ზრდასთან. პაკისტანში, როდესაც პიროვნება ავადობს მძიმე სენით, როგორც არის სიმსივნე, მხოლოდ სამედიცინო ჩარევებით ეხმარება სახელმწიფო სისტემა. სხვა ქვეყნებში, მნიშვნელოვანი ადგილი მედიკამენტებთან ერთად უკავია სოციალურ დახმარებასაც. ოჯახის სოციალური კეთილდღეობისთვის საჭიროა განვითარდეს პაციენტისა და ოჯახის ხელშეწყობის პროგრამა, რაც მოიცავს განათლებას, დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას, ფსიქოსოციალურ დახმარებას, სტრესის პრევენციას, საჭიროების მიხედვით სოციალური დახმარების პროგრამის ჩართვას. [56, 75, 84]. მძიმე ქრონიკული დაავადებების და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან ცხოვრების ხარისხის ასამაღლებლად დიდ როლს თამაშობს ოჯახის გაძლიერება, სტიგმის და დისკრიმინაციის საწინააღმდეგო ღონისძიებები [53, 86].

ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება თანდათანობითი პროცესია. იგი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ

რამდენად საკმარისია ქვეყანაში არსებული რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებისთვის. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 დოლარი იხარჯება მოსახლეობის ერთ სულზე, ხოლო დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში - 15 დოლარზე ნაკლები. ამასთან, განვითარებად ქვეყნებში ბაზისურ პაკეტით შედარებით ნაკლები სერვისებია მოცული, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანები იხდიან პირდაპირი გადახდით უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევას და არაპირდაპირი, გადასახადების გადახდით. არაპირდაპირი, ანუ წინასწარი გადახდების სისტემას აქვს დადებითი მხარე, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში ადამიანებს არ უწევთ დიდი ხარჯების გაღება და შეუძლიათ აღნიშნული ხარჯები გადაინაწილონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა ორი სახისაა: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების დროს მთელი მოსახლეობა, ან მოსახლეობის ნაწილი მოცულია, მიუხედავად იმისა, ისინი იხდიან თუ არა გადასახადებს. უნივერსალური დაფინანსება მჭიდროდ არის დაკავშირებული გადასახადების სისტემის ადმინისტრირების უნართან. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადებით გროვდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 30%, მაშინ როცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 20%- დან 5%-მდე მერყეობს [124].

სადაზღვევო სისტემის ორი სახე არსებობს: ნებაყოფლობითი და სოციალური. ნებაყოფლობითი, ანუ კერძო დაზღვევის დროს სადაზღვევო პრემიები დგინდება ჯანმრთელობის რისკის შესაბამისად. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა არაკომერციულ პრინციპებს ეფუძნება და ფინანსდება სავალდებულო გადასახადებით. მას უმთავრესად სახელმწიფო უზრუნველყოფს, თუმცა, შეიძლება მართოს კერძო ორგანიზაციამაც [167]. სოციალური დაზღვევა ეფუძნება იდენტიფიცირებად სახელფასო გადასახადებს და შედარებით სტაბილურ სამუშაო ძალას. სოციალური დაზღვევის და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემებში ხდება შემოსავლების გადანაწილება რისკის გადაცემის გზით ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, მდიდრიდან ღარიბზე. კერძო

დაზღვევაში რისკის გადანაწილების ეს მექანიზმები არ არის და შენატანები ფიქსირებული განაკვეთებია. [144]. სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის) სისტემა-უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემაა, სადაც დამსაქმებელი ვალდებულია დაქირავებულები გააწევრიანოს სადაზღვევო ფონდში. სოციალური დაზღვევის სისტემა შედარებით რთული სისტემაა და მოითხოვს ეფექტურ მართვას. განვითარებად ქვეყნებში, ისევე როგორც ყოფილი საბჭოთა სისტემის ქვეყნებში, რომლებიც განიცდიან ეკონომიკურ კრიზისს, მცირე ხელფასის ან საწარმოთა დახურვის გამო, ბევრი ადამიანი ტოვებს სახელმწიფო დაწესებულებებში სამსახურს და ცდილობს მუშაობა დაიწყოს არაფორმალურ სექტორში. საგადასახადო სისტემის მოუწესრიგებლობის გამო, ასეთ ქვეყნებში ხელფასზე სადაზღვევო გადასახადის შეგროვება რთულ პროცესს წარმოადგენს, რაც ამცირებს სოციალური დაზღვევის შენატანების მოცულობას. ამგვარად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა მოითხოვს ქვეყანაში მძლავრი ეკონომიკური სტრუქტურების არსებობას. სოციალური დაზღვევა ქვეყნის განვითარებულ ეკონომიკას ეყრდნობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელია მხოლოდ სადაზღვევო შენატანების ხარჯზე ჯანდაცვის დაფინანსება. ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი) სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის მექანიზმია. ხდება საყოველთაო ხელმისაწვდომობა, სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევა სამედიცინო სერვისებსა და დაწესებულებების მართვაში, ექიმების ანაზღაურება ხელფასით ან კაპიტაციით, პაციენტების მხრიდან მცირე ჯიბიდან გადახდები [11, 151].

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ თავდაპირველად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის მოდელით (ბისმარკის მოდელი). თუმცა, 2007 წლიდან იგი გადავიდა გადასახადებზე დაფუძნებულ მოდელზე (ბევერიჯის მოდელი). განვითარებადი ქვეყნებისათვის გადასახადებზე დაფუძნებულ სისტემას გააჩნია უპირატესობა სოციალური დაზღვევის მოდელთან შედარებით. კერძოდ, განვითარებად ქვეყნებში, სადაც უფრო მეტადაა განვითარებული არაფორმალური სექტორი, გადასახადებზე დაფუძნებულ მოდელს აქვს შესაძლებლობა უფრო სწრაფი ტემპით მოიცვას იგი. თუმცა, გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემა

ტვირთად აწვება სახელმწიფო ბიუჯეტს. 2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა [12]. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი მომსახურება: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2020 წლისთვის გარდა იმისა, რომ ქვეყანაში მოქმედებს „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვალის №36 დადგენილება, რომელიც საქართველოს მოქალაქეებისთვის გულისხმობს გადაუდებელ და გეგმიურ ამბულატორიულ, სტაციონარულ მომსახურებას, შესაბამისი პაკეტის ფარგლებში, და ინფექციური დაავადებების მართვას, მოსახლეობას ქვეყანა ემსახურება შემდეგი ჯანდაცვის პროგრამებით:

- დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი პროგრამა;
- იმუნიზაცია პროგრამა;
- ეპიდზედამხედველობის პროგრამა;
- უსაფრთხო სისხლი პროგრამა;
- პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია;
- ტუბერკულოზის მართვის პროგრამა;
- აივ ინფექცია/შიდსის მართვა პროგრამა;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა პროგრამა;
- ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა;

- ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა;
- დიაბეტის მართვის პროგრამა;
- .ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურება;
- დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია პროგრამა;
- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა;
- იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა;
- სოფლის ექიმი პროგრამა;
- რეფერალური მომსახურება პროგრამა;
- სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება
- ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა.

სახელმწიფოს მიერ უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა, რომლითაც ყველა ადამიანს აქვს საშუალება ისარგებლოს, წინ გადადგმული ნაბიჯია, თუმცა საჭიროა სახელმწიფოს თანმიმდევრული პოლიტიკის განხორციელება დაფინანსების ხარჯთეფექტური მეთოდების, სერვისების ხარისხის და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან მთავარია გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, სადაც ყურადღება ექცევა პრევენციულ სერვისებს. ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით [13].

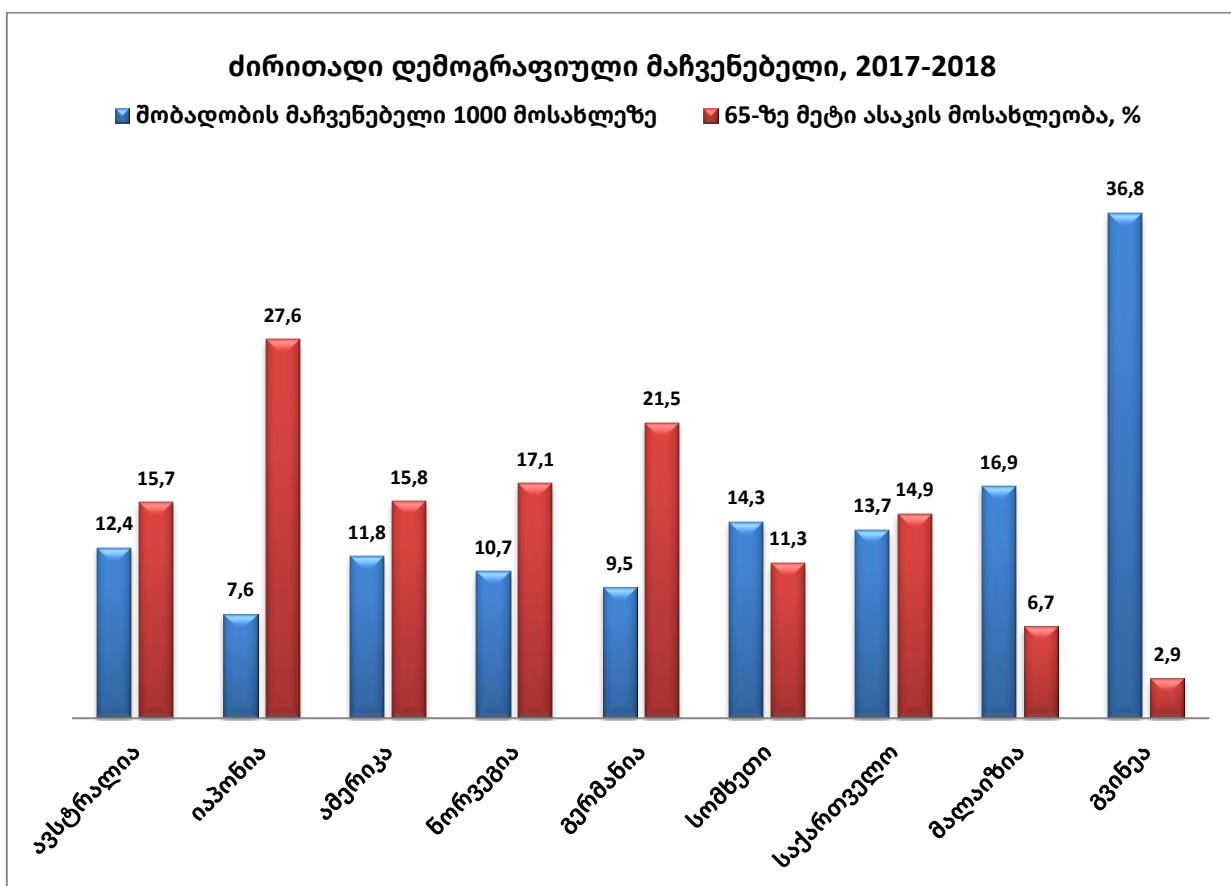
მოსახლეობის სხვადასხვა ფენისა და ჯგუფებისათვის სოციალური უფლებების სათანადო რეალიზება სახელმწიფოს მიერ წინასწარ დაგეგმილი, თანმიმდევრული ღონისძიებების განხორციელებასთანაა დაკავშირებული. ხელმისაწვდომი გარემოს არარსებობა, უფლებების რეალიზების დაბალი შესაძლებლობა და საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტერეოტიპები პრობლემათა უწყვეტ ჯაჭვს ქმნის, რასაც მოსახლეობის მოწყვლადი ფენები და განსაკუთრებით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები

სოციალურ იზოლაციამდე, საბოლოოდ კი სიღარიბემდე მიჰყავს. შესაბამისად, სოციალური დაცვისკენ მიმართული პოლიტიკის დაგეგმვისას, სახელმწიფოები ვალდებულნი არიან გაითვალისწინონ და შეაფასონ ის განსაკუთრებული რისკი, რომლის წინაშეც განვითარებად ქვეყნებში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები დგანან, სიღარიბისადმი მოწყვლადობის თვალსაზრისით. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ცხოვრების კეთილდღეობის ამაღლებისათვის არამხოლოდ სოციალური პროგრამული სუბსიდირება, არამედ ფსიქოსოციალური, ოჯახის გაძლიერების, განათლების და ინფორმირებულობის ამაღლებისთვის დახმარება ესაჭიროებათ. [49, 82, 147, 129]. გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია (UNCPRD) სახელმწიფოს სოციალური დაცვის ვალდებულებას უკავშირებს სოციალურ თანადგომას და მხარდაჭერას, რომელიც მიმართული უნდა იყოს მიმღებთა ყველა ჯგუფის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისა და სოციალური უსაფრთხოებისაკენ. აღნიშნული მიდგომის საპირისპიროდ, საქართველოში მოქმედი სოციალური დაცვის პოლიტიკა ვერ უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ უსაფრთხოებასა და სიღარიბის პრევენციას.

ამრიგად, ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის პროგრამის მიზანი არის სოციალური სამართლიანობის, თანასწორობისა და სოლიდარობის პრინციპებზე დამყარებული პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური სისტემის შექმნის ხელშეწყობა.

ადამიანის კეთილდღეობაზე დაფუძნებული სახელმწიფო პოლიტიკის შექმნის, რესურსების სამართლიანი გადანაწილების პრინციპების დამკვიდრებისა და განვითარების თანაბარი შესაძლებლობების შექმნის ხელშეწყობისათვის, სახელმწიფოს მიზანია იმუშაოს სოციალური უფლებების დაცვის სისტემის განვითარებისა და სოციალური პოლიტიკის საკითხების გაძლიერების მიმართულებით. ქვეყნის სოციალური დაცვის სისტემა ვითარდება არამხოლოდ მისი ეკონომიკური დონის შესაბამისად, არამედ ქვეყნის ისტორიის, კულტურისა და დემოგრაფიული მაჩვენებლების გათვალისწინებით (გრაფიკი 7).[10,155].

გრაფიკი 7: ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებელი, შობადობა, 65 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობა. 2017-2018



წყარო: World Bank, Population: Structure, Dynamics. 2020

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანი

საქართველოს მოსახლეობის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პრობლემების შესწავლა და შეფასება; მოსახლეობის ყველა ასაკობრივი ჯგუფის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემების ეფექტურობის გაუმჯობესების სათანადო სტრატეგიისა და რეკომენდაციების შესამუშავებლად და ქვეყანაში განხორციელებული სოციალური პოლიტიკის დასახვეწად.

კვლევის ამოცანები:

1. სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემების შეფასება მსოფლიოში არსებული გამოცდილების გათვალისწინებით. განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების შეფასება სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სფეროში.
2. საქართველოში განხორციელებული სოციალური პროგრამების ეფექტურობის შესწავლა და შეფასება.
3. მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი და სოციალური ჯგუფისათვის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემის ხელმისაწვდომობის შესწავლა და შეფასება.
4. სოციალური გარემოს და სოციალური მარკერების კომპლექსური შესწავლა და შეფასება.
5. სოციალურად დაუცველი ფენის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პარამეტრების შესწავლა და შეფასება.

თავი 2

კვლევის მასალა და მეთოდები

სადისერტაციო კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იყო აღწერილობითი და ანალიზური კვლევის მეთოდები. პირველ ეტაპზე ჩატარდა ლიტერატურის მიმოხივლა და მონაცემთა შესაბამისი ანალიზი სხვადასხვა ქვეყნების სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემების მოწყობისა და მათი გამოცდილების შეფასებისთვის. კვლევის მასალას წარმოადგენდა სამედიცინო ლიტერატურის საძიებო სისტემების (Medline, Pubmed და სხვა) დახმარებით მოპოვებული სტატიების და ნაშრომები. მონაცემთა ძიება განხორციელდა ქართულ, რუსულ და ინგლისურ ენებზე. კვლევის დანარჩენი ამოცანების განსახორციელებელი მასალა მოპოვებული იქნა ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული რაოდენობრივი და ხარისხობრივი კვლევებით. სადისერტაციო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევა შედგებოდა სამი ძირითადი ეტაპისგან:

- პირველს მიეკუთვნებოდა ქვეყანაში არსებული პროგრამული და სხვა მონაცემების ექსპერტული ანალიზი და შეფასება. მონაცემთა წყაროებს წარმოადგენდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის; საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის; საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს და სხვა სახელმწიფო უწყებების მიერ გამოქვეყნებული საორგანიზაციო-ნორმატიული მასალები და ანგარიშები. ჩატარდა პროგრამული მონაცემების მეორადი ანალიზი, გამოთვლილი იქნა სხვადასხვა რაოდენობრივი მაჩვენებლები: სხვადასხვა პარამეტრების სიხშირული და პროცენტული განაწილება, განგრძობითი მონაცემების მედიანური და საშუალო მნიშვნელობები და საშუალო სტანდარტული გადახრა, სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პარამეტრების მნიშვნელობის პროცენტული ცვლილებები დროში შეფასების მიზნით. დამატებითი ანალიზისთვის გამოყენებული იყო ბი და

მულტივარიაციული ანალიზის და მონაცემთა გრაფიკული ვიზუალიზაციის მეთოდები.

➤ **კვლევის მეორე ეტაპი წარმოადგენდა ორ საფეხურიან რაოდენობრივ კვლევას.** რესპოდენტები შერჩეული იყო თბილისში და რეგიონებში, მათი სოციალური რისკებისა და სოციალურ პროგრამებში მონაწილეობის შესაბამისად. რესპოდენტები მოძიებული იქნა დევნილთა კომპაქტურად ჩასახლებულ რეგიონებში, ასევე გათვალისწინებული იყო უნარშეზღუდული სტატუსის მქონე მონაწილეები და სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის მონაწილეები. შერჩევითვის გამოყენებული ორ საფეხურიანი კლასტერული შერჩევის მეთოდი, პირველ საფეხურზე შემთხვევითი შერჩევის წესით შერჩეული იქნა რაიონულ დონეზე არსებული გეოგრაფიული არეალები (კლასტერები) და გაიმართა მოლაპარაკება შესაბამის სოციალური მომსახურების დაწესებულებებთან ან ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებთან. მეორე საფეხურზე ასევე შემთხვევითი შერჩევის წესით მოხდა შერჩეულ დაწესებულებაში რესპოდენტების შერჩევა მარტივი შემთხვევითი შერჩევის მეთოდის გამოყენებით. რესპოდენტების შერჩევა ხდებოდა სხვადასხვა დღეს სერვისის მისაღებად მოსულ რესპოდენტებს შორის 0-დან 9-მდე რიცხვიანი რანდომული ცხრილის გამოყენებით. შერჩეული რესპოდენტის გამოკითხვა ხდებოდა ადგილზე ან და მისთვის სასურველ დროს და ადგილზე კვლევის მიზნების გაცნობისა და მისგან კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის მიღების შემდეგ. თავდაპირველად კვლევისთვის შედგენილი იქნა საკვლევი პოპულაციის შერჩევის ჩარჩო 1 600 რესპოდენტზე, რომელიც შემდგომი საფეხურის შერჩევით დაყვანილი იქნა 960 რესპოდენტზე. საბოლოოდ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 850 რესპოდენტმა, ხოლო პირველი კონტაქტისას კვლევაში მონაწილეობაზე უარის მაჩვენებელმა შეადგინა 106 (12,4 %) რესპოდენტი.

○ **კვლევის ძირითად ინსტრუმენტს** წარმოადგენდა დისერტანტის მიერ შემუშავებული ანონიმური თვით-ადმინისტრირებადი ნახევრად-სტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც შედგებოდა 70 კითხვისგან. კითხვარი

მოიცავდა ოთხ ბლოკს, პირველი ბლოკი იყო დემოგრაფიული მონაცემების ბლოკი, მეორე ბლოკი მოიცავდა ინფორმაციას რესპოდენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სამედიცინო მომსახურებით ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების შესახებ, მესამე ბლოკი მოიცავდა სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო კომპანიების მომსახურების გამოყენებისა და მისი ხარისხის შესახებ, მეოთხე ბლოკი კი მოიცავდა ინფორმაციას რესპოდენტის ფინანსური და სოციალური მდგომარეობის, მის მიერ სოციალური პროგრამების და სერვისების გამოყენებას და ამ სერვისების ხარისხს და კმაყოფილებას.

○ **კვლევის მეორე ეტაპი დაიწყო 2018 და დასრულდა 2019 წელს.**

- კვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემების დამუშავება მოხდა აღწერილობითი და ანალიზური სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით. მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებული იყო სტატისტიკური პროგრამა R for Widnows [23]. პირველ ეტაპზე ჩატარდა მონაცემთა გაწმენდა და მონაცემთა კოდირება. შემდეგ ეტაპზე განხორციელდა მონაცემთა ანალიზი აღწერილი და ანალიზური სტატისტიკის გამოყენებით. შესწავლილი იქნა რეგისტრირებულ შემთხვევათა დემოგრაფიული მახასიათებლები. გამოთვლილი იყო მონაცემთა სიხშირული განაწილებები, ბივარიაციული ანალიზის მეთოდების გამოყენებით მოხდა კითხვარში შემავალ სხვადასხვა ბლოკის ცვლადებს შორის დამოკიდებულების შეფასება. კერძოდ კი შეფასებული იქნა დემოგრაფიული მაჩვენებლების, სოციალური მომსახურების სერვისების უტილიზაციასა და მისი ხარისხის ინდიკატორებს შორის კორელაცია და ასოციაცია. ანალიზის მიზანს წარმოადგენდა შესაძლო სარწმუნო განსხვავებების არსებობის დადგენა სხვადასხვა ასაკის, სქესის, სოციალური მდგომარეობის ადამიანებს შორის სოციალური მომსახურების უტილიზაციასა და სერვისებით კმაყოფილების შორის, ასევე აღნიშნული პარამეტრების შეფასება დედაქალაქსა და რეგიონებს შორის. გამოყენებული იყო მონაცემთა სტრატეგიკაცია ჯგუფებად და შერჩევის პოპულაცია დაიყო სუბ-ჯგუფებად დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის (სახელმწიფო/კერძო) ფლობის/სარგებლობის მიხედვით და მისი ასოციაციების

გამოვლენა დამოკიდებულ დემოგრაფიულ ცვლადებთან (მაგ. ასაკი, დასაქმებულობის სტატუსი, სქესი).

- ცვლადებს შორის დამოკიდებულების დასადგენად გამოყენებული იქნა დისკრეტული ცვლადების ანალიზის მეთოდები კერძოდ გამოვლილი იყო დამოუკიდებლობის ხი-კვადრატ კრიტერიუმი (X^2), სუბ-ჯგუფებში დამაჯერებლობის ინტერვალი წარმოადგენდა (CI) რიცხვთა წყვილს, რომელიც განსაზღვრავდა ზღვარს, რომლის შიგნით არსებობს 95%-იანი ალბათობა იმისა, რომ მოსალოდნელია ჭეშმარიტი რისკის მოხვედრა. ცალკეულ ჯგუფებში მონაცემთა შედარებისთვის გამოთვლილის იყო ფარდობითი რისკები (RR) და ბივარიაციულ ანალიზში გამოვლენილი სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლადები გამოყენებული იქნა მულტივარიაციული მოდელის შესადგენად. მულტივარიაციული მოდელის დახმარებით დადგენილი იქნა კავშირები სხვადასხვა დემოგრაფიულ და სოციალურ პარამეტრებს შორის.
- მონაცემების ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა კომპიუტერული პროგრამა R for Windows (4.0.2) და მისი სტატისტიკური ანალიზის ბიბლიოთეკები (dplyr, ggplot, stringr, readr, tidyverse). მომზადდა ავტომატურად რეგენერირებადი სტატისტიკური ანგარიშის კოდები და მოდული rmarkdown და knitr ბიბლიოთეკების გამოყენებით. სტატისტიკური სარწმუნოების დონე განისაზღვრა $P < 0.05$.
- **კვლევის მესამე ეტაპი** სადისერტაციო ნაშრომის ფარგლებში ასევე ჩატარდა ხარისხობრივი კვლევა სოციალური სერვისის მიმწოდებლების და მენეჯერების მონაწილეობით. კვლევა ჩატარდა 2020 წელს ჩადრმავებული ინტერვიუს მეთოდის გამოყენებით, რომელიც მოიცავდა ღია კითხვებს. არსებული ეპიდსიტუაციის გათვალისწინებით მონაცემები მოგროვდა ონლაინ პლატფორმის (Google Forms) გამოყენებით. შემდეგ ეტაპზე ჩატარდა მონაცემთა ხარისხობრივი ანალიზი.

მიღებული შედეგები შეჯერებული და განზოგადებული იქნა სათანადო დასკვნების გამოტანისა და რეკომენდაციების შემუშავების მიზნით, რომლებიც წარმოდგენილია შესაბამის თავებში კვლევის ამოცანების მიხედვით.

თავი 3

კვლევის შედეგები და განსჯა

აღნიშნული თავი მოიცავს კვლევის შედეგების შეფასებას და განსჯას, რომელიც წარმოდგენილია კვლევის ამოცანების მიხედვით.

პირველი ამოცანა

სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემების შეფასება მსოფლიოში არსებული გამოცდილების გათვალისწინებით. განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების შეფასება სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სფეროში.

ლიტერატურული მონაცემების ანალიზის ცხადყოფს, რომ კარგად განვითარებული სოციალური დაცვის და სოციალური უსაფრთხოების სისტემის არსებობა ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთი მთავარი პირობაა. ეს სისტემები უზრუნველყოფს ქვეყნების მოსახლეობას ადექვატური პირობებით და ეფექტურად იცავს მათ სოციალურ რისკებს შესაბამისი საჭიროების შემთხვევაში. ბევრ ქვეყანაში სოციალური უსაფრთხოება წარმოადგენს სოციალური დაცვის ნაწილს, რომელიც ხშირად სავალდებულო ხასიათისაა და ექვემდებარება შესაბამისი კანონმდებლობით რეგულირებას. დღეისათვის, განვითარებული ქვეყნის წარმატებული სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემა ეფუძნება შემდეგ ძირითად პრინციპებს: ინკლუზიურობის უზრუნველყოფა, სოციალური რისკების პრევენცია, პროდუქტიულობის გაზრდა და სისტემური მიდგომა. აღნიშნული სისტემების და პრინციპების ეფექტური განხორციელება სახელმწიფოს პრეროგატივაა და მოითხოვს დახვეწილ საკანონმდებლო და ტექნიკურ ბაზას მოსახლეობის კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად. სოციალური დაცვის სისტემების უმრავლესობა მოიცავს ოთხ ძირითად კომპონენტს: სოციალური დაზღვევა, სოციალური დახმარება, სოციალური კომპენსაცია, სოციალური მაშველი ბადაე. აღნიშნული კომპონენტების მიხედვით ხდება ბენეფიციართა რანჟირება და შესაბამისი სერვისის მიწოდება მათი საჭიროების

მიხედვით. სოციალური დაცვის მნიშვნელოვანი კომპონენტია ჯანდაცვის საჭიროებების მოცვა და მათი უზრუნველყოფა არსებული მოთხოვნების შესაბამისად.

ევროკავშირის ქვეყნებში სოციალური დაცვის სისტემის და პროგრამების მნიშვნელოვან კომპონენტებს წარმოადგენს: დასაქმების და შემოსავლების დაცულობა, საპენსიო სისტემის მდგრადობა, სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა, მაღალ ხარისხიანი და მდგრადი ჯანდაცვის სერვისების ჩამოყალიბება. ჯანდაცვის კომპონენტი ასევე ითვალისწინებს ევროკავშირში შემაჯავალი ქვეყნების რეგულაციებს მოსახლეობის ასაკოვანი ნაწილის მაღალი ხარისხის და ხანგრძლივი ჯანდაცვის სერვისებით და მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, რომელთა წილი ყველაზე მაღალია სოციალური და ჯანდაცვის სერვისების დანახარჯებში. ევროკავშირის ქვეყნების სოციალური და ჯანდაცვის უზრუნველყოფის სისტემები დაფუძნებულია სოციალური სოლიდარობის, თანაბარი ხელმისაწვდომობის და სამართლიანობის პრინციპებზე. ქვეყნების ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად იზრდება სოციალური დაცვის სისტემების დაფინანსება ეფექტურობა, თუმცა ამ პროცესში კვლავ მთავარ გამოწვევად რჩება მოსახლეობის მზარდი დაბერება, ეკონომიკური შოკები და კრიზისები, რის გამოც ზოგიერთი ქვეყანა იძულებული ხდება შეამციროს ჯანმრთელობის დაცვის, როგორც ყველაზე ძვირადღირებული ნაწილის დაფინანსების წილი. სოციალური დაცვის ევროპული მოდელები ძირითადად დაფუძნებულია ფუნდამენტურ სამოქალაქო უფლებებზე, რაც მაღალი ხარისხის განათლებას, ღირსეულ სამუშაო პირობებს, უმუშევრობის დაძლევას და სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებულ საპენსიო სისტემებს მოიცავს.

ამერიკის შეერთებული შტატების მოდელი რამდენადმე განსხვავდება ევროკავშირის სოციალური დაცვის მოდელისაგან თავისი დიზაინით, თუმცა ძირითადი პრინციპები ერთია. მრავალი სახელმწიფო პროგრამა არსებობს ამერიკის შეერთებული შტატების მოსახლეობის სოციალური და ეკონომიკური მდგრადობის და მათი გადარიბების თავიდან აცილების უზრუნველსაყოფად. ბოლო რამდენიმე ათეული წლის მანძილზე ამერიკის შეერთებულმა შტატებმა (აშშ) წარმატებით უზრუნველყო, სოციალური და

ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ყველაზე ძვირადღირებული კომპონენტები, როგორცაა მოხუცთა და შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და მათი დაცვა მძიმე ფინანსური სირთულეებისგან. ქვეყანას აქვს კარგად განვითარებული შინმშობლის, ჯანდაცვის სერვისებით და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტები, რომელიც ასევე მოიცავს კვებით და სხვა სოციალური საჭიროებებით უზრუნველყოფასაც.

ბევრ განვითარებულ ქვეყანას: სკანდინავიის ქვეყნებს, იაპონიას, ავსტრალიას და სხვა გააჩნია სახელმწიფო სოციალური დაცვის პროგრამები. ეს პროგრამები მოსახლეობის სავალდებულო სოციალური გადასახადებიდან ფინანსდება და სოციალური სოლიდარობისა და თანასწორობის პრინციპებით ემსახურება მოსახლეობას შესაბამისი საჭიროების დადგომისას. განვითარებული ქვეყნების მთავარ პრობლემას წარმოადგენს, მოსახლეობის დაბერება და შესაბამისი დანახარჯების მუდმივი ზრდა, რამაც შეიძლება შექმნას სოციალური და ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსების რისკები.

პირველი ამოცანის კვლევის შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ საქართველოს სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პროგრამების განვითარების ძირითადი პრინციპები ემყარება განვითარებული ქვეყნების მიერ დანერგილ პროგრამებში გამოყენებულ პრინციპებს. ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების მოთხოვნების მიხედვით ქვეყნის სოციალური და ჯანდაცვის სტრატეგიები იზიარებს ევროკავშირის ქვეყნებში არსებულ შესაბამის სტრატეგიებს და ქვეყანაში არსებული პროგრამები ეფუძნება მათ ძირითად მოთხოვნებს.

მეორე ამოცანა

საქართველოში განხორციელებული სოციალური პროგრამების ეფექტურობის შესწავლა და შეფასება.

საქართველოში მრავალი სოციალური პროგრამა დაინერგა და განხორციელდა, რომელთა მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის სოციალური უსაფრთხოებისა და სოციალური დაცვის უზრუნველყოფა. ჩვენს მიერ შეფასებული იქნა სოციალური სისტემის განვითარების ძირითადი სტრატეგიები და მათი განხორციელებისთვის დანერგილი სოციალური პროგრამების ეფექტურობა.

სოციალური უსაფრთხოება და მისი განვითარების სტრატეგიები საქართველოში.

ქვეყანაში არსებული შესაბამისი მონაცემების ექსპერტული ანალიზით დგინდება, რომ საქართველოს მთავრობის მიერ შემუშავებულია ეროვნული სტრატეგიები, სადაც ყურადღება გამახვილებულია სოციალური უსაფრთხოებისა და სოციალური სამართლიანობის პრინციპების დამკვიდრების მნიშვნელობაზე. ამავდროულად, სოციალური სამართლიანობის დანერგვის ერთ-ერთ მთავარ პირობას ქვეყანაში ეკონომიკური სიღუბის დაძლევა და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების გაუმჯობესება წარმოადგენს. რომელთა განსახორციელებლად აუცილებელია მოსახლეობის უმუშევრობის შემცირება და ღირსეული შრომის პირობებით უზრუნველყოფა, ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი განათლება, ხარისხიანი ჯანდაცვის პროდუქტებით და ძირითადი სოციალური პაკეტებით უზრუნველყოფა.

ქვეყნის სამომავლო განვითარების ხედვები დაფუძნებულია ეკონომიკური სტაბილურობის, სიღარიბის დაძლევის, სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობის, მარგინალიზაციის პრევენციისა და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესებაზე.

სოციალური დაცვის სამსახურების სტრუქტურა და რეგულაციები

ქვეყანას გააჩნია შესაბამისი ძირითადი სტრუქტურული და ფუნქციური მახასიათებლები, რათა უზრუნველყოს ჯანდაცვისა და სოციალური განვითარების

მიხედვით არსებული პრიორიტეტული მიმართულებების განხორციელება. საქართველოს პარლამენტში არსებობს ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი, რომელიც წარმოადგენს ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხებზე მომუშავე მთავარ ორგანოს. აღნიშნული კომიტეტი კოორდინაციას უწევს ქვეყნის განვითარებისთვის პრიორიტეტულ მიმართულებებს.

ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა საშინაო და საგარეო პოლიტიკა განისაზღვრება საქართველოს პარლამენტის შესაბამისი რეგლამენტებით, გაწერილია საქართველოს კონსტიტუციაში და კონტროლდება შესაბამისი კომიტეტის და მასთან დაკავშირებული სტრუქტურული ერთეულების მიერ.

IX მოწვევის პარლამენტის ბიუროს დამტკიცებული დებულების თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვის, დასაქმებისა და შრომითი ურთიერთობების, დედათა და ბავშვთა დაცვის, ოჯახის განვითარების, ხანდაზმულთა, ვეტერანთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) პირთა საკითხების გადაწყვეტის ხელშეწყობა [1].

საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის კომიტეტი უფლებამოსილია, მონაწილეობა მიიღოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმირება, რეორგანიზაცია და რესტრუქტურისაციის პროცესში. ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების შესაბამისად ქვეყანა გეგმავს კანონმდებლობაში არსებული შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური ღონისძიებების კიდევ უფრო გაფართოებას და დაახლოებას გაეროს კონვენციების მოთხოვნებთან და მდგრადი განვითარების მიზნებთან.

საქართველოს როგორც სოციალური სახელმწიფოს კანონმდებლობის მთავარი მოთხოვნები დაფუძნებულია: ქვეყნის მთელს ტერიტორიაზე სოციალური თანასწორობისა და სოციალური სოლიდარობის პრინციპებზე, მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, განათლების, კულტურული და სპორტული განვითარებისა და კულტურული მემკვიდრეობის დაცვის უზრუნველყოფის პრინციპებზე.

კონსტიტუციით და საპარლამენტო დადგენილებებით განსაზღვრული მოთხოვნების მიხედვით ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის კომიტეტი წარადგენს ძირითად ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამებს, რომელსაც შემდგომ ამტკიცებს ქვეყნის პარლამენტი. საქართველოში სოციალური მომსახურებების დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის არსებობს შესაბამისი სამსახურების სტრუქტურა, რომელსაც სოციალური მომსახურების სააგენტო ეწოდება. სოციალური მომსახურების სააგენტო ადმინისტრირებას უწევს რამდენიმე ათეულ სოციალურ და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას.

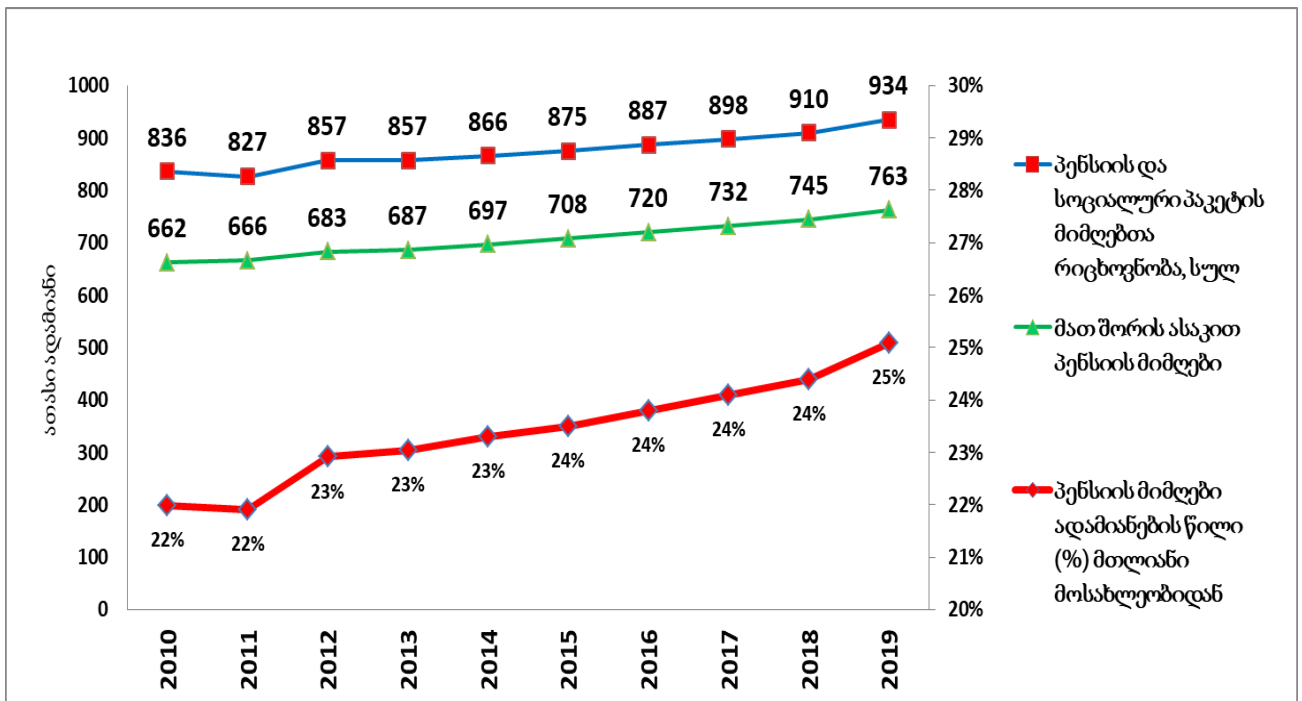
სოციალური მომსახურების სააგენტო განკარგავს სოციალური მომსახურების ბიუჯეტს, რომელიც მიმართულია სხვადასხვა მომსახურებისა თუ დახმარების საჭიროების მქონე კონტინგენტის: სოციალური გასაცემლებით, ჯანდაცვისა და სოციალური სახელმწიფო პროგრამებით მაქსიმალური უზრუნველყოფისკენ.

სოციალურ გასაცემლებს მიეკუთვნება: სახელმწიფო პენსია, სოციალური დახმარება, ჯანმრთელობის დაზღვევა, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირთა სათანადო უზრუნველყოფა, მზრუნველობამოკლებული ბავშვების მეურვეობა-მზრუნველობა და სხვა სოციალური საკითხები.

სოციალური მომსახურების სააგენტო და მისი რეგიონული მომსახურების ოფისები უზრუნველყოფს სერვისების ხელმისაწვდომობას მთელი ქვეყნის მასშტაბით და ყოველთვიურად ემსახურება საქართველოში მცხოვრები მოსახლეობის თითქმის მესამედს. სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემებით, სახელმწიფო დაფინანსებით სააგენტო საქართველოს მოქალაქეთა 25%-ზე მეტს უზრუნველყოფს უფასო სამედიცინო დაზღვევით, რაც ბენეფიციართა სრულყოფილ სამედიცინო მომსახურებას მოიცავს. გარდა სოციალური მომსახურებისა, სააგენტო წარმოადგენს მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს, მისი ზრუნვის ობიექტები არიან მზრუნველობამოკლებული ბავშვები და შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე პირები, რომელთაც სააგენტო ეხმარება საზოგადოებაში სრულფასოვან ინტეგრაციაში და უზრუნველყოფს შესაბამისი შეღავათებით და საჭირო მომსახურებებით.

არსებული სოციალური პროგრამების შეფასებისთვის გაანალიზებული იქნა სოციალური სააგენტოს მონაცემები. სააგენტოს 2010-2019 წლების წლიური ანგარიშებისა და სტატისტიკური მონაცემების ანალიზით დგინდება, რომ საპენსიო და სოციალური პაკეტის მიმღებთა ყოველწლიური მაჩვენებლები მცირედით არის გაზრდილი. 2019 წელს, 2010 წელთან შედარებით აღნიშნული პაკეტის მიმღებთა რიცხოვნობა 3,0% - ით გაიზარდა, რაც ძირითადად განპირობებულია ასაკით პენსიის მიმღებთა რაოდენობის ზრდით. აღსანიშნავია, რომ პენსიისა და სოციალური პაკეტის მიმღებთა რაოდენობიდან ასაკით პენსიის მიმღები მოსახლეობის წილი დაახლოებით 80 % - ს შეადგენს, ხოლო 20 % ანუ ყოველი მეხუთე ბენეფიციარებს წარმოადგენენ ის სოციალურად დაუცველი მოქალაქეები, რომლებსაც სოციალური პაკეტებით მუდმივი დახმარება ესაჭიროებათ (გრაფიკი 8).

გრაფიკი 8. პენსიის და სოციალური პაკეტის მიმღებთა რიცხოვნობა ათასი ადამიანი და მათი პროცენტული წილი მთლიანი მოსახლეობიდან 2010-2019 წწ.



ამავდროულად, საქსტატის მონაცემებით 2019 წელს 2010 წელთან შედარებით მოსახლეობის საერთო რიცხვი შემცირდა 1,76% - ით, რაც კიდევ ერთხელ უსვავს ხაზს მოსახლეობის სტრუქტურაზე მიგრაციის მაღალი მაჩვენებლისა და სიცოცხლის საშუალო მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის გავლენას.

საქართველოში მოქმედი სოციალური დაცვის პროგრამების და პაკეტების შეფასება.

საქართველოში მოქმედებს მრავალფეროვანია სოციალური დაცვის პროგრამები და პაკეტები, რომლებიც მიზნად ისახავს მოსახლეობის სოციალურ დაცვასა და სოციალურ უსაფრთხოებას. ეს პროგრამები მიმართულია მოქალაქეთა გარკვეულ ჯგუფებზე შესაბამისი საჭიროების მიხედვით. სოციალური მომსახურების სააგენტო ემსახურება ქვეყანაში არსებულ პროგრამებს, რომლებიც სამ ძირითად მიმართულებაში ერთიანდება, ესენია: სოციალური პროგრამები, ჯანდაცვის პროგრამები და სახელმწიფო გასაცემელი. აღნიშნული პროგრამები თავის მხრივ იყოფა დამატებით ქვეპროგრამებად, რომლებიც მიმართულია არსებული ჯანმრთელობის და სოციალური საჭიროებების მიხედვით.

კვლევის ფარგლებში დეტალურად იქნა შეფასებული არსებული სოციალური პროგრამების, მათი ქვეპროგრამების მახასიათებლები და მათი ეფექტურობა. ძირითადი სოციალური პროგრამის შეფასებით დგინდება, რომ თავის მხრივ სოციალური პროგრამები იყოფა სამ ძირითად მიმართულებად: ფულადი სოციალური დახმარება (საარსებო შემწეობა), დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა და დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა მაღალმთიან დასახლებაში მუდმივად მცხოვრები პირებისთვის.

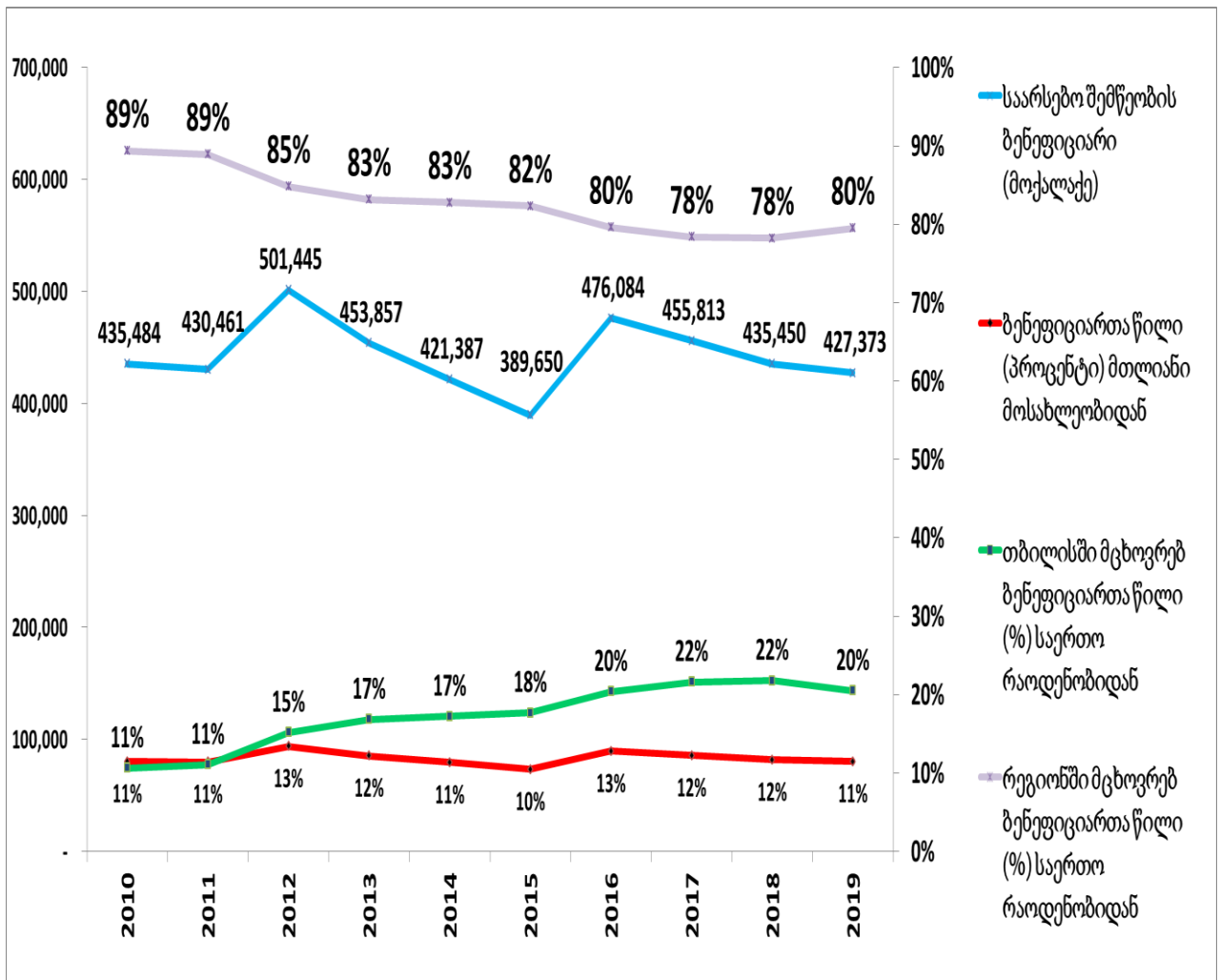
ფულადი სოციალური დახმარების პროგრამა (საარსებო შემწეობა)

ფულადი იგივე მიზნობრივი სოციალური დახმარება (საარსებო შემწეობა) წარმოადგენს გასაცემელს, რომლის მიზანია შეფასების სისტემით იდენტიფიცირებული ლატაკი ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება, ქვეყანაში სიღატაკის დონის შემცირება ან/და მისი პრევენცია. არსებობს საარსებო შემწეობის გაცემის შეფასების სპეციალური მეთოდოლოგია, რომელიც შემუშავებული იქნა 2005 წელს, იგი რამდენჯერმე შეიცვალა და 2015 წელს ჩამოყალიბდა დღეს არსებული ფორმით. შეფასების და დახმარების პოტენციური ბენეფიციარის იდენტიფიცირებისთვის აუცილებელია არსებობდეს ისეთი მეთოდოლოგია, რომელიც სწორად განსაზღვრავს დახმარების საჭიროების მქონე პირებს და უზრუნველყოფს მათთვის მარტივ და კომფორტულ ჩართულობას სოციალური დახმარების გაცემის პროგრამაში. პროგრამის ეფექტურობის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს შეფასების მეთოდოლოგიის სწორად გამოყენება ტრენირებული პერსონალის მიერ და მისი შემდგომი მონიტორინგი. არსებული მეთოდოლოგიის მიხედვით, შესაბამისი სოციალური მუშაკი აგროვებს შესაფასებელი ოჯახის მონაცემებს და ერთიან მონაცემთა ბაზაში შეტანის შემდეგ, კომპიუტერული პროგრამის მიერ ხდება სარეიტინგო ქულების დაანგარიშება. მიღებული ქულების მიხედვით დაანგარიშდება გასაცემი შემწეობის რაოდენობა, თუ სარეიტინგო ქულა :

- 30 001-ზე ნაკლებია - საარსებო შემწეობა გაიცემა 60 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე;
- 30 001 და მეტი, მაგრამ ნაკლებია 57 001 ქულაზე - საარსებო შემწეობა გაიცემა 50 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე;
- 57 001 და მეტი, მაგრამ ნაკლებია 60 001 ქულაზე - საარსებო შემწეობა გაიცემა 40 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე;
- 60 001 და მეტი, მაგრამ ნაკლებია 65 001 ქულაზე - საარსებო შემწეობა განისაზღვრება 30 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე;
- 100 001-ზე ნაკლებია: 100 001-ზე ნაკლები ქულის მქონე ოჯახი, ყოველ 16 წლამდე ასაკის წევრზე მიიღებს 50 ლარის ოდენობის შემწეობას.

დღეისათვის, სოციალური დახმარების პროგრამა წარმოადგენს ეფექტურ პროგრამას. საქართველოში საარსებო შემწეობის მიმღები მოქალაქეების რაოდენობა საკმაოდ მაღალია და 2010 – 2019 წლებში საქართველოს მთლიანი მოსახლეობის 11 % - დან 13 % - მდე მერყეობს. (გრაფიკი - 9).

გრაფიკი 9. საარსებო შემწეობის ბენეფიციარი მოსახლეობა, მათი გეოგრაფიული განაწილება (თბილისი და რეგიონი) და პროცენტული წილი ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობიდან 2010-2019 წწ.



აღნიშნული პროგრამა მოქმედებს მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა აღინიშნება საარსებო შემწეობის ბენეფიციართა გეოგრაფიული განაწილების ცვლილება 10 წლიან დინამიკაში რეგიონების მიხედვით. კერძოდ 2010 წელს ბენეფიციართა მხოლოდ 11 % იყო თბილისის მცხოვრები და შესაბამისად 89 % მოდიოდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონზე, მაგრამ 2012 წლიდან იწყება თბილისში მცხოვრები საარსებო შემწეობის ბენეფიციართა პროცენტული წილის ზრდა და 2019 წლისთვის საარსებო შემწეობით მოსარგებლეთა 20 % - ს თბილისში მცხოვრები მოქალაქეები წარმოადგენენ. ამგვარად, საარსებო შემწეობის მიმღები ბენეფიციარების რაოდენობა ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 11 % - ს შეადგენს და 10 წლიან დინამიკაში იზრდება საარსებო შემწეობის მიმღები მოსახლეობის წილი დედაქალაქში. სოფელში და ქალაქში მცხოვრები საარსებო

შემწეობის ბენეფიციართა განაწილების შესწავლისას დგინდება, რომ ბენეფიციართა შორის სოფლის მოსახლეობის წილი მცირედით (< 10%) აღემატება ქალაქის მოსახლეობის იგივე მაჩვენებელს, თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ დინამიკაში აღინიშნება სოფლის მოსახლეობის წილის შემცირება და ქალაქის მოსახლეობის წილის უმნიშვნელო ზრდა (ცხრილი 4).

ცხრილი 4. საარსებო შემწეობის მიმღები ბენეფიციარების რაოდენობა და პროცენტული სტრუქტურა, ქალაქსა და სოფელში 2014-2019 წწ.

	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	რაოდ.		რაოდ.		რაოდ.		რაოდ.		რაოდ.		რაოდ.	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
შემწეობის მიმღები ოჯახები (ათასი)												
ქალაქი	61.4	43.3	54.3	43.4	66	46.1	64.5	49	62.3	48.8	55.82	46.7
სოფელი	80.4	56.7	71	56.6	77	53.9	67	51	65.5	51.2	63.77	53.3
ჯამი	141.8		125.3		143		131.5		127.8		119.59	
შემწეობის მიმღები მოსახლეობა (ათასი)												
ქალაქი	171.7	40.7	159.8	41	202.2	42.5	200.9	44.1	192.1	44.1	180.85	42.3
სოფელი	249.7	59.3	229.9	59	273.9	57.5	254.9	55.9	243.3	55.9	246.53	57.7
ჯამი	421.4		389.7		476.1		455.8		435.4		427.38	

საარსებო შემწეობის ბენეფიციართა ასაკობრივი სტრუქტურის შესწავლით დგინდება, რომ მათი უმრავლესობა (35 % - დან 37 % - მდე) მოდის 20 წლამდე ასაკის პირებში, ხოლო

25 %-მდე 30-50 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში, ყველას სხვა ასაკობრივ ჯგუფში ნაკლებია 10 % ზე (ცხრილი 5).

ცხრილი 5. საარსებო შემწეობის მიმღები ბენეფიციარების პროცენტული სტრუქტურა ასაკის მიხედვით 2014-2019 წწ.

ასაკ. ჯგუფი (წელი)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-10	14.1	15.8	17.9	19.2	18.9	20.2
10-20	14.2	14.7	15.4	16.1	16.6	17.3
20-30	11.3	11	10.9	10.4	9.8	9.5
30-40	12.2	12.8	13.7	14.2	14	14.4
40-50	11.4	11.4	11.3	11.3	11.3	11.2
50-60	11.9	11.4	10.5	9.9	9.8	9.3
60-70	8.8	8.8	8.5	8.3	8.7	8.5
70-80	10.2	8.7	7.1	6.3	6.1	5.5
80+	5.9	5.3	4.6	4.3	4.6	4.1
სულ	100	100	100	100	100	100

ბენეფიციართა 45 %-ს შეადგენდა კაცები და 55%-ს ქალები, იგივე ტენდენცია შეინიშნებოდა რეგიონების და სქესის მიხედვით ბენეფიციართა განაწილების შეფასებისას. ბენეფიციართა 69% - ის ოჯახი შედგება 5 წევრზე ნაკლებისაგან, ხოლო 31% - ში კი ბენეფიციარის ოჯახი შედგება 5 და მეტი წევრისგან. მონაცემთა დინამიკაში

შესწავლა აჩვენებს, რომ ბენეფიციართა შორის 5 და მეტსულიანია ოჯახების პროცენტული წილი იმატებს.

დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა.

პროგრამა შექმნილია მოსახლეობის შობადობის გაუმჯობესების მიზნით, მესამე და მომდევნო შვილების შემთხვევაში სახელმწიფოსგან ფინანსური მხარდაჭერის აღმოჩენის გზით. პროგრამა ხორციელდება იმ რეგიონებში, სადაც წლიური ბუნებრივი მატების საშუალო დადებითი მაჩვენებელი არ ფიქსირდება, ან ნაკლებია 200-ზე. ფინანსური მხარდაჭერა ხორციელდება ყველა იმ ბავშვისთვის, რომლებიც დაბადების დღის მდგომარეობით, არის თავისი ბიოლოგიური დედის რიგით მესამე, ან შემდეგი ცოცხლად შობილი შვილი. 2019 წლის მდგომარეობით სახელმწიფო ფინანსური მხარდაჭერა ხორციელდება საქართველოს 7 რეგიონში და გადაეცემა სულ 7 017 ოჯახს, რომელთა 36% (2 517 ოჯახი) მოდის იმერეთის რეგიონზე, კახეთის რეგიონზე მოდის 25% (1 767 ოჯახი) და სამეგრელო ზემო სვანეთი რეგიონზე კი 21% (1 497 ოჯახი). საქართველოს 5 რეგიონში: თბილისი, შიდა და ქვემო ქართლი, აჭარა და აფხაზეთი აღნიშნული პროგრამა არ ფუნქციონირებს.

შემდეგი არის დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა მაღალმთიანი რეგიონებისათვის, რომელიც ემსახურება შობადობის გაუმჯობესებას მატერიალური წახალისების გამოყენებით მაღალმთიან რეგიონებში. აღნიშნული პროგრამის ბენეფიციარები არიან მაღალმთიანი რეგიონის მცხოვრები 2016 წლის 1 იანვრიდან დაბადებული ბავშვები, რომელთა თუნდაც ერთი მშობელი არის რეგისტრირებული მაღალმთიან რეგიონში.

აღნიშნული პროგრამის მუშაობის პერიოდში 2016-დან 2019 წლამდე ერთ ან მეტ-შვილიანი, მაღალმთიანი რაიონში მცხოვრები ოჯახების რაოდენობა გაიზარდა 39 % - ით, 3 174 - დან 4 416 მდე. ამ პროგრამის ბიუჯეტი კი 2016 წლიდან 2019 წლამდე 76 % - ით გაიზარდა, 1 828 800 - დან 7 637 900 ლარამდე. ეს მონაცემები ადასტურებს, რომ პროგრამა საკმაოდ ეფექტურია და მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია საკმაოდ მოკლე პერიოდში.

საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის პროგრამები

საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის პროგრამები საკმაოდ მრავალფეროვანია და მოიცავს რამდენიმე ძირითად მიმართულებას;

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.
- ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, მათ შორის ვერტიკალური პროგრამები:
 - აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამა
 - ტუბერკულოზის მართვის პროგრამა
 - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა
 - ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამა
 - დედათა და ბავშვთა პროგრამა
 - დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამა
 - დიალიზის და თირკმლის ტრანსპლანტაციის პროგრამა
 - ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა
 - სასაწრაფო დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება
 - იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პირთა პროგრამა
 - რეფერალური მომსახურების პროგრამა
 - სამხედრო ძალებში გასაწვევ პირთა შემოწმების პროგრამა
 - C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამა
 - სპეციფიური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა
 - საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით გათვალისწინებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა
 - ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურების პროგრამა

აღნიშნული პროგრამები წარმოადგენს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის ძირითად პროგრამებს, მათგან ყველაზე უფრო ფართოა საყოველთაო ჯანდაცვის

პროგრამები, რომლებიც მოიცავს სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო საჭიროებების დაფინანსებას. შემდეგ მოდის მთელი რიგი ვერტიკალური პროგრამები სხვადასხვა (აივ ინფექცია/შიდსი, C ჰეპატიტი და სხვა) ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიმართულებების და საშიში ინფექციური დაავადებების დასაფინანსებლად. ქვეყანაში მოქმედებენ პროგრამები არაგადამდები დაავადებების, მათ შორის ონკოლოგიური დაავადებების სამკურნალოდ. გარდა ამისა ქვეყანაში მოქმედებს ესენციური მედიკამენტების დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მონაპოვარია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისათვის.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გამოყოფენ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მიმართულებებს. ორივე მიმართულებაში გამოყოფილია რამდენიმე პაკეტი, რომლებიც მოიცავენ სხვადასხვა ქვე-მიმართულებებს, ისინი ასევე განსხვავდებიან მიზნობრივი ჯგუფებით და დაფინანსების ზომით.

ამბულატორიული სერვისები

გეგმიური ამბულატორიული პროგრამები წარმოადგენს ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სისტემის მნიშვნელოვან მიმართულებას. რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის ჩამოყალიბებასა და ფართოდ დანერგვაში. დაავადებების დროული და სწორი დიაგნოსტიკა ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემის მთავარი მიზანია, რასაც ემსახურება ამბულატორიული კვლევის პროგრამა. აღნიშნული პროგრამა ეფექტური გამოდგმა საქართველოს მოსახლეობისთვის და შესაბამისად მისი დაფინანსება გაიზარდა 45 443 900 - დან 52 847 200 - მდე და ჯამურად 16 % ით მოიმატა 2014-დან 2019-მდე (ცხრილი 6).

ცხრილი 6. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტზე გადარიცხული თანხა (1000 ლარი) კომპონენტების მიხედვით

კომპონენტი	2014	2015	2016	2017	2018	2019
------------	------	------	------	------	------	------

საყოველთაო ჯანდაცვა საბაზისო პაკეტი	31,536.00	33,393.40	33,389.90	30,357.20	29,563.70	30,014.00
ასაკობრივი ჯგუფები	6,407.10	15,149.30	16,009.00	15,930.50	13,762.40	14,430.20
მიზნობრივი ჯგუფები	7,129.70	9,469.00	8,151.80	7,471.20	7,266.50	7,951.60
საყოველთაო ჯანდაცვა ვეტერანების პაკეტი	272.3	308.7	326.7	341.5	373.8	417.2
საყოველთაო ჯანდაცვა მინიმალური პაკეტი	98.8	325.2	500.9	210.4	40.2	34.3
სულ	45,443.90	58,645.70	58,378.30	54,310.80	51,006.70	52,847.20

საყოველთაო ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტი და ასაკობრივი პაკეტები წარმოადგენს ძირითად მიმართულებებს, ორივე კომპონენტის დაფინანსებაზე მოდის მთლიანი პროგრამის 84 %. საბაზისო საყოველთაო ჯანდაცვის ამბულატორიული მიმართულება მოიცავს მთლიანი პროგრამის 57 % (30 014 000) - ს, ხოლო შემდეგ მოდის ასაკობრივი პროგრამები, რაც შეადგენს 27 % (14 430 000) - ს. აღნიშნული დაფინანსება დიანამიკაში მზარდია 2016 წლამდე, ხოლო შემდეგ მცირდება (ცხრილი 7).

ცხრილი 7. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამბულატორიული ნაწილით მოსარგებლეთა რაოდენობა კომპონენტების მიხედვით 2014 -2019 წლებში.

კონტიგენტი/კომპონენტი	2014	2015	2016	2017	2018	2019
საყოველთაო ჯანდაცვა საბაზისო პაკეტი	1,101,754	1,177,974	1,183,576	1,123,811	936,312	1,019,427
ასაკობრივი ჯგუფები	476.245	576.729	589.282	603.095	581,603	621,532
მიზნობრივი ჯგუფები	266.119	254.809	224.493	211.317	200,840	210,254
საყოველთაო ჯანდაცვა ვეტერანების პაკეტი	17.127	11.583	12.813	12.133	12,315	13,337
საყოველთაო ჯანდაცვა მინიმალური პაკეტი	15.674	34.936	45.653	3.514	3,516	3,358
ძირითადი კონტიგენტი	1,876,919	2,056,031	2,055,817	1,953,870	1,734,586	1,867,908
საყოველთაო ჯანდაცვა საბაზისო პაკეტი	580.641	607.33	628.269	590.39	464,834	470,853
ასაკობრივი ჯგუფები	200.441	241.138	264.279	278.491	274,775	282,424
მიზნობრივი ჯგუფები	267.133	257.154	232.083	201.816	191,375	200,121
საყოველთაო ჯანდაცვა ვეტერანების პაკეტი	5.819	2.82	3.342	3.474	3,798	4,010
საყოველთაო ჯანდაცვა მინიმალური პაკეტი	3.123	6.508	8.543	27		
დამატებითი კონტიგენტი	1,057,157	1,114,950	1,136,516	1,074,198	934,782	957,408
სულ	2,934,076	3,170,981	3,192,333	3,028,068	2,669,368	2,825,316

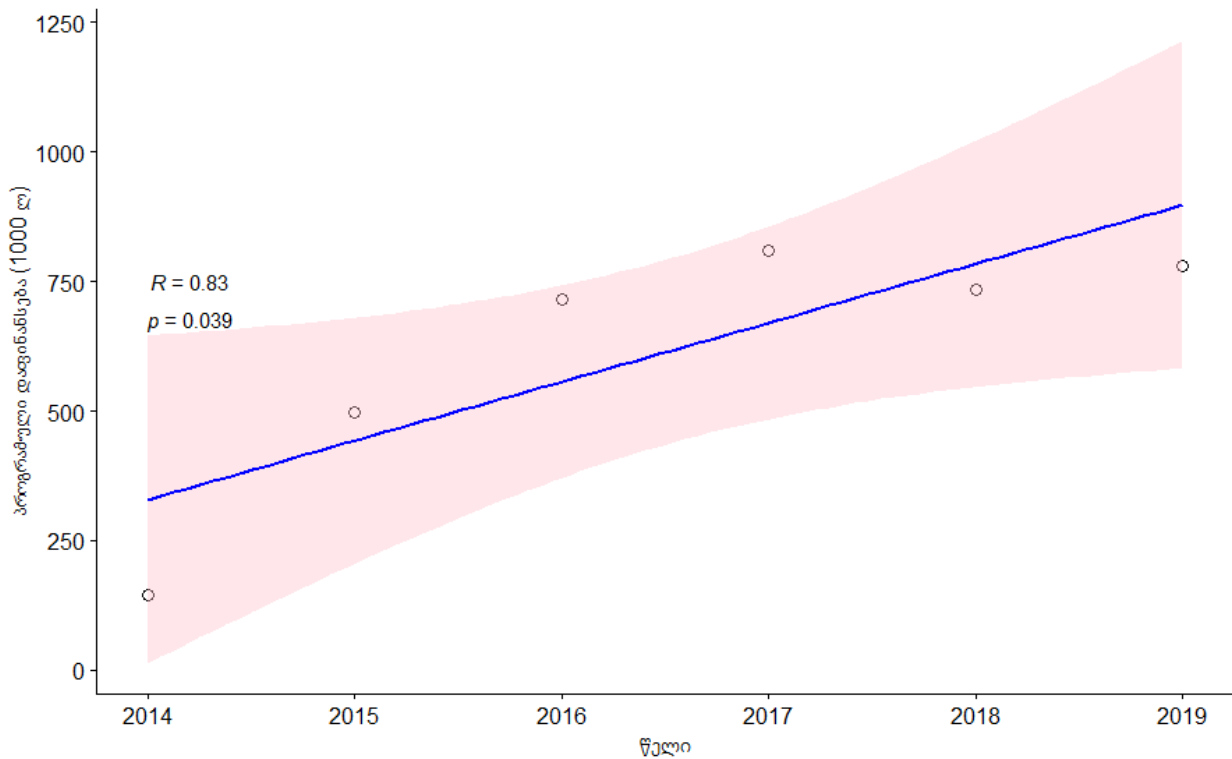
2014 დან 2017 წლამდე აღინიშნება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობის მკვეთრი ზრდა. მხოლოდ 2015 წელს 2014 წელთან შედარებით პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობა გაიზარდა 2,45 - ჯერ ანუ 245 % - ით, ხოლო 2016 წელს 2015 წელთან შედარებით პროგრამის ზრდა 0,45 - ჯერ ანუ 45 % - ით. 2019 წლის მონაცემების ანალიზით დგინდება, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა 17 % მოდის ხუთ წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე. 16 - 16 % მოდის 40 - 59 და 70 წლის და უფროს ასაკობრივ ჯგუფზე. ამავდროულად აღსანიშნავია, რომ პროგრამით მოსარგებლეთა 45 % მოდის 29 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე (ცხრილი 8).

ცხრილი 8. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

ასაკობრივი ჯგუფები	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-5	5,574	71,757	120,815	133,984	121,199	132,492
6-17	25,499	66,126	88,162	103,274	99,222	119,823
18-29	37,355	96,074	121,614	129,306	104,550	100,634
30-39	22,434	57,390	75,319	86,272	70,429	68,352
40-59	40,702	102,027	134,738	155,840	127,500	126,184
60-64	6,484	25,455	39,430	45,849	44,621	48,624
65-69	1,147	19,537	37,106	45,418	48,836	54,870
70+	4,776	58,470	98,991	110,743	117,376	127,744
სულ	143,971	496,836	716,175	810,686	733,733	778,723

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებით მოსარგებლეთა რაოდენობის დინამიკაში შესაფასებლად გამოთვლილი იყო პირსონის კორელაციის კოეფიციენტი ($R = 0.83$, $p = 0.039$), პროგრამის მოსარგებლეთა რაოდენობა დინამიკაში მნიშვნელოვნად იზრდება, რაც ამ პროგრამის საჭიროებაზე და ეფექტურობაზე მიუთითებს (გრაფიკი 10).

გრაფიკი 10. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა დინამიკა წლების მიხედვით 2014-2019 წ.წ.



საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული მედიკამენტები პროგრამა

თავისი მნიშვნელობით და სიახლით ცალკე უნდა გამოიყოს მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა, რომელიც მნიშვნელოვან მხარდაჭერას წარმოადგენს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პენსიონერ და ზოგიერთი მოწყვლადი ჯგუფების ბაზისური მედიკამენტებით უზრუნველყოფაში. ეს პროგრამა 2017 წელს 1 ივლისიდან ამოქმედდა და მიზნად ისახავს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფას სახელმწიფო დაფინანსებით. პროგრამის სამიზნე პოპულაციას წარმოადგენს მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული ოჯახები, რომელთაც აქვთ 100 000 ნაკლები ქულა. ბენეფიციარები პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტებს იღებენ სიმბოლურ ფასად – 1 ლარად. 2018 წელს პროგრამა გაფართოვდა, მას დაემატა ბენეფიციართა ახალი მიზნობრივი ჯგუფები და გაიზარდა მედიკამენტების

ასორტიმენტი. პროგრამის ბენეფიციარებს ასევე დაემატა დამატებითი ჯგუფები, მათ შორის საპენსიო ასაკის მოსახლეობა (ქალი - 60 წლიდან, მამაკაცი - 65 წლიდან), შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები და მოზრდილი შშმ პირები, ასევე, პარკინსონის დაავადებით და ეპილექსიით დაავადებული პირები. პროგრამის ფარგლებში გაიცემა 35-მდე დასახელების მედიკამენტი.

პროგრამა ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა და მისი უმეტესი კომპონენტით მოსარგებლე ბენეფიციარების რაოდენობა მუდმივად იზრდება დინამიკაში, გამონაკლისს წარმოადგენს ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამები (ცხრილი 9).

ცხრილი 9. მოსახლეობის სპეციფიური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა (ბენეფიციარების რაოდენობა)

პროგრამა	2013	2014	2015	2016	2017	2018
დიაბეტის მართვა	21,488	22,943	24,052	25,157	26,207	27,180
დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია (ორგანოგადანერგილთა იმუნოსუპრესული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი)	182	202	248	283	305	332
დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია (ჰემო და პერიტონეული დიალიზისათვის საჭირო სადიალიზე საშუალებების მასალისა და მედიკამენტების შესყიდვა და მიწოდება)	-	-	2,736	2,905	3,099	3,323
ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა	3,624	3,646	3,598	3,793	3,612	3,475
იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა	497	518	576	601	641	686
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	-	5,433	6,736	14,249	34,847	30,066
ნარკომანია ¹	-	2,037	2,219	3,139	5,761	-

მედიკამენტების პროგრამის დაფინანსება ზრდადია დინამიკაში, რაც პოზიტიურად აისახება მომხმარებელთა რაოდენობის ზრდაზე (ცხრილი 10)

ცხრილი 10. მოსახლეობის სპეციფიური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის დაფინანსება (1000 ლარი)

პროგრამა	2013	2014	2015	2016	2017	2018
დიაბეტის მართვა	490,339	564,325	632,905	693,120	775,411	821,220
დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია (ორგანოგდანერგვითა იმუნოსუპრესული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი)	440,338	539,719	623,123	703,255	828,256	778,900
დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია (ჰემო და პერიტონეული დიალიზისათვის საჭირო სადიალიზე საშუალებების მასალისა და მედიკამენტების შესყიდვა და მიწოდება) ²	-	-	1,657,532	3,399,998	3,803,827	3,281,657
ინკულაბელურ პაციენტთა პალიატიური უზრუნველობა	684,742	722,819	720,524	739,626	783,981	780,298
იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა	143,257	158,769	154,605	172,673	174,018	166,932
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	-	190,444	238,897	458,667	1,015,392	923,773
ნარკომანია	115,053	106,807	130,439	96,021	154,617	-
სულ	1,873,729	2,282,883	2,500,494	2,863,362	3,731,676	3,471,123

და კიდევ ერთხელ ადასტურებს პროგრამის ეფექტურობას.

ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების დაფინანსებით 2019 წელს ისარგებლა 120 000 - ზე მეტმა პაციენტმა (ცხრილი 11),

ცხრილი 11. ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტების პროგრამის ბენეფიციარების რაოდენობა.

კატეგორია	2017	2018	2019
100 ქულაზე ნაკლები	12,578	18,926	39,987
პენსიონერი	-	10,193	75,922
შშმ	-	637	5,889
ვეტერანი	-	-	309
საზღვრისპირა	-	-	18
სტატუსის არმქონე	-	-	381
სულ	12,578	29,467	120,553

მთლიანი პროგრამის დაფინანსება მნიშვნელოვნად გაიზარდა და თითქმის 9 მილიონი ლარი შეადგინა, რაც კიდევ ერთხელ უსვავს ხაზს პროგრამის საჭიროებას და ეფექტურობას.

მედიკამენტების პროგრამის ბენეფიციარების ნახევარზე მეტს (75 922) პენსიონერები წარმოადგენენ, 2019 წელს პროგრამის ბენეფიციარების რაოდენობა სამჯერ მეტად გაიზარდა და ამავდროულად გაფართოვდა კატეგორიების მიხედვით და მას დაემატა ვეტერანთა, საზღვრისპირა და სტატუსის არმქონე პირების კატეგორია.

საყოფაცხოვრებო სუბსიდია, როგორც სახელმწიფო გასაცემელი და მისი სოციალური მნიშვნელობა.

სოციალური მხარდაჭერის პროგრამებში მნიშვნელოვანი როლი უჭრავს სახელმწიფო გასაცემელს: რომლის მთავარ ნაწილს სახელმწიფო პენსია წარმოადგენს, ასევე მნიშვნელოვანია სახელმწიფო კომპენსაცია, სოციალური პაკეტი, ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის, აგრეთვე ახალშობილის შვილად აყვანის გამო შვებულების ანაზღაურება და საყოფაცხოვრებო სუბსიდია.

საყოფაცხოვრებო სუბსიდია ეს არის ყოველთვიური ფულადი სახის გასაცემელი, რომელიც სხვადასხვა სოციალურ კატეგორიას მიკუთვნებულ პირთა წრისათვის საყოფაცხოვრებო-კომუნალური საჭიროებების უზრუნველსაყოფად არის განკუთვნილი.

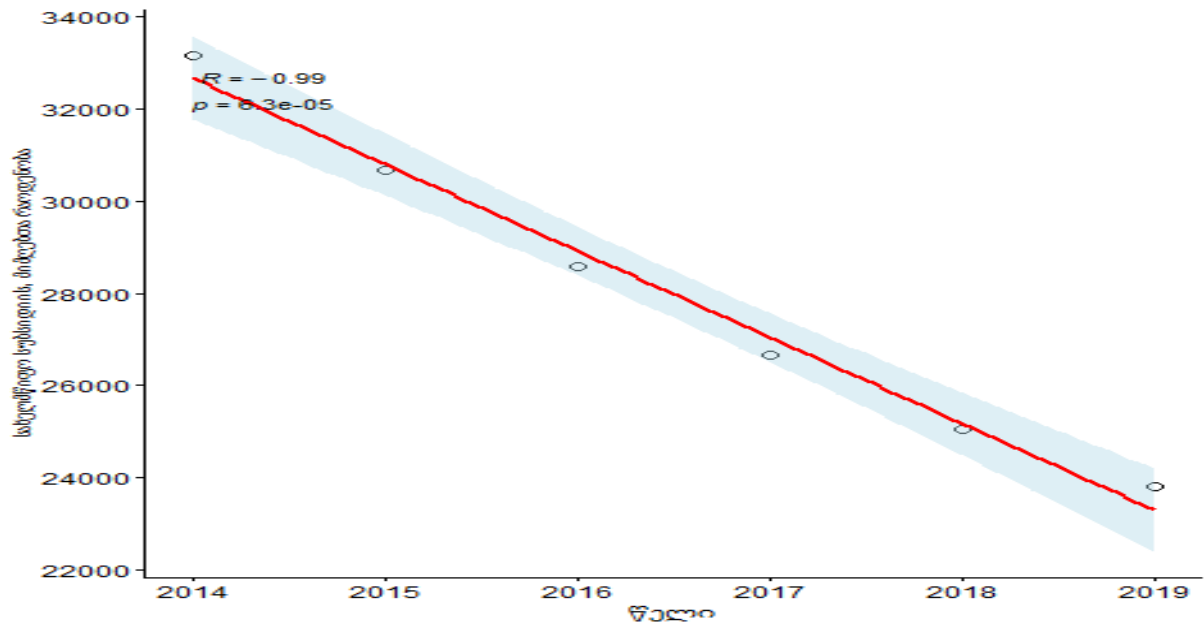
სახელმწიფო გასაცემელის რაოდენობა განსხვავებულია კანონმდებლობის განსხვავებული პუნქტების მიხედვით, იგი მერყეობს 7 დან 44 ლარამდე (ცხრილი 12)

ცხრილი 12. საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის მიმღებთა რაოდენობა სუბსიდიის მიღების საფუძვლის მიხედვით.

პუნქტები, ბენეფიტების შესაბამისად	ბენეფიტების ოდენობა	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ა)	44	491	413	333	256	228	199
ბ)	44	1,259	906	652	467	338	238
გ)	44	1,202	1,237	1,296	1,284	1,303	1,335
დ)	22	5,544	4,292	3,470	2,726	2,120	1,639
ე)	22	2,165	2,771	3,016	3,328	3,578	3,897
ვ)	22	7,443	7,071	6,498	5,965	5,498	5,171
ზ)	22	938	521	510	510	495	478
თ)	7	175	195	186	180	191	175
ი)	7	52	45	50	47	43	41
კ)	7	-	-	-	1	1	1
ლ)	7	13,742	13,052	12,405	11,720	11,070	10,451
მ)	44	63	63	65	68	66	65
ნ)	44	8	8	7	7	5	5
ო)	22	94	93	93	101	103	105
სულ		33,176	30,667	28,581	26,660	25,039	23,800

და წარმოადგენს მნიშვნელოვან პროდუქტს მოსახლეობის ყველაზე მოწყვლადი ფენისთვის. პროგრამული მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სუბსიდიის რაოდენობა და მისი მომხმარებელი პირების რაოდენობა მნიშვნელოვნად ($R = -0.99$, $p < 0.001$) მცირდება დინამიკაში (გრაფიკი11).

გრაფიკი11. სახელმწიფო სუბსიდიით მოსარგებლეთა დინამიკა 2014-2019 წწ.



აღნიშნული შემცირების მიზეზი შეიძლება იყოს ერთის მხრივ საჭიროების შემცირება, რომ მოქალაქეები აღარ საჭიროებენ სახელმწიფო სუბსიდიებს, მეორეს მხრივ კი სახელმწიფოს დაფინანსების შემცირება.

მეორე ამოცანის კვლევის შედეგებიდან გამომდინარეობს შემდეგი დასკვნები:

- საქართველოში მრავალი სოციალური პროგრამა მოქმედებს, რომელთა მოცვა და დაფინანსება დინამიკაში იზრდება. აღნიშნული პროგრამები სამ ძირითად მიმართულებას მოიცავენ, ესენია: სოციალური პროგრამები, ჯანდაცვის პროგრამები და სახელმწიფო გასაცემელი. პროგრამები უშუალოდ ემსახურება სოციალურად დაუცველ ოჯახებს და შშმ პირებს, რომელთა შემოსავალი საარსებო მინიმუმზე ნაკლებია. ამ პროგრამების ეფექტურობა გამოიხატება სოციალურად დაუცველი მოქალაქეების მდგომარეობის შენარჩუნებაში და მათთვის მინიმალური საარსებო

პირობების შექმნაში, მანამ სანამ ისინი შესძლებენ თავისი ოჯახის საარსებო პირობების გაუმჯობესებას.

- საქართველოში საარსებო შემწეობის მიმღები მოქალაქეების რაოდენობა საკმაოდ მაღალია და 2010 – 2019 წლებში საქართველოს მთლიანი მოსახლეობის 11 % - დან 13 % - მდე მერყეობს ანუ საშუალოდ ყოველი მეათე ადამიანი ქვეყანაში არის სოციალურად დაუცველი და საჭიროებს მუდმივ ფინანსურ მხარდაჭერას, რომ იარსებოს.

მესამე ამოცანა

მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი და სოციალური ჯგუფისათვის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემის ხელმისაწვდომობის შესწავლა და შეფასება.

ამოცანის შესასრულებლად ჩატარებული იქნა რაოდენობრივი კვლევა, რომლის შედეგები მოცემულია ქვემოთ მოცემულ ქვეთავებში.

ძირითადი დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში სულ მონაწილეობა 850 რესპოდენტმა მიიღო. მათგან 604 (71,0%) იყო მამაკაცი და 246 (29,0 %) ქალი. რესპოდენტები დაიყო ოთხ ასაკობრივ ჯგუფად. 18-25 წწ. ასაკობრივმა ჯგუფმა შეადგინა 111 (13,1%) რესპოდენტი, 25-35 წწ. ასაკობრივი ჯგუფში შეადგინა 211 (24,8%), ხოლო 35-60 წწ. ასაკობრივმა ჯგუფმა 419 (49,3%) რესპოდენტი, 60 წლის და მეტი ასაკობრივმა ჯგუფმა შეადგინა 108 (12,7%) რესპოდენტი. მონაწილეთა რეგიონული განაწილება შემდეგია, 539 (63%) რესპოდენტი ცხოვრობდა თბილისში და 311 (37%) რესპოდენტი კი საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში (ცხრილი 13).

ცხრილი 13. კვლევის მონაწილეთა განაწილება ასაკის და სქესის მიხედვით.

სქესი	ქალი, N = 604 ¹	კაცი, N = 246 ¹
ასაკობრივი ჯგუფი		
18 - 24 წ.	395 (66%)	144 (59%)
25 - 34 წ.	63 (10%)	29 (12%)
35 - 59 წ.	86 (14%)	39 (16%)
60 და მეტი წწ.	59 (9.8%)	34 (14%)
უცნობია	1	0

¹სტატისტიკა მოცემულია: n (%)

პროფესიის მიხედვით რესპოდენტები შემდეგნაირად განაწილდა: 174 (20,0 %) იყო პედაგოგი, 54 (6,1%) ექიმი, 48 (5,6%) იურისტი, საბანკო სექტორში დასაქმებული იყო 32 (3,7%), ბიზნეს სექტორის წარმომადგენელი 50 (5,8%), სოფლის მეურნეობაში დასაქმებული 26 (3,0%), ხოლო თვითდასაქმებული ან დროებით უმუშევარი იყო 455 (53,5%) (ცხრილი 14).

ცხრილი 14 . რესპოდენტთა განაწილება სქესის რეგიონების და პროფესიის მიხედვით.

სქესი	ქალი, N = 604 ¹	კაცი, N = 246 ¹
გეოგრაფიული		
განაწილება		
თბილისი	395 (66%)	144 (59%)
რეგიონი	208 (34%)	102 (41%)
უცნობია	1	0

განაწილება

პროფესიის მიხედვით

სქესი	ქალი, N = 604 ¹	კაცი, N = 246 ¹
პედაგოგი	156 (26%)	18 (7.4%)
ექიმი	43 (7.2%)	11 (4.5%)
იურისტი	32 (5.4%)	16 (6.6%)
ფინანსისტი	23 (3.9%)	9 (3.7%)
ბიზნეს სექტორის წარმ.	25 (4.2%)	25 (10%)
სიფლის მეურნეობაში დასაქმ.	10 (1.7%)	16 (6.6%)
სხვა (თვითდასაქმებული)	307 (52%)	148 (61%)
უცნობია	8	3

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით 608 (71,5%) რესპოდენტი იყო დაქორწინებული, ხოლო 242 (28,5%) არ იმყოფებოდა ქორწინებაში (შესაბამისად იყო განქორწინებული, ქვრივი ან მარტოხელა დედა). რესპოდენტთაგან 686 (80,7%) ჰყავდა ერთი ან მეტი შვილი, მათ შორის 171 (20,1%) ჰყავდა სამი ან მეტი შვილი, ხოლო 157 (18,5%) არ ჰყავს შვილი.

რესპოდენტთა ფინანსური მდგომარეობა შეფასდა მათი საშუალო შემოსავლის მიხედვით ოჯახის ერთ წევრზე. თბილისში მცხოვრები და რეგიონში მცხოვრები ოჯახები განსხვავდება ოჯახის ერთ წევრზე საშუალო შემოსავლის მიხედვით. აღსანიშნავია, რომ თბილისში უფრო მეტია იმ ოჯახების რიცხვი, რომლებსაც აქვთ უფრო მაღალი საშუალო შემოსავალი ვიდრე რეგიონში (ცხრილი 15).

ცხრილი 15. კვლევის მონაწილეთა რეგიონული განაწილება ოჯახის ერთ წევრზე შემოსავლის მიხედვით.

გეოგრაფიული განაწილება	თბილისი, N = 539 ¹	რეგიონები, N = 310 ¹	p-value ²
შემოსავალი ოჯახის ერთ წევრზე			0.029
50-99 ლარი	142 (28%)	106 (36%)	
100-199 ლარი	210 (41%)	120 (40%)	
200 ლარზე მეტი	160 (31%)	72 (24%)	
არ უპასუხა	27	12	

¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

კერძოდ, ოჯახის წევრზე საშუალოდ 200 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირები 7% - ით უფრო მაღალია თბილისში ვიდრე რეგიონში ($p = 0.029$).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხით და სხვა მახასიათებლებით კმაყოფილება და მათზე ხელმისაწვდომობა შესწავლილი იქნა კვლევის მონაცემების გაანალიზებით. მონაცემები შედარებული იქნა სხვადასხვა სოციალური და ჯანდაცვის პაკეტებით მოსარგებლე პირებს შორის სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების და ხელმისაწვდომობის მიხედვით. გამოყოფილი იქნა ჯანდაცვის და სოციალური პროგრამების მნიშვნელოვანი დეტერმინანტები: სადაზღვევო პროგრამებით სარგებლობისა და სოციალური შემწეობის პროგრამებით სარგებლობის გამოცდილება, მათი გამოყენებით კმაყოფილება და სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ამ პროგრამებით არა მოსარგებლე პირებთან.

სტატისტიკური ანალიზით დგინდება, რომ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება სამედიცინო პერსონალის ცოდნით და გამოცდილებით კმაყოფილებას შორის

სოციალური პაკეტების მქონე და არ მქონე პირების შორის ($p < 0,001$). ეს განსხვავება განსაკუთრებით მკვეთრად იგრძნობა სოციალური პაკეტებით მოსარგებლე პირების შეფასებისას. კერძოდ, სოციალური პაკეტის, განსაკუთრებით სოციალური შემწეობის პაკეტის (28%) მქონე პირების კმაყოფილება სამედიცინო პერსონალის ცონდით და გამოცდილებით რამდენადმე დაბალია, ვიდრე სოციალური პროგრამებით არამოსარგებლე პირების შემთხვევაში (15% და 19% ჯგუფების შესაბამისად). ეს გარკვეულწილად განპირობებულია სოციალური შემწეობის მქონე პირებისთვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის შედარებით შეზღუდული არჩევანით და სპექტრით. ასევე აღსანიშნავია, რომ ზოგადად სოციალური და ჯანდაცვის სერვისების მომხმარებელი პირების 40%-მდე კმაყოფილია სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციით და მომსახურებით.

სოციალური პაკეტის ფარგლებში ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის და ხელმისაწვდომობის მეორე მნიშვნელოვანი პარამეტრი იყო სამედიცინო პერსონალის პაციენტთან კომუნიკაციის კულტურა, რომელიც ასევე განსხვავდებოდა სხვადასხვა ჯგუფების მიხედვით. შედარებით ნაკლებად კმაყოფილი იყო ის ჯგუფი, რომელიც არ არის სოციალური პაკეტების ბენეფიციარი.

ჯანდაცვის მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა მნიშვნელოვნად მცირე (<20%) იყო ყველა ჯგუფში, განსაკუთრებით სოციალური პაკეტებით არ მოსარგებლე პირებისთვის, თუმცა იგი დაახლოებით 50% - მდე იზრდებოდა სახელმწიფო პროექტებით თანადაფინანსების შემთხვევაში. სამედიცინო მომსახურების მიღების სისწრაფე დამაკმაყოფილებელია რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის და მერყეობს 80-85% - მდე, საიდანაც 25% თვლის რომ სამედიცინო დაწესებულებები სწრაფად რეაგირებენ მათ საჭიროებებზე (ცხრილი 16).

ცხრილი 16. სოციალური და ჯანდაცვის პაკეტების მოხმარებელთა კმაყოფილება სამედიცინო სერვისების ხარისხით და ხელმისაწვდომობით.

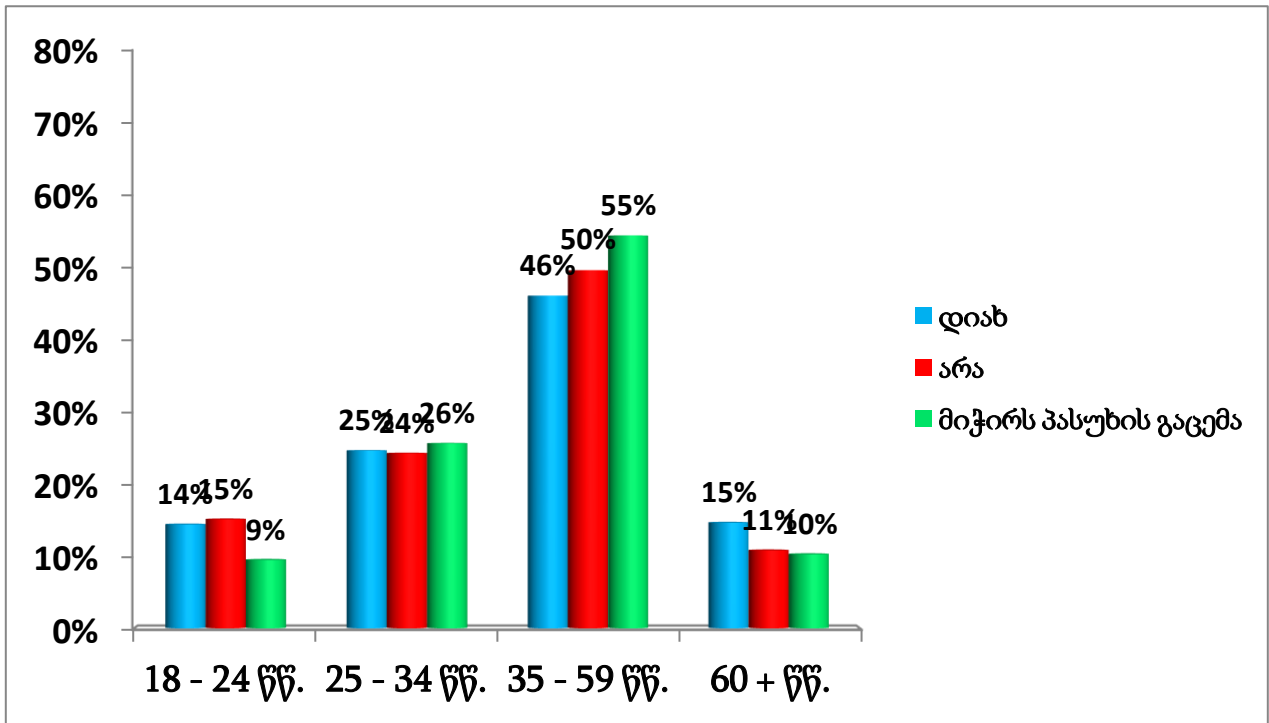
სოციალური პაკეტები	დაზღვევა, N = 204 ¹	შემწობა, N = 91 ¹	არა N = 534 ¹	p-value
პერსონალის ცოდნა და გამოცდილება				<0.001
დამაკმაყოფილებელია	83 (42%)	35 (40%)	143 (27%)	
არ არის დამაკმაყოფილებელი	31 (15%)	24 (28%)	98 (19%)	
ნაწილობრივ	85 (43%)	28 (32%)	281 (54%)	
პერსონალის პაციენტთან კომუნიკაციის კულტურა				<0.001
მაღალია	41 (21%)	21 (25%)	53 (10%)	
დამაკმაყოფილებელი	122 (61%)	45 (54%)	342 (66%)	
დაბალი	36 (18%)	18 (21%)	123 (24%)	
სამედიცინო მომსახურები ტარიფების ხელმისაწვდომობა				<0.001
ხელმისაწვდომია	35 (18%)	14 (16%)	39 (7.5%)	
თანადაფინანსებით	99 (50%)	37 (42%)	242 (46%)	
არ არის ხელმისაწვდომი	63 (32%)	37 (42%)	242 (46%)	
რამდენად სწრაფად რეაგირებენ საავადმყოფოები თქვენს პრობლემაზე				<0.001
მაღალი ხარისხით	40 (20%)	23 (25%)	58 (11%)	
საშუალო	150 (74%)	56 (62%)	409 (78%)	
დაბალი	12 (5.9%)	12 (13%)	58 (11%)	

¹Statistics presented: n (%) არა მოპასუხე ან გამოტოვებული მონაცემები არ შედის ანალიზში.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეფასების, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პარამეტრი იყო კვლევაში მონაწილე პირებისთვის გეოგრაფიულად ახლოს განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებების ხელმისაწვდომობის შეფასება. ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ უბნის პოლიკლინიკის სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილია კვლევის მონაწილეთა 48%. აღსანიშნავია, რომ 35 - დან 59 წლის ასაკობრივი

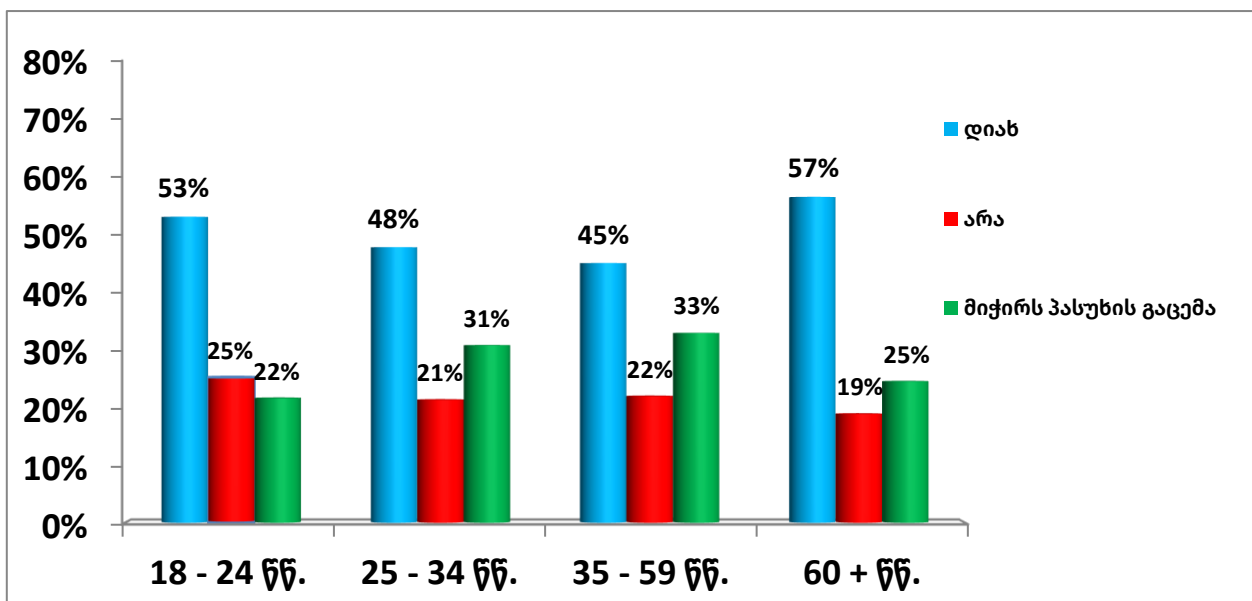
ჯგუფის რესპოდენტები წარმოადგენენ კმაყოფილი რესპოდენტების თითქმის ნახევარს (გრაფიკი 12).

გრაფიკი12. უბნის სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.



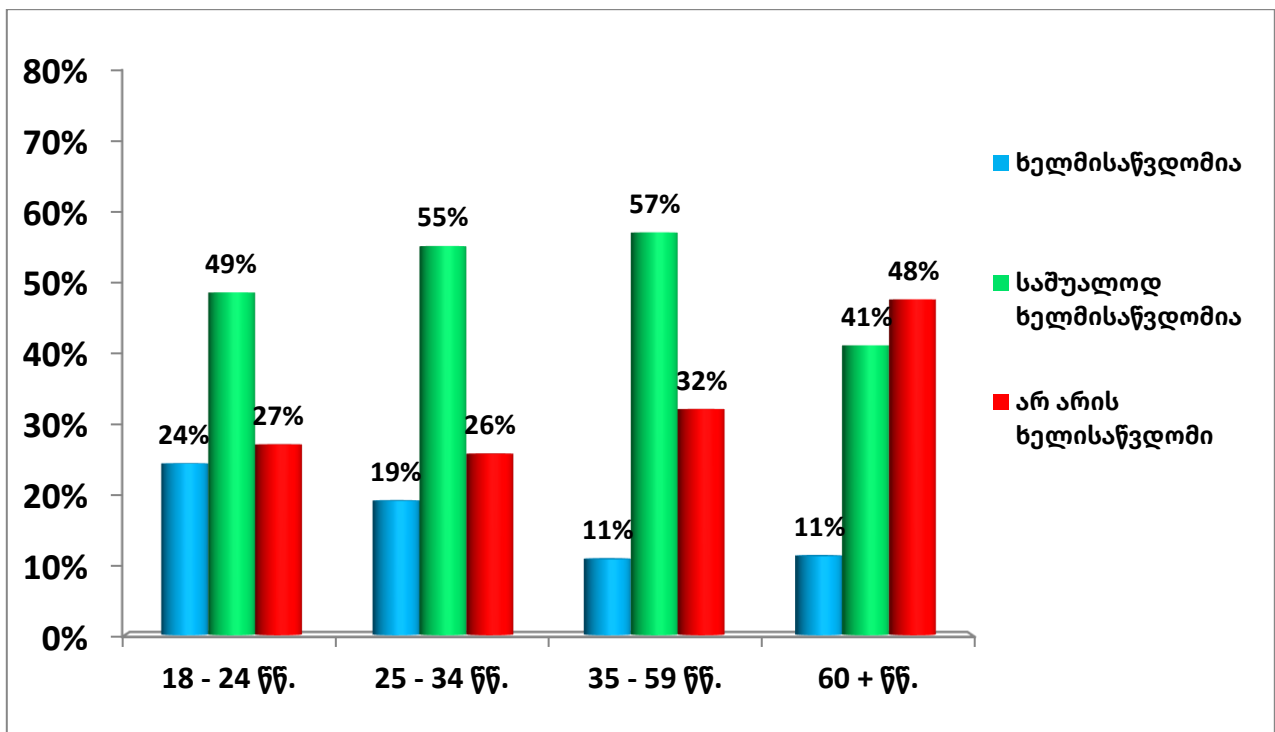
რესპოდენტთა თითქმის ნახევარი (45 %-დან 57 %-მდე) კმაყოფილი იყო უბნის სამედიცინო დაწესებულების მომსახურებით. ისინი თვლიან, რომ საჭიროების შემთხვევაში საკმაოდ სწრაფად იღებენ სამედიცინო დახმარებას. 60 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის კმაყოფილება სამედიცინო მომსახურებით უფრო მაღალი იყო ვიდრე სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში. ამავდროულად, კვლევის რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი თვლის, რომ დაგვიანებით იღებს სამედიცინო მომსახურებას და ისინი ან არ არიან კმაყოფილები ან უჭირთ დადებითი პასუხის გაცემა სამედიცინო მომსახურების დროულობასთან დაკავშირებით (გრაფიკი13).

გრაფიკი 13. უბნის პოლიკლინიკის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.



შემდეგი კითხვა შეეხებოდა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურად ხელმისაწვდომობას, რაზეც პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა. რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი თვლის, რომ მათთვის სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობის სრული კურსის გავლა ნაწილობრივ არის ხელმისაწვდომი (გრაფიკი 14).

გრაფიკი 14. ასაკის და მკურნალობის სრული კურსის ფინანსური ხელმისაწვდომობის შედარება.



მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ რესპოდენტის ასაკის მატებასთან ერთად 27% - დან 48% - მდე იმატებს იმ რესპოდენტთა წილი, ვისთვისაც ფინანსური ბარიერების გამო არ არის ხელმისაწვდომი მკურნალობის სრული კურსის გავლა. სტატისტიკური მეთოდები (X^2 – ტესტი და რისკების სხვაობა RR) იქნა გამოყენებული ასაკობრივი ჯგუფებისა და მკურნალობის სრული კურსის ფინანსურ ხელმისაწვდომობას შორის ასოციაციის დასადგენად. ასაკის ზრდასთან ერთად მცირდება მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა (X^2 -squared = 12.6, df = 2, p-value = 0.001) და იმის რისკი, რომ მკურნალობის სრული კურსის ვერ ჩაიტაროს ფინანსური სახსრების არ ქონის გამო ორ ნახევარჯერ მაღალია 60 და მეტი ასაკის პირებში 18- დან 24 წლამდე ასაკის პირებთან შედარებით (RR 2.19, 95% CI 1.1 – 4.2, p<0.01).

კვლევის მონაწილე რესპოდენტთა 69% (547) - ს ჰყავს ოჯახის ექიმი და შემთხვევათა 61 % (478) - ში რესპოდენტები კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის მომსახურებით და ოჯახის ექიმის პრაქტიკით. ოჯახის ექიმის სერვისებით კმაყოფილება ასაკობრივ ჯგუფების მიხედვით არ განსხვავდება (ცხრილი 17).

ცხრილი 17. ასაკობრივი ჯგუფები და ოჯახის ექიმის მომსახურებით კმაყოფილება

ასაკობრივი განაწილება	18-24 წწ. N = 111 ¹	25-34 წწ. N = 211 ¹	35-59 წწ. N = 416 ¹	60წ. ზემოთ N = 107 ¹	p-value ²
კმაყოფილი ხართ უბნის ექიმის მომსახურებით ?					
ძალიან კარგია	23 (21%)	41 (20%)	81 (20%)	23 (22%)	
დამაკმაყოფილებელია	54 (49%)	134 (64%)	253 (61%)	54 (52%)	
არა დამაკმაყოფილებელია	25 (23%)	29 (14%)	68 (17%)	24 (23%)	
არ მაქვს პასუხი	9 (8.1%)	6 (2.9%)	10 (2.4%)	3 (2.9%)	
უცნობია	0	1	4	3	
მოგწონთ ოჯახის ექიმის პრაქტიკა?					
					0.5
მომწონს	68 (61%)	121 (57%)	255 (61%)	71 (66%)	
არ მომწონს	19 (17%)	29 (14%)	59 (14%)	16 (15%)	
არ მაქვს პასუხი	24 (22%)	61 (29%)	102 (25%)	20 (19%)	
გყავთ ოჯახის ექიმი?					
					0.5
დიახ	74 (67%)	156 (74%)	304 (73%)	79 (75%)	
არა	36 (33%)	55 (26%)	112 (27%)	26 (25%)	
არ უპასუხა	1	0	0	2	

კვლევის კითხვარი მოიცავდა კითხვებს კერძო და სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით სარგებლობის და მათი მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ. რესპოდენტთა 23% (183) სარგებლობს კერძო დაზღვევით, ხოლო 73 % (558) სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით. ჩვენს მიერ შედარებული იქნა სადაზღვევო პროგრამებით კმაყოფილება კერძო და სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების ბენეფიციარებს შორის, პირველ ეტაპზე ნანახი იქნა სარწმუნო განსხვავება კერძო და სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა მიერ სერვისით კმაყოფილებას შორის (X-squared = 27.3, df = 2, p-value < 0.001). შემდგომი ანალიზით კი კერძო სადაზღვევო პროგრამების მომხმარებლები 2 - ჯერ მეტად

კმაყოფილი იყვნენ ვიდრე სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მომხმარებლები (RR 2.43, 95% CI 1.8 – 3.4, $p < 0.01$) (ცხრილი 18).

ცხრილი 18. სახელმწიფო და კერძო სერვისებით კმაყოფილება კერძო და სახელმწიფო პროგრამების და რესპოდენტის ასაკის მიხედვით.

დაზღვევის ფორმები	სახელმწიფო, საყოველთაო N = 643 ¹	კერძო N = 199 ¹	p-value ²
კმაყოფილი ხართ თუ არა სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით?			<0.001
საკმაოდ კმაყოფილი ვარ	56 (9.5%)	49 (25%)	
კმაყოფილი ვარ	268 (46%)	86 (44%)	
არ ვარ კმაყოფილი	264 (45%)	60 (31%)	
არ უპასუხა	55	4	
	ასაკობრივი ჯგუფები		0.8
18 - 24 წწ.	82 (13%)	29 (15%)	
25 – 39 წწ.	162 (25%)	48 (24%)	
40 – 59 წწ.	315 (49%)	100 (50%)	
60 წელი და მეტი	84 (13%)	22 (11%)	

¹Statistics presented: n (%)

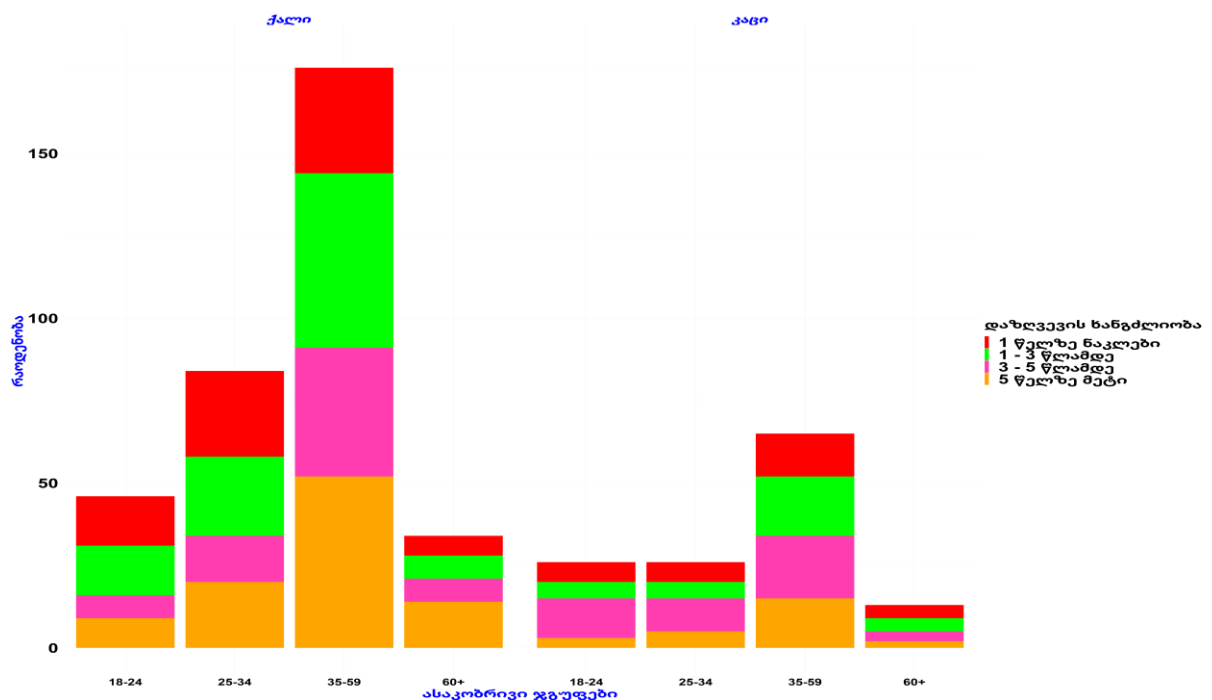
²Statistical tests performed: chi-square test of independence

მონაცემების ასაკობრივი ჯგუფების და დაზღვევის სერვისებით კმაყოფილების მიხედვით ანალიზის შედეგად მნიშვნელოვანი განსხვავება გამოვლენილი არ ყოფილა. კითხვაზე რომელ დაზღვევას აირჩევდით კერძოს თუ სახელმწიფოს მას შემდეგ რაც ახალი რეგულაციით აღარ შეიძლება ერთდროულად ორივე დაზღვევის ქონა, რესპოდენტთა მხოლოდ 38 % (286) - ს ურჩევნია ჰქონდეს კერძო დაზღვევა, მიუხედავად იმისა, რომ ანალიზის გვიჩვენებს კერძო დაზღვევით კმაყოფილების მაღალ ხარისხს. ეს შეიძლება ასევე განპირობებული იყოს იმით, რომ რესპოდენტთა მხოლოდ ნაწილს აქვს კერძო სადაზღვევო პროგრამით სარგებლობის გამოცდილება. კვლევის რესპოდენტთა 68 % (539) - ს ქონდა სახელმწიფო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობის

გამოცდილება, მათგან შედარებით ხშირად იყენებდა 13 % (106), ხოლო საშუალო სიხშირით კი 55 % (433). საყოველთაო დაზღვევის გამოყენება არასოდეს დასჭირვებია რესპოდენტთა 19 % (154) - ს, ხოლო რესპოდენტთა 10 % (82) - ს ეს პროგრამა ვერ დაეხმარა თავისი ჯანმრთელობის საჭიროების მოგვარებაში. კერძო სადაზღვევო კომპანიების საკმაოდ მრავალფეროვანი არჩევანი იყო წარმოდგენილი რესპოდენტების მიერ, რომელსაც ისინი ანიჭებენ უპირატესობას.

დაზღვევის ხანგრძლივობა განსხვავდება სქესის და ასაკის მიხედვით 35-59 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტი ქალების უმრავლესობა წარმოადგენს 1 წელზე მეტი ხნით დაზღვევის მქონე პოპულაციას (გრაფიკი 15).

გრაფიკი 15. დაზღვევით სარგებლობის ხანგრძლივობა ასაკის და სქესის მიხედვით.



კერძო დაზღვევის მონაწილეების მნიშვნელოვანი ნაწილი დაზღვევის შესახებ რეკომენდაციას იღებს ნათესავების, მეზობლების და სხვათა რჩევებს, ხოლო დაზღვევის შერჩევის გადაწყვეტილება ეფუძნება სხვადასხვა პარამეტრს, თუმცა მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია შეთავაზებული მომსახურების ხარისხი და მრავალფეროვნება.

სადაზღვევო კომპანიის მომსახურების შეფასებისას ასევე გათვალისწინებული იყო შემდეგი კრიტერიუმები: კმაყოფილება სადაზღვევო კომპანიის მიერ მედიკამენტების დაფინანსებით, სადაზღვევო კომპანიასთან ურთიერთობის სირთულეები, კომპანიის მხრიდან დროში გაწეული პრობლემების არსებობა, სადაზღვევო კომპანიის დროული რეაგირება მომხმარებლის საჩივარზე. აღნიშნული სერვისები შეფასდა რესპოდენტის ასაკის მიხედვით ბივარიაციული სტატისკური ანალიზის გამოყენებით. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით სადაზღვევო სამსახურის ხელმძღვანელობის მიერ მათ ჩივილზე და პრობლემებზე რეაგირების გამოცდილება განსხვავებულია ($p < 0.01$), ყველაზე მეტად აღინიშნება 60 წელზე ნაკლები ასაკის პირებში, ისინი უფრო ხშირად მიმართავენ სადაზღვევო კომპანიას მომსახურებაში არსებულ პრობლემებზე რეაგირების მოსახდენად და უმეტესად რეაგირება არ არის მათი მოლოდინების ადექვატური (ცხრილი 19).

ცხრილი 19. სერვისების გამოცდილება და კმაყოფილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფები	18 -24 წწ.	25 – 39 წწ.	40 – 59 წწ.	60 წ. და მეტი	p-value ²
რამდენად კმაყოფილი ხართ სადაზღვევოს მიერ მედიკამენტების დაფინანსებით?					0.5
კმაყოფილი ვარ	31 (30%)	65 (38%)	130 (38%)	35 (39%)	
არ ვარ კმაყოფილი	60 (59%)	89 (52%)	178 (52%)	50 (56%)	
მიჭირს პასუხი	11 (11%)	18 (10%)	32 (9.4%)	4 (4.5%)	
არ უპასუხა	9	39	76	18	
რა სირთულეებს ხვდებით სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობისას?					0.095
ბიუროკრატიული	54 (57%)	83 (51%)	151 (52%)	27 (38%)	
დაბალი დონე	40 (43%)	79 (49%)	142 (48%)	44 (62%)	
არ უპასუხა	17	49	123	36	
მიგიმართავთ თუ არა საჩივრით სადაზღვევო კომპანიის ხელმძღვანელობისთვის?					0.003
დიახ	24 (25%)	24 (13%)	44 (13%)	6 (6.7%)	

ასაკობრივი ჯგუფები	18 -24 წწ.	25 – 39 წწ.	40 – 59 წწ.	60 წ. და მეტი	p-value ²
არა	72 (75%)	158 (87%)	285 (87%)	84 (93%)	
არ უპასუხა	15	29	87	17	

¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

პრობლემის სიღრმისეულად შესაფასებლად საჭიროა უფრო დეტალური ანალიზი, რომელიც ასევე უნდა მოიცავდეს ხარისხობრივ კვლევასაც.

ოჯახის პენსიონერი წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტთა პენსიონერი ოჯახის წევრების 51 % (339) წელიწადში მინიმუმ ორჯერ საჭიროებს ექიმის კონსულტაციას, ხოლო რესპონდენტთა 24 % (169) აღნიშნავს, რომ მათი პენსიონერი ოჯახის წევრები წლის მანძილზე 2 - ჯერ და მეტჯერ საჭიროებენ ექიმის კონსულტაციას, მაშინ როცა 25 % (166) საშუალოდ თვეში ერთხელ საჭიროებს ექიმის კონსულტაციას. თბილისში ასეთი კონსულტაციების საჭიროება მნიშვნელოვნად მაღალია რეგიონებში მცხოვრებ პენსიონერებთან შედარებით. ასაკოვანი რესპოდენტების ოჯახის პენსიონერი წევრები უფრო ხშირად საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას ახალგაზრდებთან შედარებით. მონაცემების სქესის მიხედვით შედარებისას მნიშვნელოვანი განსხვავება ვერ იქნა ნანახი.

იმ რესპოდენტების 9 % (60) რომელთა პენსიონერ ოჯახის წევრებს ესაჭიროება სამედიცინო მომსახურებები აღნიშნავს, რომ მათთვის ექიმის კონსულტაცია ხელმისაწვდომია საჭიროების მიხედვით. რესპონდენტთა 55 % (366) აღნიშნავს, რომ მათი პენსიონერი ოჯახის წევრებისთვის სამედიცინო მოსახურეობა მხოლოდ ნაწილობრივ არის ხელმისაწვდომი. მაშინ როცა 36 % (241) აღნიშნავს, რომ მათი პენსიონერი ოჯახის წევრებისთვის სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია და თითქმის არ არის ხელმისაწვდომი.

- მეოთხე ამოცანის მონაცემების ანალიზით შეიძლება დავასკვნათ, რომ სოციალური პროგრამების ბენეფიციართა უმრავლესობა წარმოადგენს ბავშვებს და არასაკენსიო ასაკის ჯგუფს. სოციალური დახმარების მიმღებთა მესამედი კი არის მრავალშვილიანი ოჯახები. სოციალური დახმარების მიმღებთა რაოდენობა იზრდება დედაქალაქში და მცირდება რეგიონებში.
- დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების მხარდაჭერის პროგრამის ფარგლებში გამოკვეთილია რეგიონები, სადაც აღინიშნება ნეგატიური დემოგრაფიული მაჩვენებლები.
- საქართველოში მოქმედებს ჯანდაცვის პროგრამები, რომლებიც ფარავენ ჯანდაცვის სხვადასხვა საჭიროებებს. აღნიშნული პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობა იზრდება დინამიკაში და ძირითადად მოდის ჯანდაცვის ბაზისურ საჭიროებებზე.
- აღსანიშნავია, რომ პირველადი და სპეციფიური საჭიროების მედიკამენტების პროგრამა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენისათვის და მისი მომხმარებელთა რაოდენობა, მისაწოდებელი მედიკამენტების ასორტიმენტი იზრდება დინამიკაში.

მეოთხე ამოცანა

სოციალური გარემოს და სოციალური მარკერების კომპლექსური შესწავლა და შეფასება.

სოციალური მდგომარეობის შეფასება

რესპოდენტის და მისი ოჯახის სოციალური მდგომარეობა შეფასებული იქნა ოჯახის წევრების რაოდენობის, მათ შორის პენსიონერთა რაოდენობის, ოჯახის ერთ წევრზე საშუალო შემოსავლის, საბინაო პირობების, განათლების, სოციალური დაცვის პროგრამების გამოყენების და ამ სერვისებით კმაყოფილების მიხედვით.

პირველ კითხვაზე შეფასებული იქნა ოჯახში პენსიის მიმღები პირების რაოდენობა ასაკის და სქესის მიხედვით. 35-59 წლამდე ასაკის ქალებში უფრო მეტია ოჯახები, რომლებსაც ჰყავთ 1 ან მეტი პენსიონერი, ხოლო კაცებს შორის შედარებით ნაკლებია ისეთი ოჯახების რაოდენობა, რომლებსაც ჰყავთ პენსიონერები ოჯახში. აღინიშნება მნიშვნელოვანი განსხვავება ოჯახში პენსიონერთა რაოდენობას შორის ასაკის მიხედვით, 35 წლის და უფროსი ასაკის რესპოდენტებს ყავთ 1 ან მეტი პენსიონერი ოჯახის წევრები (ცხრილი 20, გრაფიკი 16).

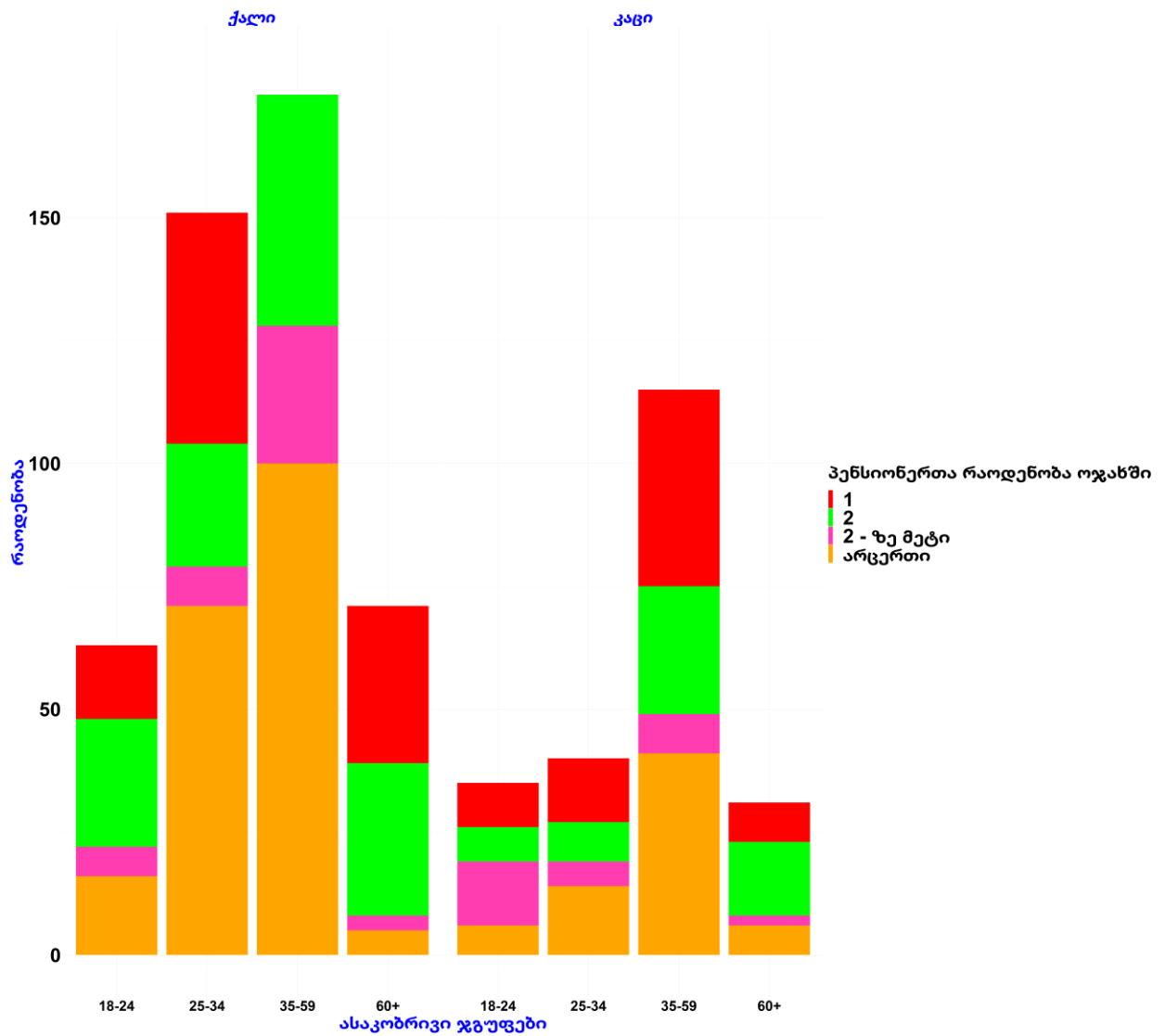
ცხრილი 20. ოჯახში პენსიონერთა რაოდენობა და ასაკობრივი ჯგუფები

ასაკობრივი ჯგუფი	18-24 წწ.	25 – 34 წწ.	35 – 59 წწ.	60 წ. და მეტი	p-value ²
	N = 111 ¹	N = 211 ¹	N = 416 ¹	N = 107 ¹	
	პენსიონერების რაოდენობა ოჯახში				<0.001
1	24 (22%)	61 (30%)	136 (34%)	43 (40%)	
2	36 (34%)	36 (18%)	77 (19%)	46 (43%)	
2 - ზე მეტი	20 (19%)	15 (7.4%)	38 (9.4%)	7 (6.5%)	
არცერთი	27 (25%)	92 (45%)	152 (38%)	11 (10%)	
უცნობია	4	7	13	0	

¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

გრაფიკი 16. ოჯახში პენსიონერების რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით.



ქვეყანაში არსებული საპენსიო ზღვარი არადამაკმაყოფილებელი და არასაკმარისად მიაჩნია რესპოდენტთა უმრავლესობას, აღინიშნება მნიშვნელოვანი სხვაობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. არსებული საპენსიო ზღვარით უკმაყოფილება მაღალია 35 და ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფებში (ცხრილი 21).

ცხრილი 21. ქვეყანაში არსებული საპენსიო ზღვართი კმაყოფილება ასაკის მიხედვით

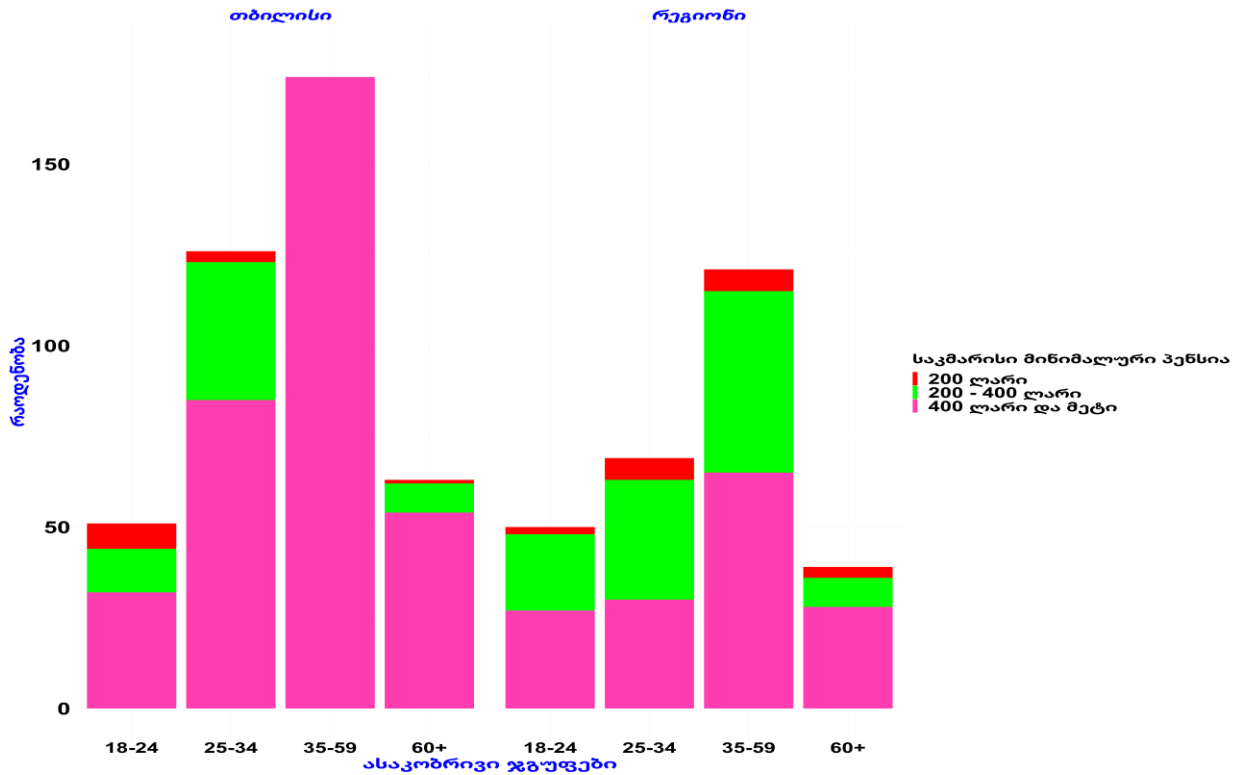
ასაკობრივი ჯგუფები	18-24 წწ. N = 111 ¹	25 – 34 წწ. N = 211 ¹	35 – 59 წწ. N = 416 ¹	60 წ. და მეტი N = 107 ¹	p-value ²
კმაყოფილი ხართ თუ არა ქვეყანაში არსებული საპენსიო ზღვართით ?					0.024
დიახ	13 (12%)	12 (5.9%)	25 (6.2%)	6 (5.6%)	
ნაწილობრივ	22 (21%)	65 (32%)	100 (25%)	19 (18%)	
არა	72 (67%)	126 (62%)	279 (69%)	82 (77%)	
არ უპასუხა	4	8	12	0	

¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

მინიმალური პენსიის საკმარისი რაოდენობების შეფასებისას რესპოდენტთა 63% (496) მიაჩნია, რომ მინიმალური პენსია უნდა იყოს 400 ლარი და მეტი. 32% (255) თვლის, რომ 200 – 400 ლარამდე პენსია არის საკმარისი მინიმუმი და მხოლოდ 4 % (35) ძალიან მცირე რაოდენობა თვლის რომ 200 ლარი არის საკმარისი მინიმალური პენსია (გრაფიკი 17).

გრაფიკი 17. პენსიის საკმარისი რაოდენობის განაწილება რეგიონების და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.



პენსიის ის რაოდენობები, რომლებსაც რესპოდენტების თვლიან საკმარისად არ განსხვავდებოდა სქესის მიხედვით, თუმცა ისინი განსხვავდება ასაკობრივი ჯგუფებისა და გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით ($p < 0.01$). მნიშვნელოვანია, რომ თბილისში მცხოვრები რესპოდენტები 68 % (360) თვლის, რომ მინიმალური საკმარისი პენსია უნდა იყოს 400 ლარი და მეტი. რეგიონებში მცხოვრებ რესპოდენტებთან შედარებით თბილისში მცხოვრები რესპოდენტების უმრავლესობა თვლის, რომ მინიმალური საკმარისი პენსიის რაოდენობა უნდა იყოს 200 ლარი ან მეტი, რაც სავარაუდოდ დაკავშირებულია თბილისში საცხოვრებლად საჭირო უფრო მაღალ მინიმალურ დანახარჯებთან. საკმარისი რაოდენობის პენსიის რაოდენობა განსხვავებულია რესპოდენტის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, უფრო მაღალი ასაკის რეზიდენტები თვლიან, რომ საკმარისი რაოდენობის პენსია უნდა იყოს 400 ლარი და მეტი (ცხრილი 22).

ცხრილი 22. პენსიის საკმარისი რაოდენობის, სქესის, ასაკისა და გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით.

სკმარისი რაოდენობა	პენსიის 200 ლარი N = 40 ¹	200 – 400 ლ. N = 268 ¹	400 ლარი და მეტი N = 529 ¹	p-value ²
სქესი				0.6
ქალი	28 (70%)	184 (69%)	382 (72%)	
კაცი	12 (30%)	84 (31%)	147 (28%)	
გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით (თბილისი, რეგიონები)				<0.001
თბილისი	20 (50%)	149 (56%)	360 (68%)	
რეგიონი	20 (50%)	119 (44%)	168 (32%)	
უცნობია	0	0	1	
ასაკობრივი ჯგუფები				0.003
18 – 24 წწ.	10 (25%)	34 (13%)	66 (12%)	
25 – 34 წწ.	11 (28%)	74 (28%)	124 (23%)	
35 – 59 წწ.	14 (35%)	142 (53%)	255 (48%)	
60 და მეტი	5 (12%)	18 (6.7%)	84 (16%)	

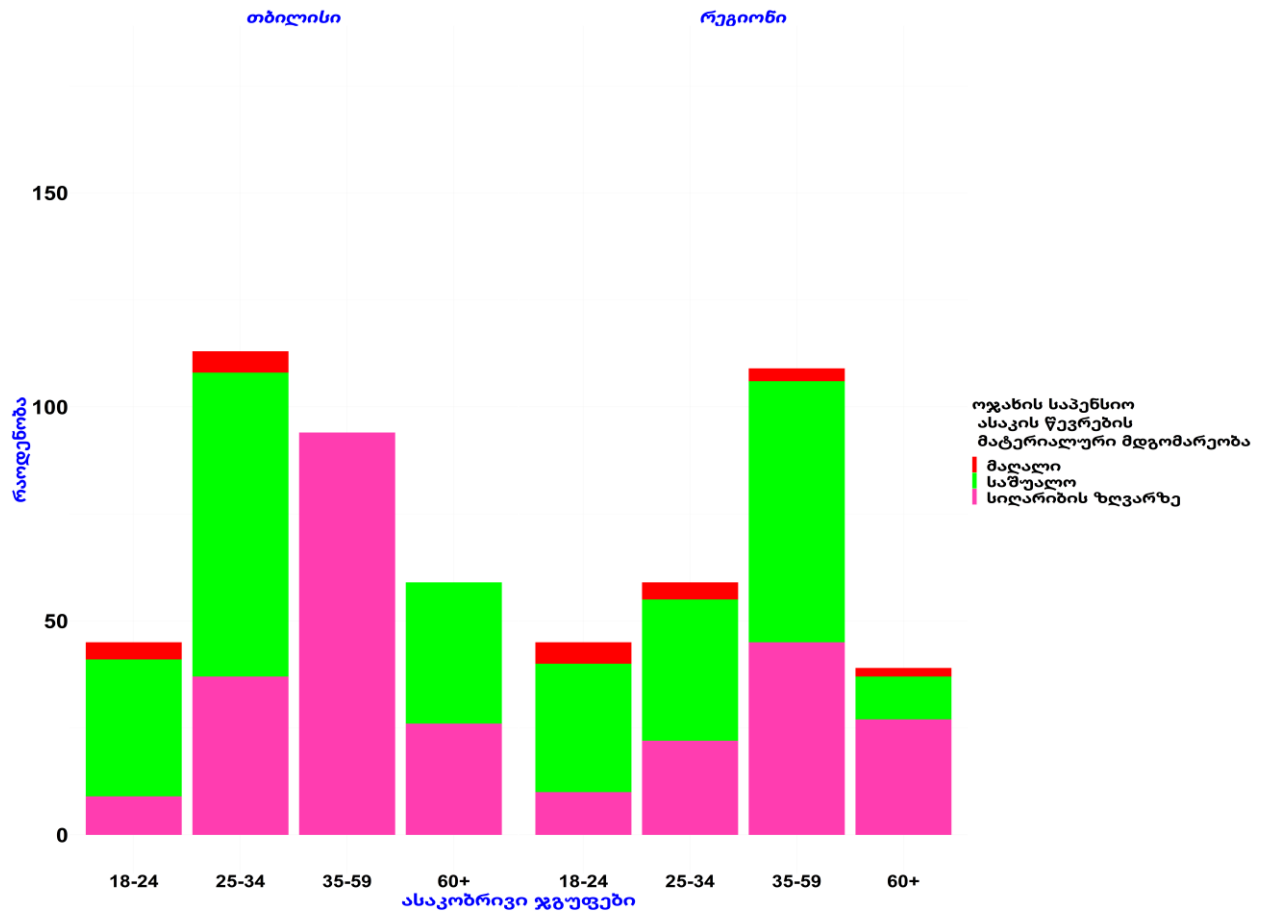
¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

რესპოდენტთა მხოლოდ 9 % (72) თვლის, რომ საქართველოს მოსახლეობა არის სოციალურად დაცული. აღნიშნული მონაცემი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ასაკობრივი ჯგუფების, სქესის და გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით.

საპენსიო ასაკის ოჯახის წევრების მატერიალური მდგომარეობის შეფასებით დგინდება, რომ მხოლოდ 4 % (31) თვლის, რომ მათ პენსიონერი ოჯახის წევრებს აქვთ კარგი მატერიალური მდგომარეობა. 57 % (406) თვლის, რომ მათი პენსიონერი ოჯახის წევრების მდგომარეობა არის საშუალო და 38 % (271) თვლის, რომ მისი პენსიონერი ოჯახის წევრის მდგომარეობა შეესაბამება სიღარიბის ზღვარზე მყოფი ადამიანის მდგომარეობას (გრაფიკი 18).

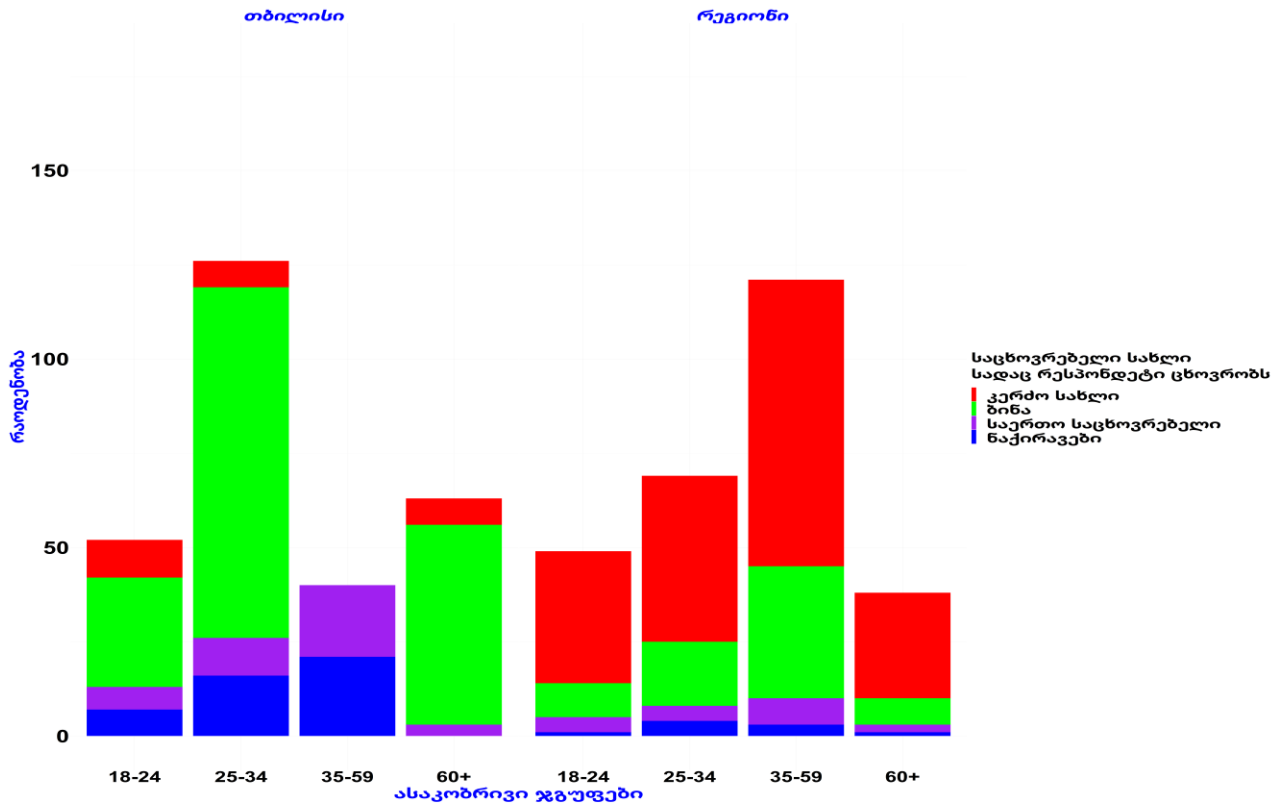
გრაფიკი 18. საპენსიო ასაკის ოჯახის წევრების მატერიალური მდგომარეობა



სოციალური დაცვის პროგრამების როლი მოსახლეობის საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებაში.

აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა 28 % (222) ცხოვრობს კერძო სახლში, 58 % (454) კორპუსის ბინაში, ხოლო 7 % (55) ცხოვრობს საერთო საცხოვრებელში და 7 % (53) ასევე ცხოვრობს ნაქირავებ ბინაში. გეოგრაფიული განაწილების მიხედვით შეინიშნება მნიშვნელოვანი განსხვავება, კერძოდ თბილისში მცხოვრები რესპოდენტები უმეტესად ცხოვრობენ ბინებში ვიდრე რეგიონის მცხოვრებნი, გარდა ამისა თბილისში მცხოვრებთა უფრო დიდი ნაწილი ცხოვრობს ნაქირავებ ბინაში და საერთო საცხოვრებელში. სქესის მიხედვით მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აღინიშნება, ხოლო 25-34 წალმდე პირები უფრო მეტად თბილისში ცხოვრობენ (გრაფიკი 19).

გრაფიკი 19. რესპოდენტთა განაწილება საცხოვრებელი სახლის, ასაკის და რეგიონების მიხედვით.



საცხოვრებელი პირობების შეფასებით დგინდება, რომ რესპოდენტთა მხოლოდ 15 % (115) ცხოვრობს კარგ პირობებში. 69 % (540) - ში საცხოვრებელი პირობები დამაკმაყოფილებელია, ხოლო 16 % (129) - ში კი არადამაკმაყოფილებელი. აღსანიშნავია, რომ ასაკოვანი რესპოდენტების თითქმის მესამედი (30%) ცხოვრობს არადამაკმაყოფილებელ პირობებში. რეგიონებში მცხოვრები რესპოდენტების 21 % ასევე ცხოვრობს არადამაკმაყოფილებელ პირობებში, ხოლო სქესის მიხედვით მნიშვნელოვანი სხვაობა არ არის (ცხრილი 23).

ცხრილი 23. საცხოვრებელი პირობების შეფასება ასაკის, სქესის და რეგიონის მიხედვით.

საცხოვრებელი პირობები	კარგი N = 129 ¹	დამაკმაყოფილებელი N = 571 ¹	არადამაკმაყოფილებელი N = 137 ¹	p-value ²
ასაკობრივი ჯგუფები				<0.001
18 – 24 წწ.	22 (20%)	71 (65%)	17 (15%)	
25 – 34 წწ.	41 (20%)	137 (66%)	31 (15%)	
35 – 59 წწ.	55 (13%)	301 (73%)	57 (14%)	
60 წ. და მეტი	11 (10%)	62 (59%)	32 (30%)	
სქესი				0.15
ქალი	88 (15%)	416 (70%)	89 (15%)	
კაცი	41 (17%)	155 (64%)	48 (20%)	
გეოგრაფიული საცხოვრებელი				0.036
თბილისი	85 (16%)	372 (70%)	73 (14%)	
რეგიონი	44 (14%)	199 (65%)	63 (21%)	
უცნობია	0	0	1	

¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

რესპოდენტთა ოჯახების მხოლოდ 6 % (45) ცხოვრობს კარგად. 49 % (381) ცხოვრობს ნორმალურად, 37 % (290) - ს ფინანსები ყოფნის მხოლოდ კვებაზე, ხოლო 8 % (63) პრაქტიკულად შიმშილის ზღვარზე ცხოვრობს და ფინანსური სახსრები კვებაზეც კი არ ყოფნის. ფინანსური პრობლემები უფრო მწვავედ დგას ასაკოვანი მოსახლეობისთვის, როგორც რეგიონებში ისე თბილისში. სქესის მიხედვით მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აღინიშნება (ცხრილი 24, გრაფიკი 20).

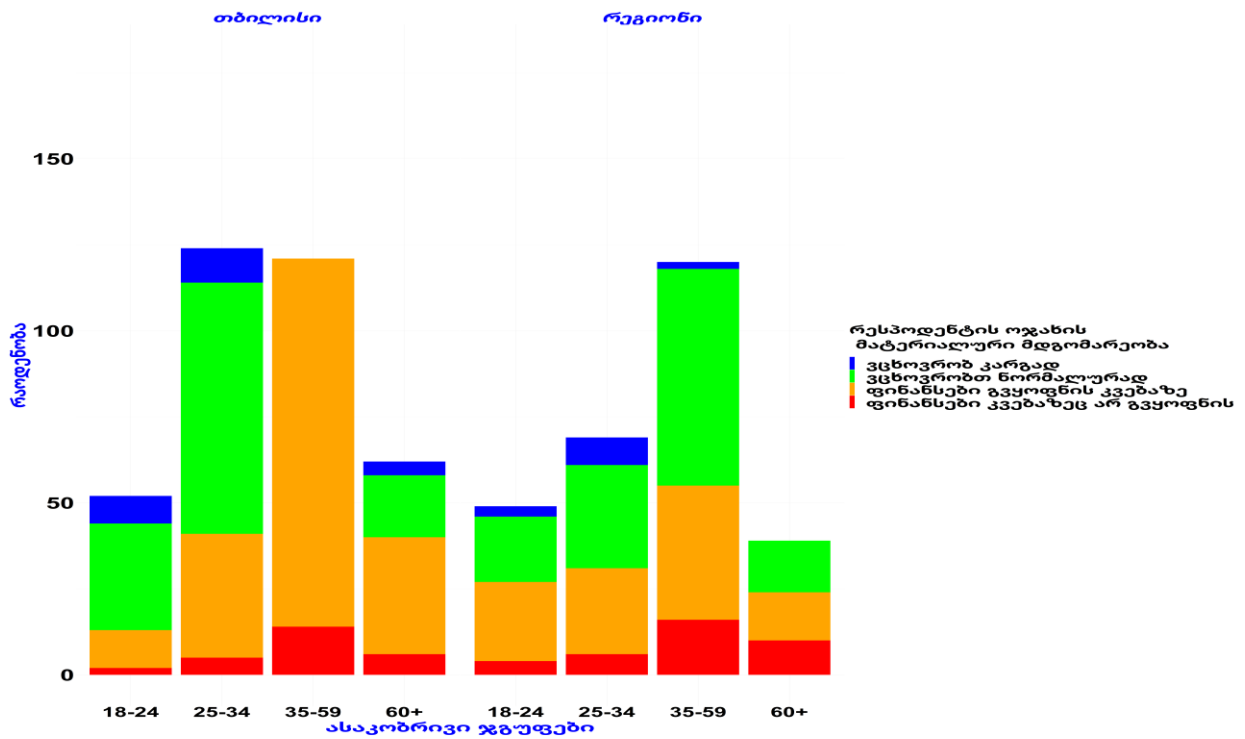
ცხრილი 24. ოჯახის მატერიალური მდგომარეობა ასაკის, სქესის და რეგიონის მიხედვით.

მატერიალური მდგომარეობა	კარგი N = 54 ¹	ნორმალური N = 399 ¹	მხოლოდ საკვებზე N = 313 ¹	საკვებზეც არ ყოფნის N = 68 ¹	p-value ²
ასაკობრივი ჯგუფები					<0.001
18 – 24 წწ.	14 (26%)	53 (13%)	37 (12%)	6 (8.8%)	
25 – 34 წწ.	19 (35%)	110 (28%)	66 (21%)	13 (19%)	
35 - 59 წწ.	16 (30%)	203 (51%)	160 (51%)	31 (46%)	
60 წ. და მეტი	5 (9.3%)	33 (8.3%)	50 (16%)	18 (26%)	
სქესი					0.13
ქალი	31 (57%)	291 (73%)	222 (71%)	47 (69%)	
კაცი	23 (43%)	108 (27%)	91 (29%)	21 (31%)	
რეგიონული განაწილება					0.007
თბილისი	37 (69%)	266 (67%)	192 (62%)	31 (46%)	
რეგიონი	17 (31%)	133 (33%)	120 (38%)	37 (54%)	
უცნობია	0	0	1	0	

¹Statistics presented: n (%)

²Statistical tests performed: chi-square test of independence

გრაფიკი 20. რესპოდენტთა ოჯახების მატერიალური მდგომარეობა ასაკობრივი ჯგუფების და რეგიონების მიხედვით.



მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების სოციალური დაცვა

კვლევაში მონაწილეთა 14 % (94) თვლის, რომ მათ აქვთ საშუალება უზრუნველყონ შვილებისთვის სწავლა-განათლების დაფინანსება. 56 % (400) თვლის, რომ მათთვის შედარებით რთულია შვილების ფინანსური უზრუნველყოფა განათლების მიღების პროცესში, ხოლო 29 % (201) არ აქვს საკმარისი ფინანსური საშუალება, რომ უზრუნველყოს შვილების სწავლა-განათლების მხარდაჭერა. მნიშვნელოვანი განსხვავება ასაკის, სქესის და გეორგაფიული საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით არ აღინიშნება. ძირითადი მოთხოვნები და მხარდაჭერა რომელიც რესპოდენტებს ესაჭიროებათ არის უფასო წიგნები, უფასო კვება და უფასო ტრანსპორტი. რესპოდენტების 58 % (414) თვლის, რომ განათლება უნდა იყოს უფასო ახალგაზრდებისთვის, 36 % (252) თვლის რომ სწავლა 80 % უნდა დააფინანსოს სახელმწიფომ, ხოლო 6 % (42) საკმარისად მიაჩნია უფასო წიგნების ხელმისაწვდომობა.

რესპოდენტთა მხოლოდ 6 % (48) თვლიდა, რომ საკმარისია შშმ პირებისთვის და ასაკოვანი ადამიანებისთვის სახელმწიფოს მიერ გატარებული სოციალური დაცვის

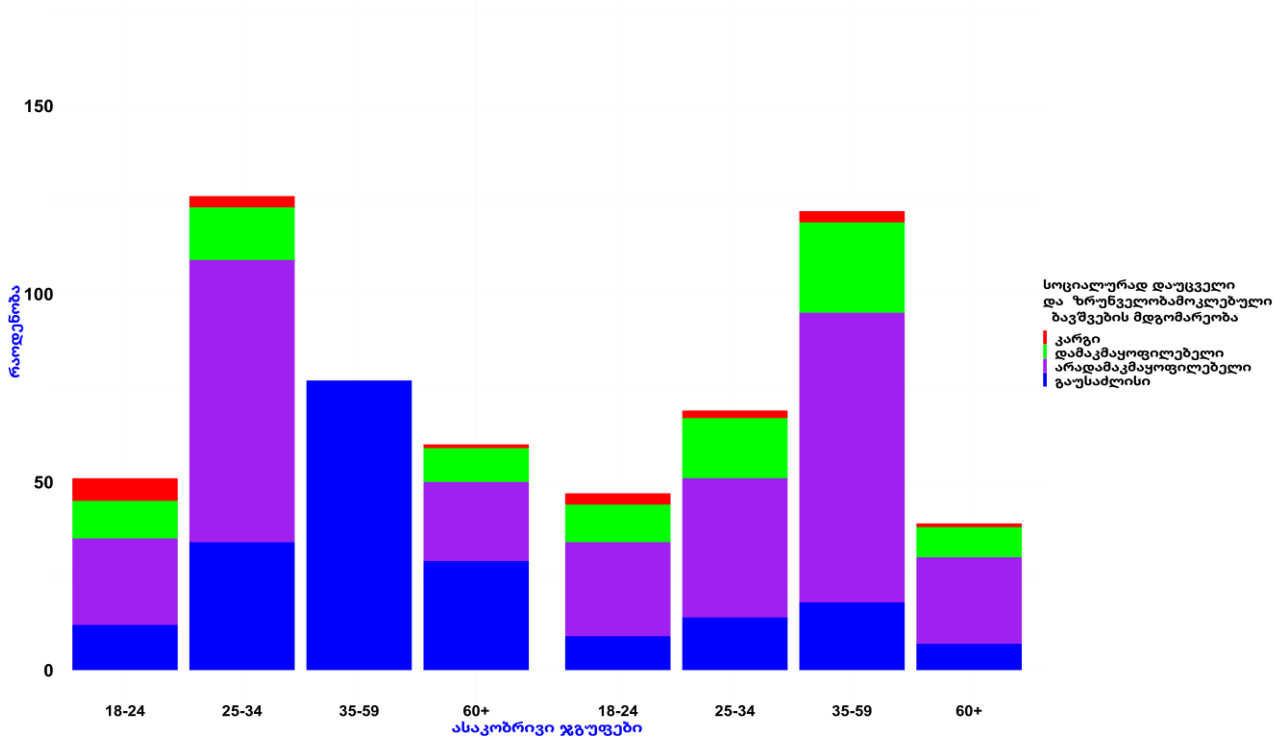
ღონისძიებები, აღნიშნული დამოკიდებულება განსხვავდება სქესის და ასაკის მიხედვით, მაგრამ არ განსხვავდება თბილისის და რეგიონების მიხედვით.

რესპოდენტთა 7 % (51) თვლის, რომ ქვეყანაში არსებული ბავშვთა დასაცავად მიმართული სოციალური პროგრამები საკმარისად ეფექტურია, ხოლო 93 % (730) კი თვლის რომ ეს პროგრამები არ არის ეფექტური. აღნიშნული მონაცემი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ასაკის, სქესის და გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით.

რესპოდენტთა 8 % (59) თვლის, რომ ქვეყანაში არსებული მოზარდთა სოციალური დაცვის პროგრამა საკმარისად ეფექტურია, ხოლო 92 % (724) თვლის, რომ ეს პროგრამები არასაკმარისად ეფექტურია მოზარდებისთვის. მნიშვნელოვანი განსხვავება ასაკის, სქესის და გეოგრაფიული საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით არ აღინიშნება.

რესპოდენტთა 55 % (431) - ის მოსაზრებით, ქვეყანაში სოციალურად დაუცველი და მზრუნველობამოკლებული ბავშვების მდგომარეობა არის არადაკმაყოფილებელი, ხოლო 26 % (201) თვლის, რომ მათი მდგომარეობა არის გაუსაძლისი, 16 % (123) თვლის, რომ მათი მდგომარეობა არის დამაკმაყოფილებელი და მხოლოდ 3 % (24) თვლის, რომ მზრუნველობამოკლებული ბავშვების მდგომარეობა არის კარგი. თბილისში მცხოვრები რესპოდენტების ნახევარზე მეტი თვლის, რომ მზრუნველობამოკლებული ბავშვების მდგომარეობა არის გაუსაძლისი, იგივე მაჩვენებელი რეგიონებში მცხოვრები პირებისთვის შედარებით უფრო ნაკლებია, რაც სავარაუდოდ რეგიონებში მზრუნველობამოკლებული ბავშვების შედარებით მცირე რაოდენობასთან და პრობლემის უფრო ნაკლებ აქტუალობასთან არის კავშირში (გრაფიკი 21).

გრაფიკი 21. მზრუნველობამოკლებული ბავშვების სოციალური დაცვის მდგომარეობის პასუხების განაწილება ასაკის და გეოგრაფიული საცხოვრებლის მიხედვით.



რესპოდენტებმა ასევე უპასუხეს კითხვაზე სახელმწიფო და სოციალური სამსახურების ჩართულობის შესახებ არასრულწლოვანი დამნაშავეების სოციალურ რეაბილიტაციაში. გამოკითხულთა 5 % (39) თვლის რომ სახელმწიფო სრულყოფილად არის ჩართული არასრულწლოვანთა რეაბილიტაციაში. 61 % (471) თვლის, რომ სახელმწიფო მხოლოდ ნაწილობრივ არის ჩართული არასრულწლოვანთა რეაბილიტაციაში და კიდევ ბევრია გასაკეთებელი, ხოლო 33 % (255) საერთო ვერ ხედავს სახელმწიფოს ზრუნვასა და ჩართულობას არასრულწლოვანი დამნაშავეების სოციალურ რეაბილიტაციაში. გამოკითხულთა უმრავლესობა თვლის, რომ სახელმწიფო უფრო მეტად უნდა ზრუნავდეს არასრულწლოვან დამნაშავეთა რეაბილიტაციაზე, მათ მატერიალურ დახმარებაზე, განათლების მიღებაზე, შრომითი მოწყობის და საზოგადოებაში მათი ინტეგრაციის სხვადასხვა საკითხებზე.

კვლევის მონაცემების მიხედვით შეგვიძლია დავასკვნათ:

- რომ სოციალურად დაუცველი სერვისის მიმღები მოქალაქეები უმეტეს შემთხვევაში ნაწილობრივ ან არასაკმარისად კმაყოფილი არიან მიწოდებული სერვისების ეფექტურობით და დროულობით. კერძო სადაზღვევოს მომხმარებელი რესპოდენტები უფრო კმაყოფილი არიან სერვისების მრავალფეროვნებით.
- მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის და მედიკამენტების მხარდაჭერის პროგრამის არსებობისა, ძალიან ბევრ შემთხვევაში ფინანსური რესურსების უკმარისობის გამო იქმნება ბარიერები რომელთა გამო მოქალაქეები ვერ ახერხებენ მკურნალობის სრული კურსის ჩატარებას. გარდა ამისა, არის გარკვეული მომსახურებები და მედიკამენტები, რომლებიც ასევე არ არის ხელმისაწვდომი განსაკუთრებით პენსიონერებისთვის.
- სოციალური მდგომარეობის შეფასებით კი დგინდება, რომ რესპოდენტთა დიდი ნაწილი პოზიტიურად აფასებს მათთვის ხელმისაწვდომი მომსახურების და დახმარების არსებობას, თუმცა ამავდროულად გამოხატავს უკმაყოფილებას სერვისის ხარისხის და მოცულობის შესახებ. არსებული საპენსიო გასაცემელი არასაკმარისად მიაჩნიათ პენსიონერებს, ეს განსაკუთრებით იგრძნობა დედაქალაქში მცხოვრებ რესპოდენტებში.
- კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობა ცხოვრობს დამაკმაყოფილებელ პირობებში, მათი დიდი ნაწილი განიცდის ფინანსურ გაჭირვებას, 37 % - ს ფინანსები ჰყოფნის მხოლოდ კვებაზე, ხოლო 8 % პრაქტიკულად შიმშილის ზღვარზე ცხოვრობს და ფინანსური სახსრები კვებაზეც კი არ ყოფნის. ფინანსური პრობლემები უფრო მწვავედ დგას ასაკოვანი მოსახლეობისთვის, როგორც რეგიონებში ისე თბილისში.

მეხუთე ამოცანა

სოციალურად დაუცველი ფენის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პარამეტრების შესწავლა და შეფასება.

სოციალურად დაუცველი ფენის მდგომარეობის უკეთ შეფასების მიზნით ჩატარდა ხარისხობრივი კვლევა, რომლის მიზანი იყო სოციალურად დაუცველი სოცმუშაკების ბენეფიციარების საჭიროებების განსაზღვრა და სოციალური დაცვისა და ზრუნვის პროგრამებში სპეციალისტების მიერ დანახული პრობლემების ხარისხობრივი შეფასება. კვლევაში სულ მონაწილეობა მიიღო 24 - მა სოციალურმა მუშაკმა, რომელთაგან 20 (83 %) - ს ჰქონდა 5 წელი და მეტი მუშაობის გამოცდილება.

ზოგადი დამოკიდებულება სოციალური სერვისების არსებული რესურსების და მათ გამოყენების მიმართ.

რესპოდენტთა ზოგადი განწყობა საერთოა და მათ უმრავლესობას მიაჩნია, რომ სოციალური სერვისები ვერ ფარავს მოსახლეობის საჭიროებას, ძირითადი უკმარისობებია რესურსები, კადრები და მომსახურების ზომის უკმარისობა. მოწყვლადი ჯგუფები მძიმე მდგომარეობაში არიან: განსაკუთრებით მძიმეა ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების, კანონთან კონფლიქტში მყოფი არასრულწლოვნების, შშმ პირების, სოციალურად დაუცველების, ეთნიკური და სექსუალური უმცირესობის წარმომადგენელთა სოციალური მდგომარეობა. გარდა სოციალურ და ეკონომიკური პრობლემებისა ისინი განიცდიან მნიშვნელოვან სტიგმას და დისკრიმინაციას.

მეორე პრობლემას წარმოადგენს სოციალური, იურიდიული და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის ნაკლებობა სოციალური სერვისების ბენეფიციარებისთვის.

რესპოდენტებმა ზოგადი ხასიათის პრობლემები აღწერეს:

- „იმ საჭიროებების დასაფარად რაც ბენეფიციარებს გააჩნიათ სოციალური სერვისები, ვფიქრობ, არ არის საკმარისი და საჭიროებს დამატებითი სერვისების მოძიებას მოწყვლადი ჯგუფების მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. ასევე - მათი

მატერიალური მხარდაჭერის მიზნით საჭიროა ადგილობრივი თვითმმართველობის რესურსების გამოყენება.“

- „სოციალური მუშაკების რაოდენობა მოცემულ ეტაპზე არ არის საკმარისი. ხშირ შემთხვევაში სოციალურ მუშაკებს უწევთ ბევრად მეტ შემთხვევაზე და საქმეზე მუშაობა, ვიდრე მათ ამის რესურსი აქვთ. აღნიშნული, რა თქმა უნდა, უარყოფითად აისახება სოციალური მუშაკის მიერ შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე. შესაბამისად ვერ ხერხდება ბენეფიციარების საჭროებების სრულად მოცვა და ხარისხიანი სერვისის მიწოდება. პრობლემას ამწვავებს ქვეყანაში არსებული სოციალური სერვისების სიმწირე.“
- „ადგილზევე ფსიქოლოგის და იურისტის მომსახურების გაწევა ვერ ხდება და ბენეფიციარებს, ხშირად უწევთ ტრანსპორტირების ხარჯის გაღება, რომ დანიშნულების ადგილამდე მიაღწიონ. ძალიან ხშირად სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებშიც დიდი რიგებია. სამწუხაროდ, ბევრ სოციალურად გაჭირვებულ მოქალაქეს მინიმალური ფინანსური საშუალებებიც კი არა აქვს, რომ მივიდეს სერვისის მისაღებად და ხშირად სწორედ ამის გამო ამბობენ უარს აღნიშნულ პროცედურებში მონაწილეობის მიღებაზე. შშმ პირების ტრანსპორტირება წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრობლემას, რადგან საჭიროა შესაბამისი ტიპის ტრანსპორტი.“

კითხვაზე კიდევ რჩებიან თუ არა ჯგუფები, რომლებმაც არ იციან ან არ მიუწვდებათ ხელი სოციალურ მომსახურებაზე?. ყველა სოცმუშაკი აღნიშნავს, რომ მოსახლეობის ნაწილს არ მიუწვდება ხელი სერვისებზე, ისინი ან არ არიან სათანადოდ ინფორმირებული ან არასკმარისად არიან მოცული სოციალური სერვისებით.

სოციალური მუშაკების და სოციალური სამსახურის მუშაობის თავისებურებები კოვიდ - 19 პანდემიის ფონზე.

ცალკე შეწავლის საგანს წარმოადგენდა კოვიდ - 19 პანდემიის პირობებში მოსახლეობის სოციალური პირობების შეფასება და მათი პრობლემები. კითხვაზე „რა სოციალური პრობლემები აქვთ სოციალური პროგრამის ბენეფიციარებს კოვიდ - 19 პანდემიის პერიოდში?“

სოციალური მუშაკები აღნიშნავენ, რომ გაიზრდა სოციალური საჭიროებები და რისკები. მოსახლეობის ისედაც დაუცველ ფენას შეექმნა მნიშვნელოვანი პრობლემები, კიდევ უფრო გაუჭირდა და მათთვის სერვისების ხელმისაწვდომობა კიდევ უფრო გაართულდა. საგანგებო მდგომარეობის დროს კი გადაადგილების შეზღუდვის და დაინფიცირების საფრთხის გამო, უმრავლესობას არ ჰქონდა შესაძლებლობა დღის ცენტრით, ადრეული განვითარების პროგრამით და რეაბილიტაცია/აბილიტაციის პროგრამით ესარგებლათ და შესაბამისი სრულყოფილი სერვისები მიეღოთ. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი სოციალურად დაუცველი ადამიანი, განსაკუთრებით შშმ პირი ჩართულია რეაბილიტაციის პროგრამაში და ეკუთვნის სახელმწიფოს მიერ ორგანიზებული სერვისები შესაბამისი ცენტრებში, ვირუსის გადადების შიშის გამო ბენეფიციარები ერიდებიან ბევრ ხალხთან კონტაქტს და ნაკლებად გადიან სახლიდან, ვინაიდან შშმ პირები არიან განსაკუთრებული რისკის ქვეშ.

პანდემიამ მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენა და კიდევ უფრო გაართულა ისედაც მძიმე მდგომარეობაში მყოფი სოციალურად დაუცველი პირების მდგომარეობა, ამას ასევე დაემატა ეკონომიკური სირთულეები, შეზღუდვების და დაინფიცირების შიშის გამო არსებულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შემცირება.

პასუხებში გამოიკვეთა რამდენიმე მიმართულება: „მათი სოციალური პრობლემები კიდევ უფრო გაღრმავდა. პანდემიის პირობებში კიდევ უფრო დაუმძიმდათ ეკონომიკური მდგომარეობა. მრავალი მათგანი ვეღარ ახერხებს ყოველდღიურად მუშაობას და პირველადი საჭიროებების დაკმაყოფილებას. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბენეფიციარები ვერ სარგებლობენ სრულყოფილად სოციალური პროგრამებით. მაგალითად შშმ პირები და მათ ოჯახები, ასევე სენსორული განვითარების შეფერხების მქონე, აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვები ჩართულნი იყვნენ სხვადასხვა პროგრამაში, მათ ჰქონდათ გარკვეული წინსვლა განვითარებაში, პანდემიის პირობებში კი უწყვეტ სახლში ყოფნა. განსაკუთრებულად პრობლემურად მიმაჩნია მოცემულ პერიოდში მათი მდგომარეობა, რადგან ხშირ შემთხვევაში მშობლებს უჭირთ დახურულ სივრცეში რთული ქცევის

ბავშვების ქცევის მართვა და შესაძლოა თავი იჩინოს სხვადასხვა სახის ძალადობის ფაქტებმა ბავშვებზე.“

კოვიდ - 19 პანდემიის პირობებში მნიშვნელოვანი პრობლემები შეექმნა შშმ პირებს და მათთვის ჯანმრთელობის რისკებმა კიდევ უფრო მოიმატა. ასევე ძალიან მძიმე მდგომარეობა შეექმნათ სოციალურად დაუცველი ოჯახის შვილებს. ონლაინ სწვალებასთან დაკავშირებით ასეთი ოჯახის შვილებისთვის მნიშვნელოვანი პრობლემა გახდა ინტერნეტის და კომპიუტერის ხელმისაწვდომობაც. პანდემიის დროს კიდევ უფრო დამძიმდა საცხოვრებელი პირობები მათთვის, ვინც იღებს სხვადასხვა სოციალურ დახმარებას, ვალუტის გაუფასურების და არსებული შეზღუდვების პირობებში მათ შეექმნათ უკიდურესად გაუსაძლისი სიტუაცია. „გამვირდა საკვები პროდუქტები, ყოველდღიური საჭიროებისათვის განკუთვნილი ნივთები. სოციალურად დაუცველთა უმრავლესობა ან მათი ოჯახის წევრები დაკავებულნი იყვნენ გარე ვაჭრობით, ან თვითდასაქმების საშუალებით იღებდნენ შემოსავალს, რაზეც პანდემიის პერიოდში დაწესებულმა შეზღუდვებმა თავისთავად იქონია ნეგატიური გავლენა.“ ასეთ ოჯახებს „სახელმწიფოში არსებული ინფლაციიდან გამომდინარე კიდევ უფრო მეტად უჭირთ თანხების გადანაწილება პირველადი საჭიროების ნივთებზე და ბევრი მათანი არის შიმშილის ზღვარზე.“ „ოჯახის წევრები, რომლებიც დღიურ სამუშაოებზე იყვნენ დასაქმებული, დარჩნენ უმუშევრები. მეტი საკვები პროდუქტების საჭიროება აქვთ, რადგანაც ბავშვები მთელი დღის მანძილზე სახლში არიან. ასევე მეტი ჰიგიენური საშუალებები ესაჭიროებათ.“

სოციალური პროგრამების განვითარების და სოციალური მუშაკების მდგომარეობის შეფასება

რესპოდენტების შეფასებით სოციალური დაცვის პროგრამების მოცვა და სერვისები მნიშვნელოვნად გაიზარდა, თუმცა მიუხედავად ამისა საკმარისი არ არის. ძალიან მნიშვნელოვანია სოციალური მუშაკების სამუშაო პირობების გაუმჯობესება სოციალურის სერვისების ხარისხის და მომსახურების ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად: - „პირველ რიგში მნიშვნელოვანია სოციალური მუშაკების რაოდენობა იყოს შესაბამისობაში იმ საქმის მოცულობასთან, რასაც დღეს სახელმწიფო ზრუნვის

სააგენტოს სოციალური მუშაკები ასრულებენ. აუცილებელია მათ სამუშაო გარემო იყოს აღჭრვილი შესაბამისი მატერიალურ-ტექნიკური ინვენტარით და არ უწევდეს რამდენიმე სოციალურ მუშაკს ერთ კომპიუტერის, მაგიდის, სკამის გაზიარება. მნიშვნელოვანია დაცული იყოს სოციალური მუშაკი სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულების პროცესში. სოციალური მუშაკები უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ შესაბამისი სოციალური გარანტიებით. სოციალურ მუშაკს თავისი საქმიანობის განხორციელებისთვის ესაჭიროება სხვადასხვა სოციალური პროგრამის არსებობა. მნიშვნელოვანია პროგრამების რაოდენობა და სამიზნე ჯგუფები გაფართოვდეს, რათა სოციალურმა მუშაკმა შეძლოს მხარდაჭერი მომსახურების სრულფასოვნად განხორციელება.“

როგორც რესპოდენტების პასუხებიდან ჩანს, სოცმუშაკებს ესაჭიროებათ მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა სამუშაო პირობების გაუმჯობესებისთვის. მათ არ გააჩნიათ სოციალურ და ეკონომიკური მხარდაჭერა სახელმწიფოს მიერ რაც ძალიან მოქმედებს პროგრამის სერვისების მიწოდების ხარისხზე. მათი მოსაზრებით სოციალური მუშაკების მხარდაჭერა თუ არ გაუმჯობესდება სოციალური პროგრამები ვერასოდეს გახდება ხარისხიანი და ეფექტური.

მონაცემთა ანალიზით დგინდება, რომ:

- სოციალურად მოწყვლადი ფენების მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია და მწვავედ დგას მათი დროული დახმარების საკითხი, მათ შორის მზრუნველობამოკლებული ბავშვების, არასრულწლოვანი დამნაშავეების რეაბილიტაცია, შშმ პირების მხარდაჭერა და საზოგადოებაში ინტეგრირება.
- არანაკლებ მწვავედ დგას სოციალური მომსახურების ინსტიტუციური მოწყობის საკითხები. ქვეყანაში საკმაოდ სუსტია სოციალური მუშაკების ინსტიტუტი და სოციალური მუშაკების მომზადება და მათი მხარდაჭერა.
- ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე დღეს საქართველოში არსებული პროგრამები და რესურსები არასაკამრისია ქვეყანაში არსებული სოციალური პრობლემების გადასაჭერელად. ამ პრობლემას კიდევ უფრო აღრმავებს არსებული

მწირი რესურსების სწორ მართვაში და ორგანიზებაში არსებული პრობლემები, რომლებიც ხელს უშლის პროგრამების ხარისხიან და დროულ განხორციელებას.

თავი 4

დასკვნები

კვლევის შედეგები წარმოაჩენს სოციალური და ჯანდაცვის სისტემის ერთობლივი და ეფექტური მუშაობის აუცილებლობას, სოციალური სერვისებით ადექვატური მოცვის და ხელმისაწვდომობის სწორი განაწილების და დროული მიწოდების მნიშვნელობას.

- საქართველოს სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების პროგრამები ეფუძნება განვითარებული ქვეყნების პროგრამების პრინციპებს. ხოლო ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების მოთხოვნების მიხედვით ქვეყნის სოციალური და ჯანდაცვის სტრატეგიები იზიარებს ევროკავშირის ქვეყნებში არსებულ შესაბამის სტრატეგიებს და ქვეყანაში არსებული პროგრამები ეფუძნება მათ ძირითად მოთხოვნებს.
- საქართველოში მოქმედი სოციალური პროგრამები სამ ძირითად მიმართულებას მოიცავენ, ესენია: სოციალური პროგრამები, ჯანდაცვის პროგრამები და სახელმწიფო გასაცემელი.
- სოციალური პროგრამები, რომელიც უშუალოდ ემსახურება სოციალურად დაუცველ ოჯახებს და შშმ პირებს, რომელთა შემოსავალი საარსებო მინიმუმზე ნაკლებია. შემწეობის მიმღები მოქალაქეების რაოდენობა 2010 – 2019 წლებში საქართველოს მთლიანი მოსახლეობის 11 % - დან 13 % - მდე მერყეობს ანუ საშუალოდ ყოველი მეათე ადამიანი ქვეყანაში არის სოციალურად დაუცველი და საჭიროებს მუდმივ ფინანსურ მხარდაჭერას, რომ იარსებოს. სოციალური პროგრამების ბენეფიციართა უმრავლესობა წარმოადგენს ბავშვებს და არასაპენსიო ასაკის ჯგუფს.
- საქართველოში მოქმედებს ჯანდაცვის პროგრამები, რომელთა ბენეფიციარების რაოდენობა იზრდება დინამიკაში და ძირითადად მოდის ჯანდაცვის ბაზისურ საჭიროებებზე. პირველადი და სპეციფიური საჭიროების მედიკამენტების პროგრამა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენისათვის და მისი მომხმარებელთა რაოდენობა, მისაწოდებელი მედიკამენტების ასორტიმენტი იზრდება დინამიკაში. თუმცა ჯერ კიდევ მრავლად არის ფინანსური

ბარიერები, რომელთა გამო მოქალაქეები ვერ ახერხებენ მკურნალობის სრული კურსის ჩატარებას.

- რესპოდენტთა უმრავლესობა პოზიტიურად აფასებს მათთვის ხელმისაწვდომი მომსახურების და დახმარების არსებობას, თუმცა ამავდროულად გამოხატავს უკმაყოფილებას სერვისის ხარისხის და მოცულობის შესახებ.
- კვლავ დიდ პრობლემად რჩება ფინანსურ გაჭირვება, მოსახლეობის 37 % - ს ფინანსები ჰყოფნის მხოლოდ კვებაზე, ხოლო 8 % პრაქტიკულად შიმშილის ზღვარზე ცხოვრობს და ფინანსური სახსრები კვებაზეც კი არ ყოფნის. ფინანსური პრობლემები უფრო მწვავედ დგას ასაკოვანი მოსახლეობისთვის, როგორც რეგიონებში ისე თბილისში.
- არადამაკმაყოფილებელია სოციალურად მოწყვლადი ფენების მდგომარეობა, მათ შორის მზრუნველობამოკლებული ბავშვების, არასრულწლოვანი დამნაშავეების რეაბილიტაცია, შშმ პირების მხარდაჭერა და საზოგადოებაში ინტეგრირება.
- არანაკლებ მწვავედ დგას სოციალური მომსახურების ინსტიტუციური მოწყობის საკითხები. ქვეყანაში საკმაოდ სუსტია სოციალური მუშაკების ინსტიტუტი და სოციალური მუშაკების მომზადება და მათი მხარდაჭერა.
- ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე დღეს საქართველოში არსებული პროგრამები და რესურსები არასაკამრისია ქვეყანაში არსებული სოციალური პრობლემების გადასაჭერელად. ამ პრობლემას კიდევ უფრო აღრმავებს არსებული მწირი რესურსების სწორ მართვაში და ორგანიზებაში არსებული პრობლემები, რომლებიც ხელს უშლის პროგრამების ხარისხიან და დროულ განხორციელებას.

რეკომენდაციები

- ქვეყანას გააჩნია გაწერილი და ევროკავშირის ასოცირების ხელშეკრულების მიხედვით შედგენილი სტრატეგიები და პროგრამები, მაგრამ სისტემის და პროგრამების შემდგომი გაუმჯობესებისთვის აუცილებელია შესაბამისი პროგრამული მონიტორინგის და შეფასების ინდიკატორების დანერგვა და მათზე დაკვირვება.
- თუ გავითვალისწინებთ ქვეყანაში საპენსიო ასაკის პირთა რაოდენობრივ ზრდას, შობადობის შემცირებას, სამუშაო ასაკში მყოფი მოსახლეობის კლებას, მიგრაციულ პროცესებსა და არსებულ სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას, ქვეყნის მოქალაქეთა ღირსეული ხანდაზმულობის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია დაგროვებითი საპენსიო სისტემის ამოქმედება.
- აუცილებელია ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე ხანდაზმულთათვის, შშმ პირთა და შშმ ბავშვთათვის ხანგრძლივი მოვლის, მათ შორის, შინ მოვლის პროგრამების დანერგვა. თემზე დაფუძნებული სხვა მომსახურებების განვითარება და სახელმწიფო დაფინანსების კრიტერიუმების გადახედვა, რაც ხელს შეუწყობს მათ დამოუკიდებლობას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.
- სოციალური სამართლიანობის, თანასწორობისა და სოლიდარობის კონსტიტუციით აღიარებული პრინციპების განსამტკიცებლად, საჭიროა დაიწყოს პრევენციული სოციალური დაცვის სისტემის დანერგვა, რაც სამომავლოდ თავიდან აგვაცილებს მოსახლეობის გადატაკებას და დამატებით პროგრამულ დანახარჯებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის მუდმივი დახმარებისთვის.
- ინდივიდუალური და თემზე ორიენტირებული მომსახურებების დროული და მარტივი შეთავაზება და გამოსავალის ინდიკატორების მუდმივი მონიტორინგი გაზრდის პროგრამების ეფექტურობას.
- სოციალურ მუშაკთა სამუშაო პირობების და დატვირთვის სწორი განაწილება, მათი მუშაობის პროცესის დამატებითი ხელშეწყობა, პროფესიული განათლების და სხვა საშუალებებით, სწორად ჩამოყალიბებულ მონიტორინგთან ერთად

მნიშვნელოვნად გაზრდის სოციალური და ჯანდაცვის პროგრამების ხარისხს და ეფექტურობას.

- კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების დახმარების პროგრამების დანერგვა შეამცირებს ბავშვთა მიტოვებისა თუ ოჯახებისგან განცალკევების ფაქტებს და ხელს შეუწყობს ბავშვთა სოციალურ ინტეგრაციას.
- შშმ პირთა, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა თანაბარი უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების რეალიზების მხარდაჭერის პროგრამა მნიშვნელოვნად გაზრდის მათი ცხოვრების ხარისხს და სოციალური პროგრამების ინკლუზიურობას.

Thesis of Dissertation**Evaluation of Social Characteristics, Access to and Satisfaction with Healthcare Services in the Population of Georgia.****Introduction of the study**

The republic of Georgia has social support and social insurance systems, which has developed social policy and programs to reduce the risks of poverty and vulnerability, to find the ways of solving existing social-economical problems in the country.

Country has the special agency named as “Social Service Agency” providing various services to different social groups requiring them. National health and social programs are accessible across the country and covers around 60 percent of the citizens of the country. The Universal Health insurance Program is the biggest program, ensuring universal coverage of non-insured individuals living in the country with medical services, funding is provided from national budget. As of the end of 2019, about 779 thousand people used the mentioned services, which constitute around 19% of the Georgian population. Based on the results of survey conducted under this study around one third of participants are satisfied with the quality of services provided by the family doctors under the national universal health insurance system. However many citizens of Georgia, especially pensioners, experience insufficient financial support to obtain some necessary medical services and medications. The objective of this phd project was to evaluate the level and accessibility of social services, social defence and social security for citizens of the republic of Georgia, in order to discover the characteristics of existing problems and identify strategies and recommendations to improve effectiveness of social services in the country.

The goals of the study were the following:

1. Analyse and evaluate existing social systems in other countries, including developed countries to share their experience and achievements for better planning and implementation of social services in Georgia.
2. Assess effectiveness of existing socials system and programs in the republic of Georgia.

3. Evaluate the accessibility of existing social security and support services to various age and social groups in Georgia.
4. Evaluate social environment and complex social markers in Georgia.
1. Assess the determinants and parameters of social support and social security of vulnerable population in Georgia.

2. Methods

Study population and data collection instrument

Literature search and analysis was conducted in order to identify experience of other countries. National reports and publications were used to evaluate existing national social programs. Observational study was conducted to identify determinants and characteristics of social security and social support system of Georgia. Qualitative study was conducted to evaluate accessibility of social services to citizens of Georgia and identify their additional needs.

Quantitative study

An observational study was conducted in 2018 – 2019 years. Eligible participants were adults 18 years of age and older, all of them provided informed consent to participate in the study. Two stage cluster sampling method was used to collect adequate amount of study participants. At the first stage clusters were selected by geographic locations of the country and agreed with the respective governmental authorities. At the following stage, potential respondents were selected using randomly selected addresses/households per each sampling point. The selected respondents were asked to complete the questionnaire at the preferred location. Overall, 850 respondents agreed to participate in the study.

A research instrument was a self-administered structured anonymous questionnaire which could be filled by participant, questionnaires were tested by interviewers before the conducting the study. Questionnaire had four sections and total of 70 questions, requiring about 30-40 minutes to complete. The first section collected demographic data (age, gender, and family information); the second section asked information on respondents' health and access to health care services as well as satisfaction; The third one was about the usage of state or private insurance services; and finally, the fourth section contained questions concerning social conditions (average income, living conditions referring to shelter, safety and proper sanitation), usage of social services and their satisfaction with the services.

Data analysis

The methods of descriptive and analytic statistical were applied to conduct data analysis. Variables were coded and analysed. The continuous variables were categorized and frequencies were calculated for all categorical variables. Bivariate analysis was conducted using chi-square test to assess associations between different socio-demographic variables and indicators of satisfaction with services. Statistical significance was defined as p-value <0.05. Statistical program R for Windows (4.0.2) and the libraries (dplyr, ggplot, stringr, readr, tidyverse) were used for statistical analysis.

3. Results

3.1. Demographic characteristics

A total of 956 potential respondents were reached to offer participation in the study. 850 agreed on participation and completed questionnaire, and 106 refused to participate in the study. 71 % of participants were male, 49.3 % were at the age groups 35-60 years old. 539 (63%) respondents were participated from the capital city Tbilisi and 311 (37%) were from other regions of Georgia. 53,5% of participants were self-employed or were unemployed. 608 (71,5%) of participants were married and 242 (28, 5%) were divorced, widower or single. 80 % of the participants had at least one child in a family. The result of this project underlines the need of effective collaboration between national social and health systems of Georgia, to improve the coverage and access of social services, their timely and fear distribution among citizens of the country.

- The design of national social support and social security system of Georgia are based on the same principles applied by the socials systems of countries in European Union. Based on requirements of association agreement with European Union member countries should share same strategies for national social programs.
- There a number of social programs in Georgia, their coverage and funding improving in dynamic.
- National social programs of Georgia has three main direction: social programs, public health programs and national social subsidies.
- Evaluation of national social programs reveal that they are available for poor families and peoples wih disabilities.
- An estimated 11% to 13% of population of Georgia requires permanent social and economical support from government to maintain minimal living conditions.

- The majority of beneficiaries of national programs receiving social support are children and adults. The third of them are less than 20 years, however 25% constitutes people from 30 to 50 years old.
- One third of citizens receiving social support are families with many children. Increasing number of beneficiaries were administered in the Tbilisi, compared to other geographic area in Georgia.
- In majority of cases the beneficiaries of social services consider that services could be improved to become more appropriate for their needs.
- There are still many citizens, particularly older people including pensioners, suffering due to insufficient financial support to acquire adequate treatment course for their health conditions.
- Majority of pensioners consider that pension is not sufficient for their need and they live with very poor life.
- Only 37% considers that financial support is adequate to cover their daily requirements, 8% of participants do not have enough money to buy food products and they often have to make choice between food or medications.
- Homeless children and people with disabilities are not provided minimal support necessary for their implementation in normal life.
- Implementation of social worker institution is a big problem in the country and social workers have difficult working conditions, they do not have adequate qualification and support to continue working on their position for long term.
- Many problems in social support and social security system in Georgia are associated with limited resources to fund programs and insufficient qualifications of social workers.

4. Conclusions

Based on the result of this study we can conclude that country has correct strategies to align its principles of social security and support system to the direction provided by European Union regulations, however there are still huge gaps to overcome to build strong and effective social system wich would be able to efectively identify and respond to the requirements of vulnerable population in Georgia, as well as to prevent average citizen from falling into poverty when they loose their job and social conditions.

თავი 6

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის სამოქმედო გეგმა 2017-2020
2. საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტო;
3. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური; 2019
4. გაეროს ბავშვთა ფონდი (Unisef- Gergia) „მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა 2017- მოკლე მიმოხილვა“. თბილისი 2018. გვ. 3-26;
5. გაეროს ფონდი. UNICEF. ცენტრალური და მუნიციპალური სტრუქტურების მიერ მოსახლეობისადმი გაცემული სოციალური სარგებლის / დახმარების ანალიზი. 2014-2018;
6. დაავადება კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ოფიციალური სტატისტიკური ცნობარი 2014-2018 წელი;
7. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა“ თბილისის 2018;
8. ვერულავა თ., ანი კენჭაშვილი, მაია კვიციანია, ლაშა გვარამია, ლანა ბურჭულაძე, ანნა მაჩიტაძე, ცირა ყაჭური. უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, N 3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი. 2017. გვ. 140-151;
9. საქართველოს პარლამენტი. EUROPIAN UNION FOR GEORGIA, UNDP, „საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2010 წლისთვის“ 2017;
10. საქართველოს პარლამენტი. ევროკავშირი საქართველოსთვის, ევროკავშირის და გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP). საქართველოში შრომისა და სოციალური დაცვის სფეროების განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის. 2017;
11. ვერულავა თ., ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016;
12. ვერულავა თ., უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები. 2016. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი;
13. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“;

14. გზირიშვილი დ. დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. 2012. ;
15. გელიტაშვილი, ნ., 2011. ევროკავშირთან თავსებადი სოციალური დაცვის მოდელი საქართველოში, თბილისი: ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი;
16. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №218 2009 წლის 9 დეკემბერი;
17. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №32 2009 წლის 19 თებერვალი;
18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №238 2009 წლის 31 აგვისტო;
19. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №166 2007 წლის 31 ივლისი, საქართველოს მთავრობის დადგენილება №92, 2008 წლის 8 აპრილი;
20. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „საქართველოს ეროვნული უსაფრთხოების კონცეფციის“ დამტკიცებისშესახებ 2005 წლის 8 ივლისი. №1895–რს;
21. Cheah YK, Meltzer D. Ethnic Differences in Participation in Medical Check-ups Among the Elderly: Evidence from Malaysia. *J Gen Intern Med*. 2020 Mar 17. doi: 10.1007/s11606-020-05766-6.;
22. World Health Organization . 2020. [www. Who.int](http://www.who.int).;
23. R for Windows. Statistical packages R language. <https://cran.r-project.org/bin/windows/base/>
24. Abruquah LA, Yin X, Ding Y. Old Age Support in Urban China: The Role of Pension Schemes, Self-Support Ability and Intergenerational Assistance. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 May 30;16(11). pii: E1918. doi: 10.3390/ijerph16111918;
25. Azimatun Noor A, Saperi S, Aljunid SM. The Malaysian community's acceptance and willingness to pay for a National Health Financing Scheme. *Public Health*. 2019 Oct;175:129-137. doi: 10.1016/j.puhe.2019.07.008. Epub 2019 Aug 29;
26. Bosakova L., Madarasova Geckova A., Borrell C, Hajduova Z, van Dijk JP, Reijneveld SA. How adults and children perceive the impact of social policies connected to unemployment on well-being in the household: a concept mapping approach. *Int J Public Health*. 2019 Dec;64(9):1313-1323. doi: 10.1007/s00038-019-01304-2. Epub 2019.;
27. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *Int J Equity Health*. 2019 Feb 19;18(1):36. doi: 10.1186/s12939-019-0935-0.;
28. Durham J, Fa'avale N, Fa'avale A, Ziesman C, Malama E, Tafa S, Taito T, Etuale J, Yaranamua M, Utai U, Schubert L. The impact and importance of place on health for young people of Pasifika descent in Queensland, Australia: a qualitative study towards developing meaningful health equity indicators. . *Int J Equity Health*. 2019 Jun 3;18(1):81. doi: 10.1186/s12939-019-0978-2.;

29. Empowering Social Protection System. The Role of Government and a Way Forward. *Journal of Administrative Science* Vol.16, Issue 2, 2019, pp. 27-41. Suhaimi Abdul Samad 1 1Universiti Teknologi MARA (UiTM), Seremban, Negeri Sembilan, Malaysia.;
30. Rostampour M, Nosratnejad S. A Systematic Review of Equity in Healthcare Financing in Low- and Middle-Income Countries. *Value Health Reg Issues*. 2019 Nov 28;21:133-140. doi: 10.1016/j.vhri.2019.10.001.;
31. Sasai Y, Suzuki Y, Takeuchi Y. An analysis of the current condition of the medical insurance system in Japan. *J Oral Sci*. 2019;61(3):481-482. doi: 10.2334/josnusd.19-0198.;
32. Wendt C. Social Health Insurance in Europe: Basic Concepts and New Principles. *J Health Polit Policy Law*. 2019 Aug 1;44(4):665-677. doi: 10.1215/03616878-7530837.;
33. World Bank, UNESCO Institute for Statistics.;
34. World Bank. International Labour Organization. Data retrieved in December 2019.;
35. Addressing Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: A Global Review of Policy Outcome Evaluation Methods. *Int J Health Policy Manag*. 2018.;
36. Chen D, Petrie D, Tang K, Wu D. Retirement saving and mental health in China. *Health Promot Int*. 2018 Oct 1;33(5):801-811. doi: 10.1093/heapro/dax029.;
37. Fornell B, Correa M, López Del Amo MP, Martín JJ. Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007-2011) on perceived health. *Qual Life Res*. 2018 Aug;27(8):2095-2105. doi: 10.1007/s11136-018-1824-5. Epub 2018 Feb 24.;
38. Goldman HH, Frey WD, Riley JK. Social Security and Disability Due to Mental Impairment in Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018 May 7;14:453-469. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084754.;
39. Huffman KF, Upchurch G. The Health of Older Americans: A Primer on Medicare and a Local Perspective. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Jan;66(1):25-32. doi: 10.1111/jgs.15227. Epub 2018 Jan 10.;
40. Japan Facts Sheets https://www.ge.emb-japan.go.jp/files/japan_fact_sheet/Social%20security%20system.pdf.;
41. Johan P. Mackenbach, José Rubio Valverde, Barbara Artnik, Matthias Bopp, Henrik Brønnum-Hansen, Patrick Deboosere, Ramune Kalediene, Katalin Kovács, .at.. Trends in health inequalities in 27 European countries *PNAS* June 19, 2018 115 (25) 6440-6445; first published June 4, 2018 <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>.;
42. Luttmer EFP, Samwick AA. The Welfare Cost of Perceived Policy Uncertainty: Evidence from Social Security. *Am Econ Rev*. 2018 Feb;108(2):275-307.;
43. Nadash P, Doty P, von Schwanenflügel M. The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments. *Gerontologist*. 2018 May 8;58(3):588-597. doi: 10.1093/geront/gnx018.;

44. O'DonnellPatrick, O'Donovan Diarmuid, Khalifa Elmusharaf, „Measuring social exclusion in healthcare settings: a scoping review” *International Journal for Equity in Health* 2018;
45. Pany S, Patnaik L, Rao EV, Pattanaik S, Sahu T. End-of-life Care and Social Security Issues among Geriatric People Attending a Tertiary Care Hospital of Eastern India. *Indian J Palliat Care*. 2018 Oct-Dec;24(4):402-405. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_26_18.;
46. Rabinovich L, Samek A. "No Regrets": Qualitative Evidence on Early Claiming of Social Security Retirement. *J Aging Stud*. 2018 Sep;46:17-23. doi: 10.1016/j.jaging.2018.05.002. Epub 2018 Jun 5.;
47. Raj M. Desai. Nita Rudra. Trade, poverty, and social protection in developing countries. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2018.08.008> Get rights and content.;
48. Suárez Álvarez Ó, Fernández-Feito A, Vallina Crespo H, Aldasoro Unamuno E, Cofiño R. Tools to assess the impact on health of public health programmes and community interventions from an equity perspective. *Gac Sanit*. 2018 Nov - Dec;32(6):579-581. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.01.008.;
49. Aitken Z, Krnjacki L, Kavanagh AM, LaMontagne AD, Milner A; Does social support modify the effect of disability acquisition on mental health? A longitudinal study of Australian adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Oct;52(10):1247-1255. doi: 10.1007/s00127-017-1418-5;
50. Aizuddin AN, Aljunid SM. Ability to Pay for Future National Health Financing Scheme among Malaysian Households. *Ann Glob Health*. 2017 May - Aug;83(3-4):654-660. doi: 10.1016/j.aogh.2017.10.002. Epub 2017 Nov 21.;
51. Alami Randa. „Health Financing Systems, Health Equity and Universal Health Coverage in Arab Countries” *Wiley Online Library* 10 January 2017.;
52. Bilal U, Cooper R, Abreu F, Nau C, Franco M, Glass TA. Economic growth and mortality: do social protection policies matter? *Int J Epidemiol*. 2017 Aug 1;46(4):1147-1156. doi: 10.1093/ije/dyx016.;
53. Brennan-Ing M, Seidel L, Karpiak SE. Social Support Systems and Social Network Characteristics of Older Adults *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 2017;42:159-172. Epub 2016 Nov 22.;
54. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*. 2017 Aug 26;390(10097):882-897. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31280-1. Epub 2017 Jul 3.;
55. Fisher M, Baum FE, MacDougall C, Newman L, McDermott D, Phillips C. Intersectoral action on SDH and equity in Australian health policy. *Health Promot Int*. 2017 Dec 1;32(6):953-963.;
56. Javaid D, Hanif R, Rehna T. Adequate social support as the predictor of patient's quality of life. *J Pak Med Assoc*. 2017 Aug;67(8):1302-1303.;
57. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Armstrong DG. The growing need for resources to help older adults manage their financial and healthcare choices. *BMC Geriatr*. 2017 Apr 11;17(1):84. doi: 10.1186/s12877-017-0477-5.;

58. Podger A. Only in Australia: The History, Politics and Economics of Australian Exceptionalism, by William O. Coleman (Oxford University Press, Oxford, 2016). Economic Record, 2017 - Wiley Online Library.;
59. World Health Organization Regional Office for Europe, European Health for All database (HFA-DB), July 2016 update. (<http://data.euro.who.int/hfad/>, accessed 3 October 2017);
60. 2015 International Profiles of Health Care Systems. Elias Mossialos and Martin Wenzl London School of Economics and Political Science Robin Osborn and Dana Sarnak The Commonwealth Fund. 2016;
61. Farrants K, Bambra C, Nylen L, Kasim A, Burstrom B, Hunter D. Recommodification, Unemployment, and Health Inequalities: Trends in England and Sweden 1991-2011. *Int J Health Serv.* 2016;46(2):300-24. doi: 10.1177/0020731416637829. Epub 2016 Mar 21.;
62. Goldblatt B. Developing the right to social security-a gender perspective- 2016 – Routledge.;
63. Hall M, Graffunder C, Metzler M. Policy Approaches to Advancing Health Equity. *J Public Health Manag Pract.* 2016 Jan-Feb;22 Suppl 1:S50-9. doi: 10.1097/PHH.0000000000000365.;
64. Jha R, Gaiha R. The economics of food security. 2016 - cabdirect.org.;
65. Penman-Aguilar A, Talih M, Huang D, Moonesinghe R, Bouye K, Beckles G. Measurement of Health Disparities, Health Inequities, and Social Determinants of Health to Support the Advancement of Health Equity. *J Public Health Manag Pract.* 2016.;
66. Pettigrew L.M, Mathauer I. „Voluntary health insurance expenditure in low-and middle-income countries: exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage” - *International Journal for Equity in Health* volume 15, Article number: 67. 2016.;
67. Phillips C, Fisher M, Baum F, MacDougall C, Newman L, McDermott D. To what extent do Australian child and youth health policies address the social determinants of health and health equity?: a document analysis study. *BMC Public Health.* 2016 Jun 15;16:512. doi: 10.1186/s12889-016-3187-6.;
68. Reich Michael; Daoseph Harris at all. „Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies” *The Lancet.* Volume 387, Issue 10020, 20–26 February 2016, Pages 811-816;
69. Richard B Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras „Social Health Care Systems in Europe European Observatory on Health systems and Political Series“ Open University Press 2016 pages 112-189; <http://european.ge/ramdenad-axlos-vart-evropastan/> Copyright © European.ge.;
70. Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M „Health systems in transition” WHO euro.who.int; 2016;
71. Taylor, David R; Gray, Matthew; Stanton, David. New conditionality in Australian social security policy. *Australian Journal of Social Issues, The, Vol. 51, No. 1, 2016: 3-26.*;

72. The Policy–Opinion Nexus: The Impact of Social Protection Programs on Welfare Policy Preferences in China Dong-Kyun Im, Tianguang Meng. *International Journal of Public Opinion Research*, Volume 28, Issue 2, Summer 2016, Pages 241–268.;
73. Vaalavuo M. Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? *Scand J Public Health*. 2016 Jun;44(4):347-53. doi: 10.1177/1403494815623654. Epub 2016.;
74. Vågerö D, Garcy AM. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992-96 deep Swedish recession. *Eur J Public Health*. 2016 Oct;26(5):778-783. Epub 2016 Apr 16.;
75. Van Duijn R, Damman M. The transition from work to retirement: Experienced support from adult children. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2016 Jun;47(3):98-108. doi: 10.1007/s12439-016-0172-6.;
76. Vancea M, Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scand J Public Health*. 2017 Feb;45(1):73-84. doi: 10.1177/1403494816679555. Epub 2016 Nov 24.;
77. Arai H, Ouchi Y, Toba K, Endo T, Shimokado K, Tsubota K, Matsuo S, Mori H, Yumura W, Yokode M, Rakugi H, Ohshima S. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015 Jun;15(6):673-87. doi: 10.1111/ggi.12450. Epub 2015 Feb 5.;
78. Bamba C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries.;
79. Department of Health, Australian Government (2015a). <http://www.ehealth.gov.au/internet/ehealth/publishing.nsf/Content/pcehr-statistics>. Accessed Nov. 16, 2015.;
80. Doty P, Nadash P, Racco N. Long-term care financing: lessons from France. *Milbank Q*. 2015 Jun;93(2):359-91. doi: 10.1111/1468-0009.12125.;
81. Goldblatt B. Developing the Right to Social Security from a Gender Perspective. 2015 - nswworks.unsw.edu.au.;
82. Houtrow AJ. At the Intersection of Poverty and Disability: Supplemental Security Income for Children With Disabilities Due to Mental Health Problems. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Dec;96(12):2094-5. doi: 10.1016/j.apmr.2015.09.008.;
83. Huang J, Kim Y, Birkenmaier J. Unemployment and household food hardship in the economic recession. *Public Health Nutr*. 2016 Feb;19(3):511-9. doi: 10.1017/S1368980015001603. Epub 2015 Jun 1.;
84. Kampman H, Hefferon K, Wilson M, Beale J. "I can do things now that people thought were impossible, actually, things that I thought were impossible": A meta-synthesis of the qualitative findings on posttraumatic growth and severe physical injury. *Can Psychol/Psychologie canadienne*. 2015; 56: 283-94.;

85. Sasaki T, Izawa M, Okada Y. Current trends in health insurance systems: OECD countries vs. Japan. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2015;55(4):267-75. doi: 10.2176/nmc.ra.2014-0317. Epub 2015 Mar 23.;
86. T.J. Sutcliffe Social Security Disability Insurance: How Social Workers Can Support Necessary Action . *Health & Social Work*, Volume 40, Issue 3, August 2015, Pages 169–173.;
87. Taylor-Robinson et al., 2013b, Schrecker and Milne, 2015. (Riches and Silvasti, 2014, Loopstra et al., 2015c.;
88. Anner J, Kunz R, Boer W. Reporting about disability evaluation in European countries. *Disability and rehabilitation*, 2014 - Taylor & Francis;
89. Bloom DE, McKinnon R. The design and implementation of pension systems in developing countries: issues and options. *handbook on ageing and public policy*, 2014 - elgaronline.com.;
90. Dong K, Wang G. China's pension challenge: adaptive strategy for success. *Public Administration and Development*, 2014 - Wiley Online Library.;
91. Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *Epidemiol Community Health*, 2014.;
92. Koetsenruijter J., Lieshout J., Vassilev I., Portillo M., Serrano M., Knutsen I., Roukova P., Lionis C., Todorova E., Foss C., Rogers A. & Wensing. Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: study protocol for an observational study. *Health and Quality of Life Outcomes* volume 12, Article number: 29 2014.;
93. Li B. Social pension unification in an urbanising China: Paths and constraints. *Public Administration and Development*, 2014 – Wiley Online Library.;
94. National Institute of Population and Social Security Research (2014). *Social Security in Japan 2014*. <http://www.ipss.go.jp/sinfo/e/ssj2014/index.asp>. Accessed Aug. 20, 2014.;
95. National Institute of Population and Social Security Research, 2014.;
96. Podger A, Stanton D, Whiteford P. Designing social security systems: learning from Australia and other countries. *Public Administration and ...*, 2014 - Wiley Online Library.;
97. Povall SL, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A1. Health equity impact assessment. *Health Promot Int*. 2014 Dec;29(4):621-33. doi: 10.1093/heapro/dat012. Epub 2013 Feb 28.;
98. Teh JK, Tey NP, Ng ST. Ethnic and gender differentials in non-communicable diseases and self-rated health in Malaysia. *PLoS One*. 2014 Mar 6;9(3):e91328. doi: 10.1371/journal.pone.0091328. eCollection 2014.;
99. Tulchinsky Theodore H. Varavikova Elena A. „Measuring Costs-Health Financing: The Macroeconomic Level”; *The New Public Health (Third Edition)*, Elsevier. 2014.;
100. Bender K, Kaltenborn M, Pfliegerer C. *Social protection in developing countries: Reforming systems*. 2013 - books.google.com.;

101. Ferguson SJ. Race, gender, sexuality, and social class: Dimensions of inequality. 2013 - books.google.com.;
102. Nandi A, Charters TJ, Strumpf EC, Heymann J, Harper S. Economic conditions and health behaviours during the 'Great Recession'. *J Epidemiol Community Health*. 2013 Dec 1;67(12):1038-46. doi: 10.1136/jech-2012-202260. Epub 2013 Aug 22.;
103. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2013 . Nov 9;13:1056. doi: 10.1186/1471-2458-13-1056.;
104. Raghbendra Jha. Australian National University (ANU) - Australia South Asia Research Centre (ASARC); Crawford School of Public Policy. Welfare Schemes and Social Protection in India. 2013.;
105. SJ Ferguson. Race, gender, sexuality, and social class: Dimensions of inequality. 2013 - books.google.com.;
106. Social protection in developing countries. Reforming systems. Katja Bender, markusKaltenborn, ChristianPfleiderer. London, NY 2013. [https://books.google.ge/books?hl=ru&lr=&id=WW6UAqAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=social+protection+systems+in+developing+countries&ots=pH0499WERI&sig=gd_e-BCS7Cha6GXX4f8rG4TQfFw&redir_esc=y#v=onepage&q=social%20protection%20systems%20n%20developing%20countries&f=false](https://books.google.ge/books?hl=ru&lr=&id=WW6UAqAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=social+protection+systems+in+developing+countries&ots=pH0499WERI&sig=gd_e-BCS7Cha6GXX4f8rG4TQfFw&redir_esc=y#v=onepage&q=social%20protection%20systems%20n%20developing%20countries&f=false;).;
107. Wendt C, Agartan TI, Kaminska ME. Social health insurance without corporate actors: changes in self-regulation in Germany, Poland and Turkey. *Soc Sci Med*. 2013 Jun;86:88-95. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.044. Epub 2013 Mar 7.;
108. Zeffert H. Identifying the Invisible: Women's Human Rights and Substantive Gender Equality in Australia' in Paula Gerber and Melissa Castan. *Contemporary Perspectives on Human Rights Law in ...*, 2013.
109. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, Oshima S, Ota K, Saito Y, Sasaki H, Tsubota K, Fukuyama H, Honda Y, Iguchi A, Toba K, Hosoi T, Kita T; Members of Subcommittee for Aging Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int*. 2012 Jan;12(1):16-22. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x.;
110. AvramS, Dronkers J. Social Class Dimensions in the Selection of Private Schools A cross-national analysis using PISA. *Private Schulen in Deutschland, 2012 – Springer*;
111. Chibber V. Organised Interests, Development Strategies and Social Policies. *Growth, Inequality and Social Development in India, 2012 – Springer*. 153
112. Chopra M, Campbell H, Rudan I. Understanding the determinants of the complex interplay between cost-effectiveness and equitable impact in maternal and child mortality reduction. *J Glob Health*. 2012 Jun;2(1):010406. doi: 10.7189/jogh.02.010406.;

113. James BD, Boyle PA, Bennett JS, Bennett DA. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology*. 2012;58(6):531-9. doi: 10.1159/000339094. Epub 2012 Jun 22. 73.;
114. Jung J, Tran C. The extension of social security coverage in developing countries. *Journal of Development Economics*, 2012 – Elsevier.;
115. Loopstra R, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Food insecurity and social protection in Europe: Quasi-natural experiment of Europe's great recessions 2004-2012. *Prev Med*. 2016 Aug;89:44-50. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.05.010. Epub 2016 May 17.;
116. Olivier M. The Law of South Africa. 2012 - research-repository.uwa.edu.au.;
117. Posturzyńska A, Wojtyła A, Hans L, Morawik I, Strzemecka J, Jabłoński M. Principles of social security and health insurance for farmers in Poland and Germany--a comparative assessment. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(3):593-9.;
118. Preventive Medicine. Volume 89, August 2016, Pages 44-50. Food insecurity and social protection in Europe: Quasi-natural experiment of Europe's great recessions 2004–2012. Rachel Loopstra, Aaron Reeves, Martin McKee, David Stuckler.;
119. Sen G, Rajasekhar D. Social protection policies, experiences and challenges. *Growth, Inequality and Social Development in India*, 2012 – Springer.;
120. Shankar PSV, Shah M. Rethinking reforms: A new vision for the social sector in India. *Growth, Inequality and Social Development in ...*, 2012 – Springer.;
121. Terje A. Eikemo. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. Cited by 230 Related articles All 12 versions.;
122. Van den Heever AM. The role of insurance in the achievement of universal coverage within a developing country context: South Africa as a case study. *BMC Public Health*. 2012;12 Suppl 1:S5. doi: 10.1186/1471-2458-12-S1-S5. Epub 2012 Jun 22.;
123. Yoko Komiyama. Minister of Health, Labour and Welfare. July 10, 2012. A Basic Direction for Comprehensive Implementation of National Health Promotion.;
124. Department of Ethics, Equity, Trade, and Human Rights Health (ETH) World Health Organization. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. 2011.;
125. Duggan K. Health equity: what does it mean for child health? *N Z Med J*. 2011 Dec 16;124(1347):79-82.;
126. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. SOCIAL PROTECTION AND SOCIAL INCLUSION IN GEORGIA. 2011.;
127. Hyunjoon Park, Pearl Kyei. Literacy Gaps by Educational Attainment: A Cross-National Analysis. *Social Forces*, Volume 89, Issue 3, March 2011, Pages 879–904, <https://doi.org/10.1093/sf/89.3.879>.;

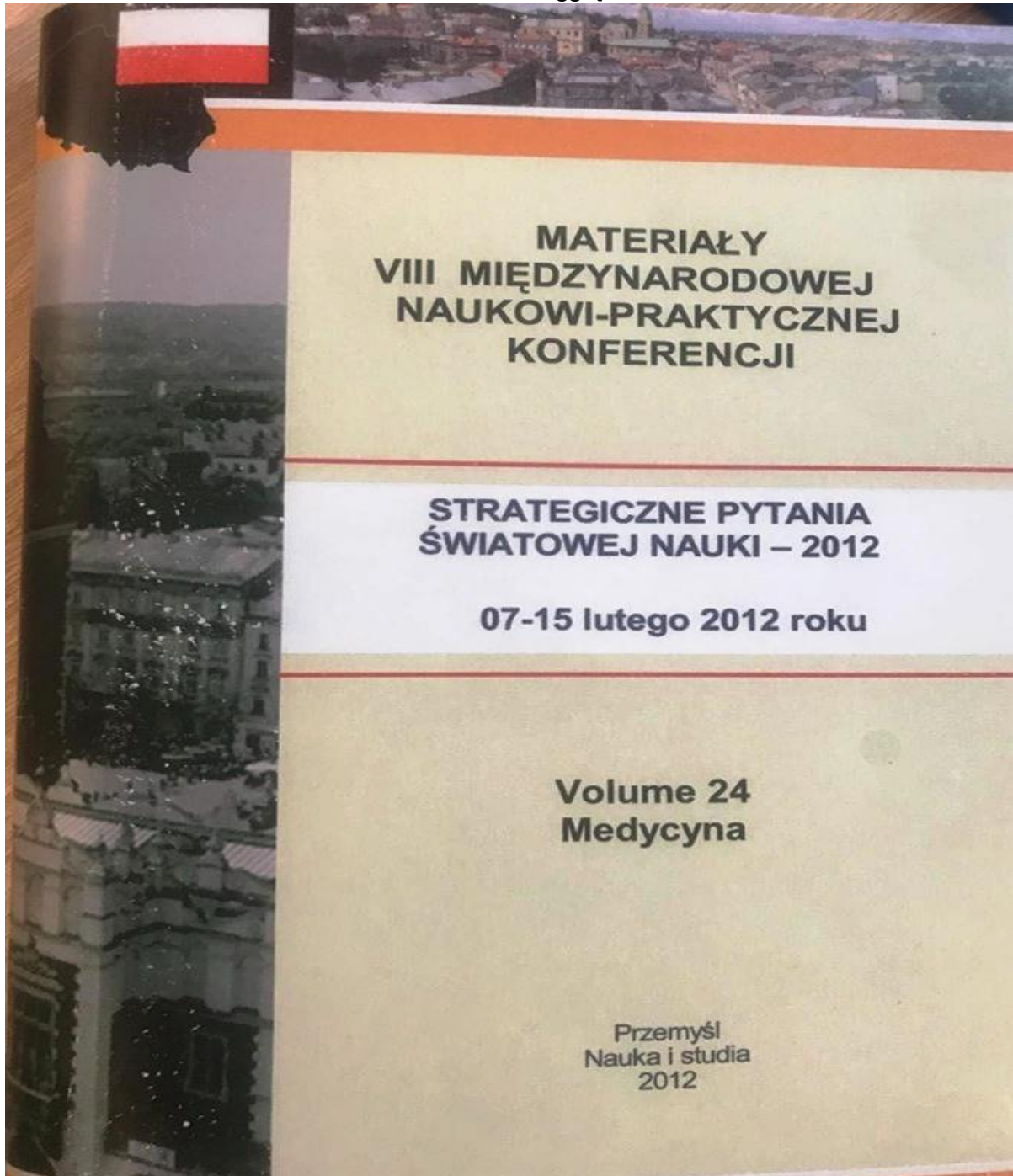
128. López Del Amo González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ. Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007-2011). *BMC Public Health*. 2018 Jan 15;18(1):133. doi: 10.1186/s12889-017-5004-2.;
129. O'Leary P, Livermore GA, Stapleton DC. Employment of individuals in the Social Security disability programs. *Soc Secur Bull*. 2011;71(3):1-10.;
130. Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. *Health Hum Rights*. 2010 Dec 15;12(2):31-48.;
131. Calvo SG. The Global Financial Crisis of 2008-10: A View from the Social Sectors. UNDP-HDRO Occasional Papers, 2010 - papers.ssrn.com.;
132. DeWitt L. The development of social security in America. *Soc Secur Bull*. 2010;70(3):1-26.;
133. Doetinchem Ole, Carrin Guy and Evans David „Thinking of introducing social health insurance? Ten questions World Health Report 2010, Paper 26;
134. McCord A. The impact of the global financial crisis on social protection in developing countries. *International Social Security Review*, 2010 - Wiley Online Library.;
135. Rusma, 2006; Ong & Tengku Aizan, 2010.;
136. Wagstaff A. Social health insurance reexamined. *Health Econ*. 2010 May;19(5):503-17. doi: 10.1002/hec.1492.;
137. WHO. Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. Equity, social determinants and public health programmes. 2010.;
138. Cantillon B. The poverty effects of social protection in Europe: EU enlargement and its lessons for developing countries. *Building Decent Societies*, 2009 – Springer.;
139. Jones CP, Jones CY, Perry GS, Barclay G, Jones CA. Addressing the social determinants of children's health: a cliff analogy. *J Health Care Poor Underserved*. 2009;20(4 Suppl):1-12. doi: 10.1353/hpu.0.0228.;
140. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2009 - jech.bmj.com.;
141. Leisering L. Extending social security to the excluded: Are social cash transfers to the poor an appropriate way of fighting poverty in developing countries?. *global social policy*, 2009 - journals.sagepub.com.;
142. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315-23. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7. Epub 2009 Jul 7.;
143. Wendt C., Frisina L. and Rothgang H. „Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”. *Social Policy & Administration*, 43, 2009. 70-90.;
144. Ensor T. Universal Coverage in Developing Countries. *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 6. San Diego: Academic Press; 2008.;

145. Herscovitch A, Stanton D. History of social security in Australia. Family Matters, 2008 - search.informit.com.au.;
146. Pavolini E, C Ranci . Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. Journal of European Social Policy, 2008.;
147. Mamun A, O'Leary P, Wittenburg DC, Gregory J. Employment among Social Security disability program beneficiaries, 1996-2007. Soc Secur Bull. 2011;71(3):11-34.;
148. Davis K, Collins SR. Medicare at forty. Health Care Financ Rev. 2005-2006 Winter;27(2):53-62.;
149. Knesebeck O Von dem, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries Social science & medicine, 2006 – Elsevier.;
150. Mackenbach JP - Health inequalities: Europe. in profile2006 - who.int. Cited by 606 Related articles All 16 versions.;
151. Carrin G, Waelkens MP, and Criel B (2005) Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. Tropical Medicine and International Health 10(8): 799– 811.;
152. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. Medicare program; Medicare prescription drug benefit. Final rule. Fed Regist. 2005 Jan 28;70(18):4193-585.;
153. Martin PP, Weaver DA. Social security: a program and policy history. Soc Secur Bull. 2005;66(1):1-15.;
154. Ministry of Labor, Health and Social affairs of Georgia. “ Social Protection Reform. Scenario, concept and strategy” .2005.;
155. Policy Paper on Social Protection 2004 , Andrew Shepherd, with Rachel Marcus, Armando Barrientos.;
156. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges . Social science & medicine, 2004 – Elsevier.;
157. Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler , INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES, ENGLAND. Transformative social protection. 2004.;
158. Maarse H., Paulus A.. Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. Journal of Health Politics, Policy and ..., 2003.;
159. Wild C, Gibis B. Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. Health Policy, 2003.;
160. Cooperation for Social Protection: Explaining Variation in Welfare Programs. BO ROTHSTEIN, University of Göteborg. January 1, 2002 Research Article Volume: 45 issue: 5, page(s): 901-918. European Journal of Political Economy Volume 60, December 2019, 101744.;

161. European Commission, Employment social affairs , Social security and social integration. Social protection in Europe. 2002.;
162. Gustman AL, Steinmeier TL. Retirement and wealth. Soc Secur Bull. 2001-2002;64(2):66-91.;
163. Olsen KA, Hoffmeyer D. Social Security's special minimum benefit. Soc Secur Bull. 2001-2002;64(2):1-15.;
164. Jacobs R, Goddard M. Social health insurance systems in European countries. A comparative study of four European countries. 2000 - core.ac.uk.;
165. Kuhnle S, Alestalo M. Growth, adjustments and survival of European welfare states. Survival of the European welfare state, 2000 - taylorfrancis.com.;
166. The World Bank. Labor markets, pensions, social assistance, 'SOCIAL PROTECTION SECTOR STRATEGY : FROM SAFETY NET TO SPRINGBOARD" 2000.;
167. World Health Organization (2000) The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization.;
168. WALTER MÜLLER, WOLFGANG KARLE . Social Selection in Educational Systems in Europe. European Sociological Review, Volume 9, Issue 1, May 1993, Pages 1–23, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.esr.a036652>.;
169. Abel-Smith B. Health insurance in developing countries: lessons from experience. Health policy and Planning, 1992 - academic.oup.com;

გამოქვეყნებული ნაშრომები

ნაშრომი პირველი



инфекцией, наряду с хирургическим лечением, поликомпонентной консервативной терапией, целесообразна коррекция препаратами восстанавливающими нормальную микрофлору кишечника, такими как линекс, бифиформ и т.д. Данная коррекция должна проводиться у самого широкого круга хирургических больных, поскольку нарушение симбионтной микрофлоры наблюдается практически у всех больных получающих антибактериальную терапию. К таким заболеваниям так же относятся состояния связанные с парезом кишечника и гнойной инфекцией в брюшной полости. Это связано с нарушением барьерной функции кишечной стенки, и последующей транслокацией патогенной микрофлоры, что в свою очередь ведет к нарушению естественного симбиоза микрофлоры кишечника человека.

Литература:

1. Чернов В.Н. Острая непроходимость кишечника /В.Н. Чернов, Б.М. Белик// – Медицина. – 2008. – с.135-155.
2. Савельев В.С. Абдоминальная хирургическая инфекция /В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд/ – Литтерра. – 2006. – с.78-86.

Gokieli N., RaminaSvili D., Zarnadze Sh., Zarnadze I.,
Lomtadze L., Kitovani D., Kajrishvili M.
Tbilisi State Medical University, Georgia

METHODS OF INVESTIGATION OF SOCIAL PROTECTION AND NUTRITION PROBLEM IN IDPS OF GEORGIA

Abstract : For Georgia, very little information is available on the nutritional status of IDPs, either because there are no surveys or because the displaced were not addressed separately from the general sample population. Survey was conducted to study nutrition status among internally displaced persons in Georgia.[1,2,3,4]

Goal of investigation: implementation of new study of nutrition status and social protection in IDPs of Georgia

Methods and materials: This was a cross sectional study undertaken among internally displaced people. The data was collected from a household survey and household interview, 450 respondents, 207 male and 243 female, by age group category – up to 30, 30-39 age group, 40-59 age groups, and above 60 age groups.

Results and Discussion: Results show that quite big amount – 67.4 % of population consumes meat and meat products less than once per week. Biggest group of such people were among pensioners. However, absolute majority of respondents include vegetables in ration. Only 28.6% population consumes fruits three times per week. Only 8.8% can eat fruit once a week. Majority of respondents – 54% eat fruits

rarely. The analysis show either insufficient or excessive consumption of diverse products: more than half- 56.9% of respondents receive less than recommended amount of meat, in IDPs communities there is significant insufficiency of consumption of products such as meat, fish, vegetables or exceeded consumption of pasta, margarine, bread. Unbalanced nutrition ration among internally displaced people is usual nutritional behavior change, low income and lack of health education. People have not accessibility to meat products. Pensioners are in extremely poor condition. Thus we can conclude that, internally displaced populations nutrition ration is not in compliance with normal standards. The local governments and relief organizations involved in provision of care and support to the IDPs should intensify efforts to improve the nutritional status of the entire IDPs especially for pensioners. A critical aspect of food security is access to adequate and affordable nutritious food. Nutrition and health constitute the core subsistence rights of IDPs, along with shelter and clothing, but IDPs often receive inadequate support from their government or the international community; [5,6,7]. Especially in areas of conflict or remote parts of the country many suffer from malnutrition. Surveys indicate extremely high malnutrition rates among IDPs. Efforts to preempt micronutrient deficiencies in refugee and IDP settings have been ongoing. [4,5]. Initiatives have included the distribution of a micronutrient fortified blended food in the general ration where populations are totally dependent on a food aid basket which lacks fresh fruit or vegetables, along with the widespread distribution of vitamin A and fortifying edible oil. Despite these efforts, however, cases of micronutrient malnutrition are still seen. Given the disintegration of the health care systems and poor water and sanitation, there is a strong need for emergency life-saving interventions. Although formally in place, health services are deprived of any means to assist the population.

The living conditions and economic situation of many *internally displaced persons* are disadvantageous. The unemployment rate among *internally displaced persons* is high. For many, their existence depends upon state allowances and international humanitarian assistance. Difficult social conditions are accompanied by poor health status and limited access to quality social services – education and healthcare.

Conclusions: Results show that in IDP communities there is significant insufficiency of consumption of products such as meat, fish, vegetables or exceeded consumption of pasta, margarine, bread. Unbalanced nutrition ration among internally displaced people is usual nutritional behavior change, low income and lack of health education. People have not accessibility to meat products. Pensioners are in extremely poor condition.

Thus we can conclude that, internally displaced populations nutrition ration is not in compliance with normal standards. The local governments and relief organizations involved in provision of care and support to the IDPs should intensify efforts to improve the nutritional status of the entire IDPs especially for pensioners.

References

1. The Rapid Assessment of Health Problems in Refugee and Displaced Populations Michael J. Toole, M.D.
CDC. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. MMWR 1992;41 (No.RR-13).
3. Moore PS, Marfin AA, Quenemoen LE, et al. Mortality rates in displaced and resident populations of central Somalia during 1992 famine disaster. Lancet. 1993;41:913-917
4. CDC. Nutrition and mortality assessment -- southern Sudan, March 1993. MMWR. 1993;42:304-308.
5. CDC. Outbreak of pellagra among Mozambican refugees -- Malawi, 1990. MMWR. 1991;40:209-213.
6. Toole MJ. Micronutrient deficiencies in refugees. Lancet. 1992;339:1214-1215.
7. DECREE # 47 OF THE GOVERNMENT OF GEORGIA On Approving of the State Strategy for Internally Displaced Persons – Persecuted Tbilisi 2 February 2007

Голубцов В.В., Кулич Е.Н.
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛЦО», г.Краснодар

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КРОВОСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

В настоящее время в связи с развитием современных хирургических технологий, расширением объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости, одной из важных проблем является снижение интраоперационной кровопотери [1]. В условиях операционного хирургического стресса кровопотеря может стать причиной возникновения многих патологических состояний, связанных с потерей переносчиков кислорода, факторов свертывания, генерализованной гипоперфузией тканей. Восполнение кровопотери с максимальным сохранением гомеостаза является одной из насущных и непростых проблем как для анестезиологии-реаниматологии, так и для хирургии [2,3,4,6,7].

Учитывая тенденции к расширению объема хирургических вмешательств на органах брюшной полости, включающих пластику и реконструкцию магистральных сосудов, стандартные варианты и схемы инфузионно-трансфузионной терапии становятся не достаточно эффективными для поддержания адекватного гомеостаза. Однако, хирургические методы не всегда соответствуют современной доктрине «бескровной» хирургии. Поиск и внедрение новых технологий, направленных на минимизацию операционной кровопотери являются крайне востребованными [5,7].

ნაშრომი მეორე

ISSN 1562-3637



**АЛЛЕРГОЛОГИЯ
И
ИММУНОЛОГИЯ**

Том 13, № 3
2012

Литература

1. Dellinger R.P., Levy M.M., Carlet J.M., Bion J. "Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008." *Crit Care Med* 36(1): 296-327, 2008.
2. Eichacker P.Q., Gerstenberger E.P., Banks S.M., Cui X., Natanson C. "Meta-analysis of acute lung injury and acute respiratory distress syndrome trials testing low tidal volumes." *Am J Respir Crit Care Med* 166(11): 1510-1514, 2002.
3. Gama de Abreu M., Pelosi P. "Mechanical ventilation in acute lung injury/acute respiratory distress syndrome: more protection, better outcome." *Curr Opin Anaesthesiology* 25(2): 121-122, 2012.
4. Patel G.P., Gurka D.P., Balk R.A. "New treatment strategies for severe sepsis and septic shock." *Curr Opin Crit Care* 9(5): 396-396, 2003.
5. Puskasich M.A. "Emergency management of severe sepsis and septic shock." *Curr Opin Crit Care* 18(4): 295-300, 2012.
6. Накашидзе И. «Уход за пациентами, находящимися на искусственном дыхании.» *Georg Respir J* 5(2): 51-57, 2009.
7. Накашидзе И. «Рестриктивное порождение легких.» *Georg Respir J* 4(2): 49-54, 2008.

Protocol of respiratory distress syndrome of patients with mechanical ventilation during severe sepsis and septic shock

I. Nakashidze, N. Cincadze, N. Kobaladze, Sh. Potskhishvili

Health Centre "Medina", Department of Critical Medicine, Batumi, Georgia
Republic Clinical Hospital, Batumi, Georgia

According to WHO frequency of sepsis development reaches 250 cases on 100,000 populations a year, and 15-50% death. In the USA it's noticed 500000-750000 cases of sepsis a year, from which 200,000 cases of septic shock with a death rate of 50% on the average according to different clinics. Death rate from sepsis is up to 15% on the average, of severe sepsis - 20%, and nearly 50% of septic shock. In Georgia financial inputs on treatment of patients with severe sepsis and septic shock are very high (about \$700-1500 per day in offices of intensive therapy). Decrease by 9% of a death rate from all reasons in patients on lung mechanical ventilation with respiratory volume of 6 ml/kg of due weight of a body (in comparison with respiratory volume of 12 ml/kg) and simultaneous maintenance of pressure of a plateau <30 cm H₂O is shown. It is shown: a low tidal volume and limitation of inspiratory plateau pressure strategy for acute lung injury and acute respiratory distress syndrome; application of a minimal amount of positive end expiratory pressure in acute lung injury/acute respiratory distress syndrome; a semi-recumbent bed position unless contraindicated; protocols for weaning and sedation/analgesia, using either intermittent bolus sedation or continuous infusion sedation with daily interruptions/lightening; avoidance of neuromuscular blockers, if at all possible.

Key words: sepsis, septic shock, respiratory distress syndrome, lung mechanical ventilation.

SOCIAL PROTECTION AND MEDICAL NEEDS OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN GEORGIA

N. Gokieli, Sh. Zarnadze, I. Zarnadze, L. Lomtadze, M. Kajrishvili

Tbilisi State Medical University, Tbilisi Georgia

Goals of this paper are the investigation the needs of IDP and social protection from governance organizations. The problems of IDP are: difficulties in arranging care for IDP without health care coverage, social deprivation, lack of familiarity with the health care system, cultural differences, different understandings of illness and treatment, negative attitudes among staff and patients, and lack of access to medical history. The components of good practice to overcome these problems or limit their impact were: organizational flexibility with sufficient time and resources, good interpreting services, working with families and social services, cultural awareness of staff, educational programs and information material for IDP, clear guidelines on the care entitlements. Problems and good care components were similar across the three types of services.

Key words: Social protection, medical needs, internally displaced persons (IDP).

Corresponding author: *Associated Professor Irine Zarnadze*
Department of Health Care Management, Policy and Economy
Tbilisi State Medical University,
33, Vaja Pshavela Ave, Tbilisi, 0177, Georgia
E-mail: irine.zarnadze@yahoo.com

Starting in 1990's, the Government of Georgia made several attempts to transform Georgia's health care system into one that improves the efficiency, accessibility, and quality of health care services. Health care is an integral part of basic needs. Failure to satisfy it is considered to be a definite indicator of deterioration in living conditions. Lack of information regarding the health situation of households and individuals in the population and housing Survey prevented the inclusion of health care and related indicators in the construction of the living conditions index.

The success of health sector reform is measured by determining how well it achieves to improve the health of the population, how well it provides financial risk protection and how responsive it is to consumer needs.

Materials and Methods

Materials of investigation: official reports and statistical data of governance organizations. Methods of investigation: expert analysis and date analysis. This article is analytic review.

Results and Discussion

The most important changes of the reform were transforming the focus from curative to preventive medicine and the introduction of the institution of family doctors. Under the new system, family doctors are expected to be the 'gatekeepers' of the system [1, 2]. Primary health care personnel play important role in disease prevention and health promotion. Population has access to them during life cycle including childhood, adolescent, pregnancy, sickness, old age [5, 6]. This point is advantageous opportunity for behavioral change communication. However, communication should not take place only at health care facility; approach may also take place at household and community level. Health promotion actions are the best known way to achieve a long-term healthy life of population and communities. Health promotion is a core responsibility of government partnering with civil society and the private sector. Health market also gives a new dimension to social marketing, now there is actually a health market that competes for consumers with lifestyle messages and good health.

Commercialization will lead the process increase the use of health services and change behavior by strengthening the capacity of private health care providers to provide quality health insurance and health care services.

References

1. Balabanova D., McKee M., Koroleva N., Chikovani I., Gogvadze K., Kobaladze T., Adeyi O., Robles S. "Navigating the Health System: Diabetes Care in Georgia; Health Policy and Planning Advance Access BMC Health Services Research doi:10.1186/1472-6963-9-686; 2009.
2. Lindert J, von Ehrenstein O.S, Priebe S, Mielck A., Brähler E. "Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis." *Social Science & Medicine* 69: 246-257, 2009.

Private health insurance is going to be the main source for health-care financing in the country. The government's plan is to contract private insurance companies and grant them public finances as insurance coverage for those living in extreme poverty. Essential basic ambulatory service provided to the population on primary level by primary health care. Consultation and treatment services are provided by hospitals, referral from primary health care doctor [3, 4, 7].

The relationship between insurance companies and health services providers remains particularly problematic, leading to delays in claims reimbursement and fraudulent practices which ultimately affects end users of health services. Providers of health services at the hospital and PHC levels lack necessary skills and knowledge to manage their facilities and productively engage in business relationships with the insurance industry [10].

The commercialization and privatization of health is a one of the tendencies of modern reforms. There are two directions of approach to educate population, create well informed community for increase control over their health and make healthy policies. Thus, high literacy of health becomes essential.

The unemployment rate among internally displaced persons (IDP) is high. For many, their existence depends upon state allowances and international humanitarian assistance. Difficult social conditions are accompanied by poor health status and limited access to quality social services – education and healthcare. Frequency of components of good practice divided by next Components of Good Practice: Organizational flexibility, Good interpreting services, working with families and social services, Cultural awareness of staff, Education programs and information material for migrants, Clear guidelines [8, 9].

The problems of IDP are: difficulties in arranging care for IDP without health care coverage, social deprivation, lack of familiarity with the health care system, cultural differences, different understandings of illness and treatment, negative attitudes among staff and patients, and lack of access to medical history. The components of good practice to overcome these problems or limit their impact were: organizational flexibility with sufficient time and resources, good interpreting services, working with families and social services, cultural awareness of staff, educational programs and information material for IDP, clear guidelines on the care entitlements. Problems and good care components were similar across the three types of services.

3. Nolte E., Knai C., McKee M. "Managing chronic conditions. Experience in eight countries." *European Observatory on Health Systems and Policies* 2008.
4. Cristancho S., Garces D.M., Peters K.E., Mueller B.C. "Listening to rural Hispanic immigrants in the Midwest: A community-based

Short Communications

- participatory assessment of major barriers to health care access and use." *Qualitative Health Research* 18: 633-646, 2008. doi: 10.1177/1049732308316669.
5. Gilgen D., Mäueszahl D., Salis Gross C., Battegay E., Flubacher P., Tanner M., Weiss M.G., Hatz C. "Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel." *Health and Place* 11: 261-273, 2005. doi: 10.1016/j.healthplace.2004.04.002.
 6. Leduc N., Proulx M. "Patterns of health services utilization by recent immigrants." *J Immigrant Health* 6: 15-27, 2004. doi: 10.1023.
 7. Watters C. "Migration and mental health in Europe: report of the preliminary mapping exercise." *J Ethnic Migration Studies* 28:153-172, 2002. doi: 10.1080/13691830120103985. [Cross Ref]
 8. Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijzeels MA. Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health*. 2002. doi: 10.1093/eurpub/12.1.63.
 9. Harmsen H., Bernsen R., Meeuwesen L., Thomas S., Dorrenboom G., Pinto D., Bruijzeel M. "The effect of educational intervention on intercultural communication; Results from a randomised controlled trial." *Br J General Practice* 55: 343-350, 2005.
 10. Nadeau L., Measham T. "Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers." *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* 14: 73-76, 2005.

Социальное содействие и медицинские нужды насильно перемещенных лиц в Грузии

Н. Гокиели, Ш. Зарнадзе, И. Зарнадзе, Л. Ломтадзе, М. Каджришвили

Тбилисский государственный медицинский университет, Тбилиси, Грузия

Целью представленной работы является оценка нужд насильно перемещенных лиц и социальное содействие со стороны государственных структур, начиная с определения основных медицинских проблем и наиболее распространенных жалоб по доступности медицинской помощи и контролю качества. Оценка состояния здоровья отдельных групп и населения в целом основана на комплексе накопленных эмпирических данных и их интерпретации в сравнении с международными государственными и региональными стандартами и нормами. При определении политики необходимым элементом является социально-экономическое развитие страны. Насильно перемещенные лица, имея множество факторов риска, требуют выработки новой социальной политики в области здравоохранения. Новой задачей здравоохранения стала необходимость обеспечения качества жизни разных социальных групп за счет применения мер, направленных на укрепление здоровья, и эффективного медицинского обслуживания.

Ключевые слова: социальное содействие, медицинские нужды, насильно перемещенные лица.

MYELOID-DERIVED SUPPRESSOR CELLS AND CANCER (REVIEW OF RESEARCHES AND PERSONAL OPINION)

Tornike Otiashvili

David Tvildiani Medical University, Tbilisi, Georgia

Cancer is a leading cause of death worldwide. According to World Health Organization statistic data, around 13% of all deaths related to cancer [WHO Fact sheet N°297, February, 2012: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>].

Around 90% of cancer related deaths are due to metastasis, which is the ability of cancer cells to migrate from their tissue of origin and colonize elsewhere in the body.

Cancer cells must be able to migrate in order to metastasize. Cell migration is a multistep process that results from a number of orchestrated events guided by environmental factors, signal transduction and cytoskeleton rearrangement.

I was surprised when my dad (G. Otiashvili MD, living in the US) told me several years ago that cancer cells are created every day in healthy human beings.

The immune system response is the body's way of cleaning up cells with defective DNA. This characterized response of immune system makes available to eliminate the cancer cells from the system before they are able to do any damage to the body or start an illegitimate growth process culminating in a tumor. Actually, the difference between a person with cancer and a person with fleeting cancer cells depended to individual human immune system response to cancer.

Many Medical professionals now believe that cancer related to a functional breakdown or imbalance in the immune system. The immune system may produce too much of a particular substance and not enough of another, resulting in a diminished ability to resist cancer and other immune-related illness. In the case of cancer, the body's metabolic

The methods of research: high-effective liquid chromatography. Apparatus – ultra-effective liquid chromatography “water” (USA), ultra-violet diode detector; Definition took place on the wave length λ – 258 nm. Sorbent-Silicogel C_{12} – size $1,5_M$; movable phase – acetonitrile – acetate buffer- in proportion 20:80; speed of solvents’ flow – 0,3 ml/m; regime – izocratic; sensibility of the method – 1ng/ml; fault of the method $\pm 1,5\%$.

The method provided by us gives possibility to define the quantity of fluoxetine concentration in the plasma of human blood in the frames of 1-200 ng, that is reliable for making the monitoring of fluoxetine concentration in the plasma of patient’s blood for the purpose of safe and effective treatment and also from the view of court-expertise.

Gokieli N., Raminashvili D., Zarnadze Sh., Zarnadze I., Kitovani D.

HEALTH SERVICES DEVELOPMENT IN GEORGIA

TSMU, DEPARTMENT OF PREVENTIVE MEDICINE AND ENVIRONMENTAL HEALTH, NUTRITION AND AGING MEDICINE DIRECTION

Introduction

Health services aim to protect or improve health. Whether they do so effectively depends on which services are provided and how they are organized. Resources should be used for interventions that are known to be effective, in accordance with national or local priorities(1).

Health services, like many other forms of production, can be implemented in more dispersed or more concentrated configurations, or in hybrid arrangements that combine some concentrated with some dispersed elements.

Dispersed service configurations are usual for activities which do not benefit from economies of scale – unit costs are no lower for large than for small production units – such as primary care, including the integrated management of childhood illness; pharmacies; dental offices; field-based implementation of public health programmes; counselling; social work; and community and home-based care(2).

Good service delivery is a vital element of any health system. Service delivery is a fundamental input to population health status, along with other factors, including social determinants of health. A comprehensive range of health services is provided, appropriate to the needs of the target population, including preventative, curative, palliative and rehabilitative services and health promotion activities.

Services are directly and permanently accessible with no undue barriers of cost, language, culture, or geography. Health services are close to the people, with a routine point of entry to the service network at primary care level (not at the specialist or hospital level). Services may be provided in the home, the community, the workplace, or health facilities as appropriate. Service delivery is designed so that all peo-

ple in a defined target population are covered, i.e. the sick and the healthy, all income groups and all social groups.

Service delivery is organized to provide an individual with continuity of care across the network of services, health conditions, levels of care, and over the life-cycle.

Aim

Analyses of Health Services development for all social groups.

Methods and Materials– expert analyzes of development medical services in Georgia, survey review of statistical and financial information.

Results and Discussion

Improvements in efficiency and effectiveness enable a health system to deliver more services and achieve better health outcomes using existing resources. Improving the effectiveness of services and productivity of health providers is a way to achieve these objectives. Health systems also need to ensure a holistic approach to services, involving health promotion, disease prevention and integrated disease management programmes. They should also coordinate services among levels of care and a variety of providers, institutions and settings. The three subdimensions are the improvement of coordination between levels of care; the improvement of hospital efficiency and effectiveness; and the improvement of staff productivity (4).

Strong primary health care is associated with better health outcomes and higher cost-effectiveness.

The primary health care system remains weak in a number of areas: inappropriate referral patterns are still considerable; the level of primary health care services usage by the population is still low; and the utilization of available resources and capacity in ambulatory polyclinic settings ineffective.

If realized as planned, major improvements in both efficiency and effectiveness of hospital services are expected beyond the year 2011.

Optimize the numbers and improve the skill mix of medical personnel countrywide – numbers which appear to be high, even when unmet demand for health services due to financial barriers is taken into account (4,5).

Utilisation rates in village ambulatories are less than 1 visit per person per year. This is equivalent to a daily case-load of less than 8 patient visits per day inclusive of all medical and nursing care activities.

For those suffering with chronic diseases in Georgia affordability at over 73% was the most significant factor for people not seeking care. For those people who are prepared to seek care for chronic illness out-of-pocket payments are a significant burden (e.g. for one third of respondents it represent 20 % of ‘total household’ income) (3).

Most facilities with family doctors are in various pilot regions for international aid programmes and these are the new facilities which are most recently refurbished. Apart from these centres with upgraded facilities, the rest of Georgia has services provided by the old PHC ambulatories.

The state-financed package of PHC services offered by old centres comprised consultations, home visits, some essential medicines, rapid laboratory tests and referral to contracted specialists (3).

The out-of-pocket cost of seeking care to individuals has

led to a serious decrease in the uptake of all kinds of medical services, and even the uptake of services which, by definition, should be provided for free has declined. PHC utilization rates in Georgia are among the very lowest in the WHO European Region. These perceptions mean that primary care doctors have severely limited gatekeeping capacity. The Household survey on health utilization and expenditure found that 28.8% of respondents went to hospital as an outpatient as the first point of consultation when ill, 52.7% of first consultations being at the PHC level. Generally, respondents also went to see a specialist – in a hospital or PHC setting (average = 68.5%, urban = 69.8 %, rural = 67%) – most often, rather than a generalist or family doctor (average = 18.4%, urban = 15.5%, rural = 21.8%) (3). Following independence, there has also been a sharp decline in the hospital bed occupancy rate, largely linked to a lack of affordability combined with excess capacity in the hospital sector. The acute care hospital bed occupancy rate is now among the lowest in the WHO European region, at just 34.4% in 2007, when the average for countries of the CIS was 85%. The average for countries of the EU was 76.3% in 2006 (WHO Regional Office for Europe 2009). The average length of stay has been falling since 2003, and was 5.7 days in 2007 in acute care hospitals (WHO Regional Office for Europe 2009).

Conclusion

This is a very complex reform package that is difficult to understand, has many different actors and relies heavily on relatively small private insurers to purchase health services and inexperienced state agencies to regulate the purchasing process. The strategy has raised serious concerns about the equity and sustainability of the health system, as well as issues relating to quality and efficiency.

Georgia still has a relatively low resource base and the challenge must be to pool these resources in as simple a way as possible in order to purchase services for the population. New policies aimed at reducing out-of-pocket payments by promoting broad participation in private health insurance schemes have to be thoroughly monitored and evaluated. The main risk now is that if new policies fail to deliver adequate population coverage, barriers to access and the potential for catastrophic health care costs will push households into poverty, even if currently they are not officially registered as such.

References

1. Gregory R. Accountability, responsibility, and corruption: managing the 'public production process'. Boston J, ed. The state under contract. Wellington, New Zealand, Bridget Williams Books, 1995.
2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010
3. Georgia Health System Performance Assessment 2009
4. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
5. Primary Health Care: Service Delivery – Volume 2

გოკიელი ნ., რამინაშვილი დ., ზარნაძე ი., ზარნაძე შ., კიტოვანი დ.

ჯანდაცვის სერვისების განვითარება საქართველოში

თსსუ, პრევენციული მედიცინისა და გარემოს ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, კვაპისა და ასაპოზირი მედიცინის მიმართულება

ჯანდაცვის სისტემის ესაჭიროება სქოლასტიკური მიდგომა, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადებათა პრევენციას, დაავადებების მართვის მეთოდების ინტეგრირებას. სტრატეგია დაფუძნებული უნდა იყოს მდგრად ჯანდაცვის სისტემაზე, რომელიც განაპირობებს დახმარების დროულობასა და ხარისხს. საქართველოს მცირე რესურსები ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის მოთხოვნის სრულ დაკმაყოფილებას. ახალი პოლიტიკის მიზანია ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, მონიტორინგი და ცვლილებების განხორციელება. ერთერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, რამდენად არის შესაბამისი მიწოდებული დახმარების საფასური მოსახლეობის შესაძლებლობებთან. სამედიცინო პერსონალის ოპტიმიზაცია ჭარბი რესურსების პირობებში ქმნის ერთგვარ ფინანსურ ბარიერებს სამედიცინო დახმარების მიწოდებისათვის. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების რეალიზება უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის კვალიფიციური სერვისების მიწოდებას უკვე მიმდინარე ნელს.

დათუაშვილი გ., ტაბუცაძე თ., ლობჯანიძე გ., ირემაშვილი ბ.

ღვიძლის ამებური აბსცესის მკურნალობის მინიმალური მეთოდების შედარებითი დახასიათება

თსსუ, აკად. ნ. ყიფშიძის სახ. ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა

ნაწლავგარეთა ანუ მეტასტაზური ამებიაზი წარმოადგენს შინაგანი ორგანოების (ღვიძლის, ფილტვების, ტვინის) და ქსოვილების (მაგ. კანის) პარაზიტულ დაავადებას, რომლის გამომწვევია ერთუჯრედიანი უმარტივესი მიკროორგანიზმი — Entamoeba Histolytica.

დაავადება გავრცელებულია მთელ მსოფლიოში, განსაკუთრებით კი ტროპიკულ ზონაში, სადაც ამ უმარტივესის გამრავლების ხელსაყრელი პირობებია. ამასთან ერთად უდიდეს როლს თამაშობს სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების უხეში დარღვევაც [1, 4, 7, 13]. ეს პათოლოგია სერიოზულ პრობლემებს უქმნის ლათინური ამერიკის, აფრიკის, სამხრეთ აზიისა და ინდოეთის ჯანდაცვის სისტემებს [4, 7, 13].

ნაწლავგარეულ ამებიაზი წარმოადგენს ნაწლავური ამებიაზის — ამებური დიზენტერიის [7, 13] გართულებას და შეიძლება მიმდინარეობდეს როგორც

ბიუჯელისებრი პროთეზის დამზადების დანარჩენი ეტაპებია: ცვილისაგან კარკასის მოდელირების შემდეგ მას ვასხამთ ლითონისაგან, რომლის მექანიკური დამუშავებისა და გაპრიალების შემდეგ ვამონტაჟებთ პაციენტის პირის ღრუში. კარკასს კვლავ ვაბრუნებთ თაბაშირის მოდელზე და უნაგირებს ვფარავთ ცვილით. ამის შემდეგ საყრდენი კბილის ვესტიბულურ მხარეზე ვათავსებთ კბილის ფორმის შესაბამისად გამოლუნულ ფოლადის მავთულოვან კლამერს, ისე რომ მისი მორჩი ჩამაგრდეს ცვილის ბაზისში, ხოლო მხარი მოთავსდეს საყრდენი კბილის ექსტრულურ ზედაპირზე, ეკვატორის ქვემოთ, ყელის მიდამოში. შემდეგ წინსწარ განსაზღვრულ თანკბილვის მიხედვით ვახდენთ ხელოვნური კბილების განლაგებას ცვილის ბაზისებზე. ბიუჯელისებრი პროთეზის დამზადების დანარჩენი ეტაპები ხორციელდება სტანდარტული წესის შესაბამისად.

კვლევის შედეგი: კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ჩვენს მიერ შემოთავაზებული კონსტრუქციის ბიუჯელისებრი პროთეზების დამზადების შემდეგ, 23 პაციენტიდან 9-ს, რომელთაც ბიუჯელისებრი პროთეზები დაუმზადდათ ზედა ყბაზე, პროთეზებთან ადაპტაციისათვის დასჭირდათ 4-5 დღე, ხოლო 14 პაციენტიდან 11-ს, რომელთაც ბიუჯელისებრი პროთეზები დაუმზადდათ ქვედა ყბაზე, ადაპტაციისათვის დასჭირდათ 7-8 დღე, 3-ს კი 12-14 დღე. ლექციითი ეფექტურობა ყველა შემთხვევაში იყო მაღალი, პაციენტებს არ ჰქონდათ მეტყველებასთან დაკავშირებული პრობლემები და ბიუჯელისებრი პროთეზების ესთეტიური მხარე ყველა პაციენტისათვის იყო დამაკმაყოფილებელი.

დასკვნა: ამგვარად, ბიუჯელისებრი პროთეზები, რომლებიც დამზადებულია საფიქსაციო ელემენტების — კლამერების დამზადების ჩვენს მიერ შემოთავაზებული მოდიფიკაციის მიხედვით, ხასიათდებიან მაღალი ესთეტიური მაჩვენებლებით, მაღალი ლექციითი ეფექტურობით და მცირე ადაპტაციის პერიოდით. ამიტომ რეკომენდაციას ვუწევთ მის ორთოპედიული სტომატოლოგიის პრაქტიკაში დანერგვას.

ლიტერატურა:

1. Жулев Е.Н. – Частичные съёмные протезы / Нижний Новгород 2000г.
 2. Соснин Г.Н.- Бюгельные протезы // Минск «Двина», 1981г.
 3. Трезубов В.Н. Щерваков А.С. Мишнев Л.М. – Ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2005г.

Mgebrishvili S., Nakudashvili Z., Barbakadze I.

OPTIMIZATION OF FIXATION ELEMENTS OF BUGEL PROSTHESES

TSMU, #1 UNIVERSITY STOMATOLOGICAL CLINIC FIELD OF CLINICAL PROSTHETIC DENTISTRY

Objective of our examination was to create such klammers (braces) for Bugel prostheses that would provide reli-

able fixation of aforesaid type prostheses, would be easier to make and will not cause impairment of abutment teeth, would provide supporting and upholding function and would also be aesthetically acceptable. 23 patients have been observed by us with the diagnosis of secondary partly adentia for whom were made Bugel prostheses. For 9 patients were made Bugel prostheses on upper jaw, but for 14 patients on lower jaw. We have formed prostheses for above mentioned patients by using klammer (braces) systems that stages of its making are as follows. After living a mark we are pouring a pattern of ceramic gypsum to that we were modeling the arc of Bugel prostheses, saddles and klammers (braces) through the wax. Pursuant to the examination there has been found out that after making our suggested construction of Bugel prostheses, 9 patients out of 23 patients for whom have been made Bugel prostheses on upper jaw, needed 4-5 days for the adaptation with prostheses, but 11 patients out of 14 ones for whom have been made Bugel prostheses on lower jaw, needed 7-8 days for the adaptation, but to 3 ones just 12-14 days. In all cases they had increased chewing effectiveness, patients had no problems with the speech and aesthetic aspect of Bugel prostheses have been satisfactory for all patients.

Raminashvili D., Gokieli N., Zarnadze I., Zarnadze Sh.

EVALUATION OF COMBINATION STRATEGIES FOR BEHAVIOUR CHANGE AND AWARENESS RISING OF MOBILE POPULATIONS IN RURAL AND URBAN GEORGIA

TSMU, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Introduction : The objective of this evaluation was to analyse the effectiveness of combination prevention strategies in reducing high risk behaviour and increasing knowledge and awareness around home care for diarrheal and respiratory diseases [1,2,3].

Combination prevention strategies utilized in this study included Channel of Hope (COH) (mobilisation of faith leaders and affected communities) and peer education methodology targeting migrant population, their families, reproductive age women and youth.

Methods: This was a 3 year Operations Research study utilizing quasi-experimental design with pre-test post-test with non-equivalent groups approach. The survey instrument was a self-administered questionnaire. Sampling with probability proportionate to size approach was used with household being as a sample element. Quantitative data were analysed using SPSS [4,5]

Results and discussion: The Indicators have been increased significantly during the year. Giving more fluids during diarrhea was 71%, intensive feeding was 25% and 64% were using oral rehydration solution as home care solution for diarrhea. According to the monitoring results 92% of caregiver's give more fluids to 12-24 age babies during diarrhea. 46.6% of caregivers are giving food and 72.4% uses oral rehydration solution as home care solution for diarrhea [6,7].

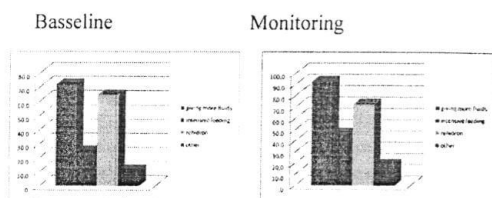


Figure 1. Home Care Practices for Diarrhea Treatment

Home Care Practices for Respiratory Diseases also improved. In baseline data temperature control was 80% and 60% was intensive feeding. More than 70% of caregivers consider personal hygiene as a home care practice during respiratory diseases, 96% temperature control and 66% intensive feeding. 88% of respondents give more liquids to sick children. 86% of caregivers responded air ventilation as home care practice during respiratory diseases [8,9,10].

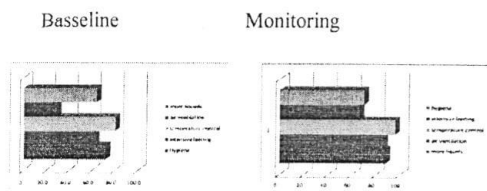


Figure 2. Home Care Practices for Respiratory Diseases

More pregnant women are practicing key family practices, increased additional extra meal intake practice and folic acid intake during pregnancy.

92% of pregnant women conducted antenatal care visits on time. 90% of pregnant women are receiving additional extra meal, during pregnancy. 85% of pregnant women reported that they received folic acid during first trimester of their pregnancy.

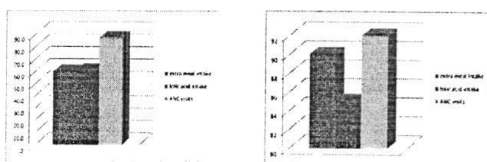


Figure 3. Key Family Practices During Pregnancy

The level of comprehensive knowledge is dramatically increased in experimental site comparing with comparison. During the baseline survey the level of comprehensive knowledge was 14,2% and 11,4% for experimental and comparison sites respectively with $p=0.356$ while at end-line it was 44% and 12,9% accordingly at $p=0.000$.

Even though 43,1% and 31,8% increase for experimental and comparison sites respectively was detected regarding using condom with non-regular partner but the difference at the end-line was not detected at statistically significant level ($p=0.239$). Using condom with non regular partner was critical variables in measuring safe sexual behavior.

People's attitude in experimental site changed towards people living with HIV, which can be probably explained with the fact that community's knowledge issues has been increased. 41,5% positive change was detected in experimental and 15% negative change for comparison site regard-

ing related stigma at end-line with $p=0.000$.

Conclusion: Monitoring data is giving opportunity to measure progress after baseline survey within pilot villages number of primary caregivers of children under-5, who are promoting child growth/development and are practicing disease prevention increased. Number of pregnant women who are applying key family practices doubles and parents/caregivers aware of at least three danger signs for common childhood illnesses increased by a quarter. Due to improved indicators, which were achieved in 15 pilot villages, there is need to extend maternal and child health activities in all villages, were serves, to have general impact in regions. The appropriate combination of CoH and Peer Education methodologies resulted in increased knowledge and stigma change in mobile population, since both methodologies leverage each other. As for the behavioural change this is a intentional process that can be achieved in a longer timeframe. Peer Education and training; Comprehensive advocacy interventions at individual and community levels; Sensitization of local partners/stakeholders enabling them prioritize/be involved in Health Promotion response;

References:

1. Abraham C., Sheeran P. 'The health belief model, In: Conner M., Norman P., editors. Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models, 2nd edition. Maidenhead, Berkshire: Open University Press, McGraw Hill Education; 2005. pp. 28–80.
2. Abraham C., Michie M. S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. The coding manual. *Health Psychology*. 2008;27:379–387. doi:10.1037/0278-6133.27.3.379. [PubMed]
3. Abraham C., Kelly M. P., West R., Michie S. The UK National Institute for Health and Clinical Excellence public health guidance on behavior change: a brief introduction. *Psychology Health & Medicine*. 2009;14:1–8. [PubMed]
4. Fishbein M., Ajzen I. Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach. New York, NY: Taylor & Francis; 2010.
5. Foster C., Hillsdon M., Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005:CD003180. [PubMed]
6. Glanz K., Rimer B. K., Lewis F. M. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. The scope of health behavior and health education.
7. Kok G., Schaalma H., Rutter R. A., van Empelen P., Brug J. Intervention mapping: protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. *Journal of Health Psychology*. 2004;9:85–98. doi:10.1177/1359105304038379. [PubMed]
8. Naughton F., Prevost A. T., Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2008;103:566–579. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02140.x. [PubMed]
9. Norman P., Boer H., Seydel E. R. Protection motivation theory. In: Conner M., Norman P., editors. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. 2nd edition. Maidenhead, Berkshire, UK: Open University Press, McGraw Hill Education; 2005. pp. 170–222.
10. Strecher V. J., Seijts G. H., Kok G. J., Latham G. P., Glasgow R., DeVellis B., et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*. 1995;22:190–200. [PubMed]

რამინაშვილი დ., გოციელი ნ., ზარნაძე ი., ზარნაძე შ.

ქვევის ცვლილების კომპინირებული სტრატეგიის განვითარება და შეამცნება საქართველოს სოფლისა და ქალაქის მოპილურ მოსახლეობაში

თსსუ, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი

მონიტორინგისათვის მოპოვებული და შეფასებული იქნა მონაცემები პილოტურ სოფლებში. პირველ კატეგორიას წარმოადგენდა 5 წლამდე ასაკის ბავშვები. ამ კატეგორიაზე ხორციელდებოდა როგორც დაავადებათა პრევენციის ხელშეწყობა, ასევე დაავადებათა პრევენციის სრულყოფის ღონისძიებების განვითარება. ორსული ქალების რაოდენობა, საოჯახო პრაქტიკის გამოყენების მიხედვით, დაყოფილი იქნა ახალშობილთა დაავადებებს ხელშემწყობი სამი მწვავე პრობლემის შესაბამისად. მონაცემები, რომელიც მოპოვებულ იქნა 15 საპილოტე სოფელში, გვიჩვენებს, რომ აუცილებელია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის განმტკიცების ღონისძიებათა გააქტივება. მოსახლეობაში კომპინირებული მეთოდების გამოყენება, განათლებასთან ერთად, იძლევა სასურველ შედეგს, როგორც ცოდნის გასაზრდელად, ასევე სტიგმის შესაცვლელად. ქვევის ცვლილება საერთაშორისო პროცესს წარმოადგენს, და შესაძლებელია, ხანგრძლივ დროზე იქნას გათვლილი.

რეხვიაშვილი ხ., იოზაძე მ., ფანცულაია ნ., ქიქოძე ნ., ბიკაშვილი ნ., მეტრეველი დ., ფანცულაია ი., ჩიქოვანი თ.

ციტოკინების (IL-6, IL-10, TNF-α, INF-γ) როლი I ტიპის დიაბეტის პათოგენეზში

თსსუ; საპაციენტო გოთაქმელოგიის ინსტიტუტი

კვლევა განხორციელდა საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მხარდაჭერით (პროექტი №233)

I ტიპის დიაბეტი აუტოიმუნური დაავადებაა. ამ დროს აუტორეაქტიული T უჯრედები ინსულინის წარმოქმნელ β-უჯრედებს ანადგურებს, რაც Th1/Th2 ტიპის უჯრედების მიერ გამომუშავებულ ციტოკინებს შორის ბალანსის დარღვევასთან ასოცირდება (Lo et al., 2004). ტოლერანტობა დაავადების კლინიკურ გამოვლინებამდე რამდენიმე წლით ადრე ირღვევა და β-უჯრედების მიმართ აუტოანტიგენული ნარმოიქმნება (Bonner-Weir et al., 2010).

დადგენილია, რომ პროანთებითი ციტოკინები პანკრეასის β-უჯრედების დესტრუქციას განაპირობებს. IL-1β-ს ციტოტოქსიკურ ეფექტს TNF-α და IFN-γ მნიშვნელოვნად აძლიერებს (Eizirik & Mandrup-poulsen, 2001). აღნიშნული ციტოკინები, ენდოთელური უჯრედების დისფუნქციის საშუალებით (Bierhaus et al., 1998; Hammes, 2003; Hussain et al., 1996), დიაბეტური მიკრო- და მაკროანგიოპათიის განვი-

თარებაში მონაწილეობენ (Schalkwijk & Stehouwer, 2005), რაც მაღალი ავადობისა და სიკვდილიანობის მიზეზი ხდება (ლომანო ეტ ალ., 2001). მეორეს მხრივ, ცნობილია, რომ Th2-ტიპის ციტოკინები β-უჯრედებს დალუპვისგან იცავს (Rabinovitch, 2003); NOD თავგებში პანკრეასის კუნძულების გადანერგვის შემდეგ Th2-ციტოკინის - IL-4-ის ექსპრესია იცავს რეციპიენტებს განმეორებითი აუტოიმუნური მეტევისგან. NOD თავგებში ასევე აღინიშნება TGF-β დამოკიდებული T-უჯრედული რეგულაცია (Eizirik & Mandrup-poulsen, 2001).

ციტოკინების მოქმედება ორნარია: IL-1β, TNF-α, IFN-γ, TNF-β, IL-2, IL-6, IL-12, IL-17, IL-18, IL-21 და IL-27 ხელს უწყობს დაავადების განვითარებას, ხოლო IL-4, IL-10 და TGF-β დაავადების დათრგუნვას ახდენს (van Belle et al., 2011, Grunnet LG, Mandrup-Poulsen T., 2011). უფრო მეტიც, IFN-γ ორგვარ როლს თამაშობს დიაბეტის განვითარებაში. ერთის მხრივ, სიგნალის გადაცემისა და STAT 1-ის გააქტიურებით β-უჯრედების დესტრუქციას აჩქარებს, მეორეს მხრივ, ინტერფერონის (IRF-1) პროდუქციის რეგულაციის გზით, დაცვას ახორციელებს (Gysemans et al., 2008). I ტიპის დიაბეტის მიმდინარეობასა და პრევენციაში ორგვარი როლი აქვს ასევე IL-10 და TNF-α-ს.

ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა I ტიპის დიაბეტით დაავადებულების პლაზმაში პრო- და ანტიანთებითი ციტოკინების - IFN-γ, IL-6, IL-10, TNF-α-ს ცვლილებების დადგენა.

კვლევის მასალა და მეთოდები

მასალა: კვლევაში მონაწილეობდა გაურთულებელი I ტიპის დიაბეტით დაავადებული 71 პაციენტი (საკვლევი ჯგუფი) და 60 ზრდასრული პრაქტიკულად ჯანმრთელი ინდივიდი (საკონტროლო ჯგუფი), ასაკი — 18-დან - 56 წლამდე, (ცხ. №1). თითოეული ინდივიდის შესახებ ინფორმაცია ასაკის, სქესის, განათლების, პროფესიის, შემოსავლის, სიგარეტის და ალკოჰოლის მოხმარების, ფიზიკური აქტივობის, კვების რეჟიმის, მასის ინდექსის, ქალებში რეპროდუქციული ისტორიის, გადატანილი ინფექციური და ქრონიკული დაავადების შესახებ შეგროვებული იქნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ენდოკრინოლოგიის მიმართულებისა და დიაბეტის განყოფილებაში დასრულებული ბაკალავრის ხელმოწერითა და დასტურებული.

გამოკვლეული ინდივიდებიდან სისხლის აღება ხდებოდა უზმოზე იდაყვის ვენიდან, 10 მლ-ის ოდენობით EDTA-ს შემცველ სტერილურ სინჯარაში. სისხლი მუშავდებოდა ალბიდან I სთ-ის განმავლობაში.

სისხლის პლაზმაში ციტოკინების (IFN-γ, IL-6, IL-10, TNF-α) დონე ისაზღვრებოდა იმუნოფერმენტულ ანალიზატორზე (Multiscan, LabSystems, Finland) იმუნოფერმენტული (R&D Systems Inc., USA) ნაკრებების

Москва. ГОУВУНМИЦ МЗ РФ 2001, 271 с.

2. Бажанов Н.Н., Конобевцев О.Ф., Соловьев М.М. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи. / Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. М. Медицина, 1985. С. 178-227.

3. Nagler R. M., Peled M., Laufer D. – Multidisciplinary and Multistage Treatment of Complex Facial Trauma – Case Report. *Aesthetic Plast. Surg.* 2002 Jan-Feb. 26(1) 40-3.

4. Tay A.G., Yeow V.K., Tan V.K. et. all – A review of mandibular Fractures in a Craniomaxillofacial Trauma Centre. *An. Acad med Singapore*, 1999 Sep 28(5) 630-3.

Gvasalia G., Khotenashvili N., Danelia T., Merabishvili G.

TREATMENT OPTIMIZATION OF OPEN WOUNDS SURGICAL INFECTIONS OF HEAD AND NECK AREA USING BACTERIOPHAGES

TSMU, DEPARTMENT OF SURGERY, DIRECTION OF SURGICAL DISEASES; TSMU, DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL AND SURGICAL DENTISTRY

With purpose of assessment of the treatment and prevention efficiency of the maxillofacial area open wounds' surgical infections, 235 patients were researched during 4 years. Among them 185 had "new" casual not-suppurated, 50 patients - suppurated wounds. The bacteriologic research have shown that the overwhelming majority of bacteria, segregated from the "new" wounds during the first 6 hours, further play significant role in the development of wound infection. The open wounds suppuration in the maxillofacial area is developed in 12.4% cases, the wound infection is caused by *S. aureus*, *Streptococcus spp*, *E coli*, *Proteus spp* and *Klebsiella*. Phago-prophylaxis of the wound infection decreases the suppuration frequency down to 3.4%; the suppurated wounds phagotherapy surely improves the microbiological and clinical parameters of the wound regeneration process on average by 5.2 ± 0.3 days, decreases the regeneration time or the secondary wound closure period

Gokieli N., Zarnadze Sh., Zarnadze I., Kitovani D., Lomtadze L.

HEALTH REFORM AND PUBLIC HEALTH IN GEORGIA

TSMU, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Introduction: Public Health services aim to protect or improve health. Effective Performance of Public Health Services depends on what services are provided and how they are organized. Resources should be used for the interventions, efficiency of which is proved and it should be imple-

mented, in accordance with national or local priorities (1).

Public health services, like many other forms of production, can be implemented in more dispersed as well as more concentrated configurations, or in hybrid arrangements that combine concentrated and dispersed elements (2).

Dispersed service configurations are common for activities that are not beneficial from the economic point of view – there is no cost difference between large and small production unit costs.

Good service delivery is a vital element of any health system. Service delivery is a fundamental input to population health status, along with other factors, including social determinants of health. A comprehensive range of health services, appropriate to the needs of the target population is provided, by preventive, curative, palliative and rehabilitative services and health promotion activities.

Services are directly and permanently accessible with no undue barriers of cost, language, culture, or place of residence. Service delivery is organized to provide an individual with continuity of care across the network of services, health conditions, levels of care and over the life-cycle.

Aim: Analyses of the development of Public Health services and implementation of new strategies.

Methods and materials – expertise of the development of Public Health services in Georgia, review of statistical and financial information.

Results and Discussion: starting from the 90's, the government of Georgia made several attempts to improve health care system in terms of efficiency, accessibility, and quality of health services. After collapse of the Soviet Union, Georgia inherited system that was highly expensive to maintain. Government was not able to cover even basic health services. Consequently, accessibility to medical services has dropped dramatically. The same trend was observed in the availability of quality medical services. Government was no longer able to invest in infrastructure, equipment and human resources. Excessive infrastructure became obsolete very soon; medical personal lost competences because of lack of proper practices (3). Despite the alarming indicators, significant reforms of the healthcare sector had not really got started until 2006. A range of reports had been written on healthcare reform but none of them translated into action. Modern Georgia health care system in 1996 was transformed from the system based on fragmented State program financing, during 1997-2003 social insurance was implemented, later in 2003 it went back to complete budget financing and, finally, in 2007 private financing was introduced. The first rounds of reforms focused predominantly on developing a nationwide primary health care network. However, these attempts in achieving their objectives had less success than expected, partly due to weak GoG leadership and lack of effective donor coordination. Most of the health reforms addressed single components of the system only; GoG responded if only when emerging health needs became political issues (4). Private health insurance might be selected as a main source for health-care financing in the country. The government is planning to contract private insurance companies and grant them finances as insurance coverage for those living in extreme poverty (3).

Main Public health services are:

- Epidemiological surveillance and control of health status of the population;
- Prevention and control of communicable and non-communicable diseases;
- Identifying, preventing and containing environmental hazards and other dangers to health;

- Promoting and enabling healthy life style.

Public health goals are to maintain and promote good health by health promotion action, prevention and control of communicable and non-communicable diseases (3).

The success of health sector reform is measured by determining how well it achieves the improvement of population health, how well it provides financial risk protection and how well it responds to consumer needs.

Improvements of the status of health will be represented by basic health indicators, such as children and maternal mortality and morbidity rates, birth rate, life expectancy and etc.

Health promotion estimates population healthy behaviors, healthy eating, physical activity and behavioral risks of health, smoking, alcohol abuse, unsafe sex, etc.

The health of youth is of special concern in all societies and efforts should be made to reduce all types of dangerous behavior. Health effects of tobacco, alcohol and drug consumption are evident at the individual as well as social level. The prevalence rates of alcohol, tobacco and other drug use are matters of concern to public policy in most countries, since they are important factors related to health and welfare of the population. (8)

Health promotion actions are the best known way to achieve a long-term healthy life of population and communities. Health promotion is a core responsibility of government partnering with civil society and the private sector.

Notwithstanding the considerable efforts of the GoG, donor agencies and private sector entities, technical assistance is still required to ensure successful advancement of health care reforms. Providing the need technical assistance to the health sector reforms in Georgia is needed to ensure that the continuation of reforms should be successful, ultimately benefiting for every Georgian citizens and contributing to stability and prosperity in the country (7).

National Center for Disease Control and Public Health (NCDCPH) has responsibility for implementation of health promotion action; through supporting the local delivery of health promotion in primary health care facilities, strengthening and developing the capacity of family medicine teams. Meanwhile primary health care services, private sector providers and professional associations are the major players for delivering health promotion activities.

The commercialization and privatization of health is one of the tendencies of modern reforms. There are two directions of approach to educate population, create well informed community for increased control over their health and make healthy policies. Thus, high literacy of health becomes essential (6).

The private sector influences local settings; it can contribute to decrease wider health impacts by complying with regulations of government and civil society, strengthening the capacity to guide and monitor the health reform process; affect consumer choice, rights and responsibilities (5).

Health market also gives a new dimension to social marketing, now there is actually a health market that competes for consumers with lifestyle messages and good health.

Commercialization will lead the process to increase the use of health services and change behavior by strengthening the capacity of private health care providers to offer quality health insurance and health care services;

Conclusions: In summary we are suggesting that the health promotion community will carry out the following:

- Conduct health promotion research that analyses the strategies and the impact of this industry;
- Conduct a review/study to justify benefits of invest-

ing in health promotion of their coverage by the private companies.

- Develop model of insurance plan that will include incentives for enrollment in practice of healthy behaviors, including, but not limited to denial of benefits if the beneficiary was not wearing a seatbelt in a car accident, discounts for non smokers or practicing other healthy behaviors, distribution of health education materials, issuing quarterly newsletters and discussing healthy lifestyle behaviors on TV talk shows and etc.

- Revise and develop evidence based screening and preventive health examinations recommendations and elaborate models for reimbursing PHC providers for health promotion, screening and disease prevention services.

References:

1. WHO Europe- Highlights on health in Georgia 2005
2. The United Nations Association of Georgia Georgia MDG Progress Report 2006
3. UNICEF - Multiple Indicator Cluster Survey 2005
4. UNFPA - Millennium Development Goals and Reproductive Health Priorities in Georgia
5. UNFPA - Survey on Youth Friendly Reproductive Health Services in Georgia 2007
6. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World
7. Kickbusch I, Payne L. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. Health Promot Int. 2003 Dec;18(4):275-8.
8. Simon D. French, B.App.Sc.(Chiro.).HEALTH PROMOTION IN A PRIMARY HEALTH CARE SETTING Australasian Chiropractic & Osteopathy. 1997 November; 6(3) 92-94.pdf

გოკიელი ნ., ზარნაძე შ., ზარნაძე ი., კიტოვანი დ., ლომთაძე ლ.

ჯანდაცვის რეფორმა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა საქართველოში

თსუ, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანია ჯანმრთელობის შენარჩუნების ხელშეწყობა. რესურსების ეფექტური გამოყენება უნდა ეფუძნებოდეს ადგილობრივ და ეროვნულ პრიორიტეტებს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებს მიეკუთვნება: მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის ეპიდემიოლოგიური შეფასება და კონტროლი, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების პრევენცია, გარემოს მახასიათებლებისა და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების ამოცნობა და პრევენცია, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა. მიმოხილვითი კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით, ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში მონაწილეობას იღებენ კერძო კომპანიები. მტიკებით მედიცინაზე დაყრდნობით, სკრინინგის განვითარება და ჯანმრთელობის პრევენციის კალენდრის შეფასება იძლევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალ მოდელს ჯანმრთელობის ხელ-

ლიქნეობაში, სკრინინგსა და დაავადებათა პრევენციის სერვისებზე.

Gongadze N., Gorgasidze N., Makharadze T., Mirziashvili M., Abulashvili D.

NEW ASPECTS OF TOLERANCE TO NITRATES

TSMU, DEPARTMENT OF MEDICAL PHARMACOLOGY AND PHARMACOTHERAPY; DEPARTMENT OF SOCIAL AND CLINICAL PHARMACY; DEPARTMENT OF THERAPY

Nitrates are still widely used in the management of coronary artery disease, including patients with stable and unstable angina, acute myocardial infarction, and congestive heart failure (8). In last years two major drawbacks of nitrates therapy have been identified as important: the rapid development of tolerance within 24 to 48 h. of continuous treatment (5, 7, 9, 11) and the development of endothelial dysfunction during their prolong application (so called cross tolerance) (8). Nitrate tolerance has been demonstrated as the loss of effects on treadmill walking time and time of onset of angina, while in congestive heart failure, it has been described as the loss of hemodynamic effect of the administered nitrate (8).

Controversial data have been reported in experimental studies for the antiplatelet effects of nitroglycerin. Investigations in dogs showed that tolerance is associated with a paradoxical activation of platelets (3, 6) in contrast to another report showed that prior exposure to nitroglycerin, even in a very low doses, causes tolerance to the antiaggregatory effects of the drug (3). Along with these data, other studies in both rats and humans have shown that platelet responsiveness is preserved despite hemodynamic tolerance (9). Development of tolerance against the hemodynamic effects of nitrates during sustained therapy, however limits their clinical application. Moreover, recent clinical studies have suggested that long-term nitrate treatment does not improve or may even worsen cardiovascular mortality, possible due to the development of vascular nitrate tolerance (9).

Multiple mechanisms are involved in tolerance to nitrates, such as an increase in plasma renin activity reflecting increased circulating angiotensin II levels, increases in circulating vasopressin, catecholamines, and aldosterone levels, and signs of intravascular volume expansion. These so-called pseudotolerance mechanisms may compromise nitroglycerine's vasodilatating effects (10). More recent experimental work defined new tolerance mechanisms such as increased vascular superoxide production and increased sensitivity to vasoconstrictors secondary to an activation of protein kinase C. Both phenomena are prevented by concomitant treatment with angiotensin-II (AT₁)-receptor blockers or angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors (9, 10) suggesting a causal involvement of the renin-angiotensin system in mediating these phenomena (10).

More new aspects related tolerance to nitrates include calcitonin gene-related peptide (CGRP), identified in multiple species, which has widespread distribution and expression in various tissues (1, 2). It has been established that nitroglycerin activates capsaicin sensitive sensory nerves to release CGRP (2). Nitroglycerin caused a concentration-dependent relaxation and a depressor effect, concomitantly with an increase in the release of CGRP and its concentration in

plasma (2). Some investigators have demonstrated that the vasodilator responses and depressor effect of nitroglycerin are attenuated or abolished by CGRP (0-37)-the CCRP receptor antagonist, or capsaicin, which selectively depletes CGRP in sensory nerves (12). It has been shown that soluble guanylate cyclase, abolishes the increased release of CGRP produced by nitroglycerin (13). These findings support the hypothesis that the cardiovascular effect of nitroglycerin, at least partially, is mediated by endogenous CGRP via the cGMP pathway.

The oxidative stress concept of nitrate and endothelium dysfunction is also supported by group of authors (11). They have observed an up-regulation of platelet activity during long-term nitroglycerin therapy as be demonstrated by enhanced thrombin-stimulated intracellular Ca²⁺ levels and increases in the microviscosity of platelet membranes (indicating enhanced receptor expression) associated with a progressive impairment in basal, unstimulated cyclic guanosine monophosphate levels. All these changes could be prevented by cotreatment with ascorbate (4, 9). More recently, a group of authors (8) provided a new possible link between enhanced superoxide production and increased vasoconstriction in response to nitroglycerine treatment (14). The increase in perfusion pressure was blocked by cyclooxygenase inhibitors and by a thromboxane-receptor antagonist, but enhanced by the administration of arachidonic acid. These results indicate that under conditions of increased oxidative stress, nitroglycerin stimulates the release of vasoconstrictor PGF_{2α} and TXA₂, leading to paradoxical vasoconstriction (9, 11).

Furthermore, the role of aldehyde dehydrogenase (ALDH-2) inactivation in nitroglycerin tolerance was challenged in an animal study, (2) that showed that treatment with inhibitors of ALDH-2 cyanamide causes a similar dose-dependent decrease in nitroglycerin induced relaxation in both tolerance and nontolerant aorta (10, 11). Development of experimental vascular nitrate tolerance due to nitroglycerin treatment has been shown to increase the formation of reactive oxygen species (9, 11) including peroxynitrite in the vasculature, which leads to vascular dysfunction (8).

It has been shown that a specific blocker of KATP sensitive channels glibenclamide can abolish the direct anti-ischemic effect of nitroglycerin (4). Consequently, nitroglycerin may involve activation of KATP channels. This is a plausible mechanism for the direct myocardial anti-ischemic effect of nitroglycerin, since pharmacological activation of K_{ATP} has been shown by several laboratories to mediate cardioprotection in the rat (4).

In conclusion, abovementioned data about pro-oxidant activities of nitrates during development of tolerance in long-term therapy and negative data on cardiovascular mortality with nitroglycerin treatment made the medical community more cautious with the use of nitrates.

References:

1. Chatta S., Nimmagadda D. Calcitonin gene related peptide: Understanding its role. *Indian J. Pharmacol.* 2004; 36: 277-283
2. Chen Y. R., Nie S. D., Shan W. et al. Decrease in endogenous CGRP release in nitroglycerin tolerance: Role of ALDH-2. *European J. of Pharmacology.* 2007; 571:44-50.
3. Chirkov Y. Y., Chirkova L. P., Horowitz J. D. Nitroglycerin tolerance at the platelet level in patients with angina pectoris. *Am. J. Cardiol.* 1997; 80: 128-131.
4. Csont T., Ferdinandy P. Cardioprotective effects of gly-

ნაშრომი მეექვსე

№ 3, 2011

ექსპერიმენტული და
კლინიკური

მედიცინა

Experimental & Clinical
MEDICINE

Экспериментальная и клиническая
МЕДИЦИНА

Abstracts of articles are published in "Georgian Ref. Journal" (www.tech.caucasus.net)

სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

UDC(უაკ)61+57(051.2)

ე-92

ჟ-413

E-97

ISSN 1512-0392

ექსპერიმენტული და კლინიკური

მედიცინა

№3

ჟურნალის გამომცემელი უნივერსიტეტი «ინტერფარმი» არის Council of European Association of Institutions in Higher Education (EURASHE) წევრი

ჟურნალის გამომცემელი უნივერსიტეტი «ინტერფარმი»

LLC AMERICA-EURASIA INTERPHARM UNIVERSITY -ის

პროგრამის "Online and Distance Learning Technology"

რეალიზაციის ექსპლუზიური პარტნიორი

ჟურნალი შეტანილია საქართველოს სფავლულ-ექსპერტთა საბჭოს მიერ დამტკიცებულ ნუსხაში, რომელიც აუცილებელია დისერტაციების დასაცავად (2002წ. 30 იანვრის პრეზიდიუმის სხდომის №1 დადგენილება)

გამოქვეყნებული სტატიების რეზიუმეები იბეჭდება საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის «ქართულ რეზიუმეებზე ჟურნალში» და «РЖ ВНИИТИ»-ში

თბილისი 2011

წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებების გაძლიერება. მნიშვნელოვანია საგანმანათლებლო საშუალებების ჩატარება მოსახლეობაში. განსაკუთრებით მცირეწლოვან ბავშვთა შრომის, რათა მათ დაიცვან ბავშვები კოლოს კბენისგან.

ლიტერატურა

1. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი თბილისი ეპიდემიოლოგიური ბულეტენი// 2009წ. ოქტომბერი, 10 ტ, 14, 1-23.
2. Hailu A. et al. – Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control?// WHO Geneva, Nature Reviews Microbiology. November 2007, v5, 874-878.



**ი. ზარნაძე, შ. ზარნაძე, ნ. გოკიელი, ლ. ლომთაძე, დ. კიტოვანი,
მ. კაჯრიშვილი**

საქართველოს მოსახლეობის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემის განვითარების პერსპექტივები

ჯანდაცვის მენეჯმენტის, პოლიტიკისა და ეკონომიკის მიმართულია
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

ZARNADZE I., ZARNADZE SH., GOKIELI N., LOMTADZE L., KITOVANI D., KAJRISHVILI M
**DEVELOPMENT OF SOCIAL DEFENSE AND SOCIAL SECURITY
SYSTEM IN GEORGIA**

Unit of Health care management, policy and economy, TSMU, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

The results of this study demonstrate the tendency of evaluation of social security and social defense system in Georgia. Social relationships within population and governance are the social insurance, quality of medical services, quality of life, and evaluation of individual salary of citizens. The Social Services based on the needs of population. Effectives of social security operating models are the evaluation of quality of life of disorders, older population, refugees and etc.

Development of Social insurance system in 21 century in Georgia is the first step formation of new democracy system and new governance policy in Social defense needs.

მოსახლეობის სოციალური დაცვის ფილოსოფია მსოფლიო ცივილიზაციის ერთ-ერთ უდიდეს მონაპოვარს წარმოადგენს, ხოლო სოციალური უსაფრთხოება მთელ მსოფლიოში, ქვეყნების ეკონომიკური პოტენციალიდან გამომდინარე სხვადასხვაა და რეგულირდება შესაბამისი კანონმდებლობით. რიგ შემთხვევებში სოციალური უსაფრთხოება განიხილება როგორც მდგომარეობა, როცა ადამიანი სრულად არის დაცული რესურსების კარგვისაგან. ან სოციალური უსაფრთხოება აღიქმება, როგორც ადამიანის აბსოლუტური დაცვა ყველა სახის ზარალისაგან [4].

საქართველოში დღევანდელი მდგომარეობით, როდესაც სახელმწიფოს შესაძლებლობები რამდენადმე შეზღუდულია, პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს სოციალური უსაფრთხოების ისეთი სექტორების შემუშავება/ამოქმედებას, სადაც ადამიანის თვითდაცვის მექანიზმების გააქტიურების ფონზე, განიხილება როგორც საკუთარი ინიციატივისა და აქტივობის ფუნქცია ასევე მზრდება ბირობების და არა მხოლოდ სახელმწიფოს როლი სოციალური უსაფრთხოების ფსიქოლოგიურ ასპექტში.

მოსახლეობის სოციალური დაცვა და უსაფრთხოება წარმოდგენს სამართლებრივი, ეკონომიკური, პოლიტიკური, სამედიცინო, ზნეობრივი და ფსიქო-სოციალური გარანტიების სისტემას, რომელიც შრომისუნარიან მოსახლეობას უქმნის თანაბარ პირობებს ცხოვრების დონის

ასამაღლებლად, მათი პირადი შრომითი წვლილის, ეკონომიკური დამოუკიდებლობის და ინიციატივების საფუძველზე, ხოლო ტრადიციული რისკის მქონე ჯგუფებისათვის (შესწავლილი შესაძლებლობის მქონე პირები, მარტოხელა დედები, დევნილები, პენსიონერები, მრავალშვილიანი ოჯახები და ა.შ.), თვითრეალიზაციის თანაბარი შესაძლებლობის უზრუნველსაყოფად, აწესებს სხვადასხვა სახის შეღავათებს, შემწეობებსა და დახმარებებს.

კვლევის მიზანი - საქართველოს მოსახლეობის სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების სისტემის განვითარების პერსპექტივების შესწავლა-შეფასება, თანამედროვე ობტიმალური მოდელის შესაქმნელად.

კვლევის მეთოდები და მასალა - კვლევისათვის გამოყენებული იქნა ექსპერტული ანალიზის მეთოდი (შესწავლილი და შეფასებული იქნა სოციალური

სისტემის განვითარების ტენდენციები ოფიციალური დოკუმენტებისა და ობიექტური ინფორმაციის საფუძველზე, ასევე სოციალური დაცვისა და სოციალური სფეროს ექსპერტების ინტერვიუების მასალები).

კვლევის შედეგები და განსჯა - ნებისმიერი ქვეყნის სოციალური დაცვის სისტემას განაპირობებს სტრუქტურული და კულტურული ფაქტორები: ისტორია, ტრადიციები, ფასეულობათა სისტემა, პოლიტიკური და ეკონომიკური მდგომარეობა, დემოგრაფია, ქვეყნის ტექნოლოგიური და ორგანიზაციული დონე, სოციალური დაცვის სისტემა განიცდის ცვლილებას ქვეყანაში მიმდინარე პროცესების შესაბამისად და შეუძლებელია სოციალური დაცვის პოლიტიკის ქვეყნის ეკონომიკური პოლიტიკისაგან განცალკევებული გააზრება (ისინი როგორც მინუს-შედეგობრივ ურთიერთკავშირშია და საჭიროა მათი ურთიერთშეგავლენის შეფასება და გათვალისწინება) [1,2].

დღეისათვის შემუშავებულია მოსახლეობის სოციალურ უსაფრთხოებაში სახელმწიფო ვალდებულებების მართვის მოდელი, რომელიც ითვალისწინებს: მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას, ფედერალურ და მუნიციპალურ სამედიცინო დახმარებას; მოსახლეობის საპენსიო უზრუნველყოფას; მოსახლეობის შრომის დაცვასა და დასაქმებით დახმარებას; საყოფაცხოვრებო საჭიროებების არაფულად დახმარებას; სხვადასხვა სახის ფინანსურ დახმარებებს, ხოლო მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში პრიორიტეტულია ყველა მოქალაქის თანაბრად ხელმისაწვდომი კვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა.

სოციალური უსაფრთხოების სქემაში, სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის დღევანდელი სისტემის შესახებ შეიძლება ითქვას, რომ: სახელმწიფოს პოლიტიკა ჯანმრთელობის დაცვაში საჭიროებს სისტემატიზაციას, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური უსაფრთხოება ჯერ კიდევ ვერ გახდა სათანადო პრიორიტეტი სახელმწიფო პოლიტიკაში; ჯანდაცვისა და სოციალური დარგის დაფინანსება არასაკმარისია,

არსებობს გარკვეული დისბალანსი საარსებო მინიმუმს, მინიმალურ ხელფასსა და პენსიას შორის. მედიცინის მუშაკების, სოციალური მდგომარეობა და მათი საქმიანობის ანაზღაურება ჯერ კიდევ შორსაა თანამედროვე მოთხოვნებისაგან.

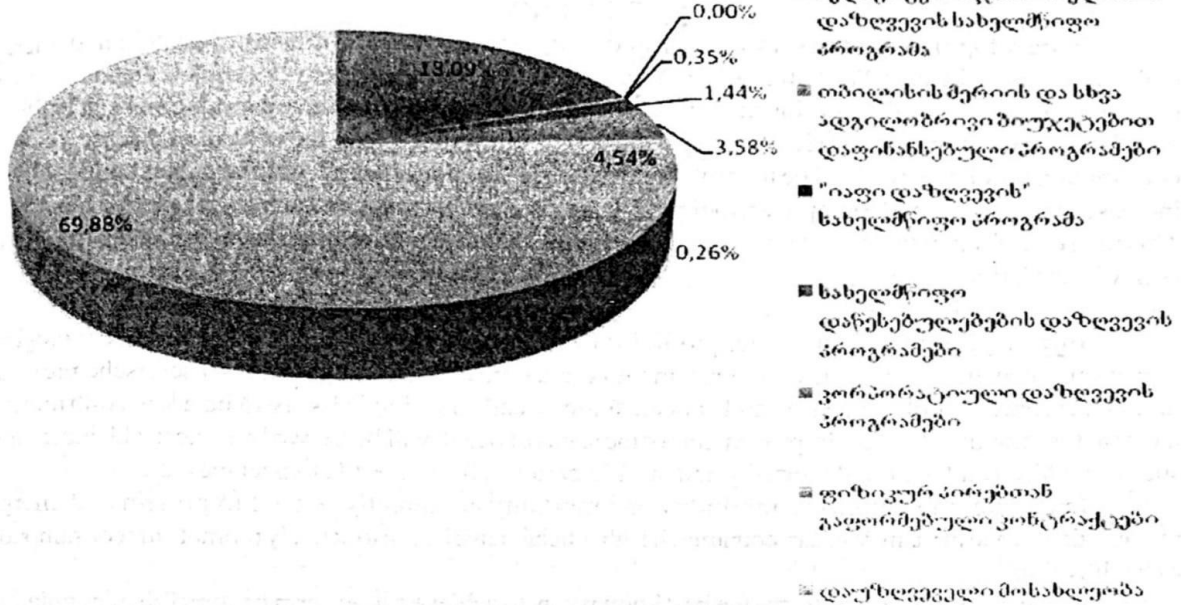
მოსახლეობის სოციალური უსაფრთხოება შეადგენს იმ სოციალური პოლიტიკის ნაწილს, რომელიც ტარდება ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე. მოსახლეობის სოციალური უსაფრთხოება პირდაპირ დამოკიდებულია ბიუჯეტის ხარჯვით ნაწილთან, კერძოდ კი მასში გამოყოფილი სახსრების მოცულობასთან [3].

ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის განვითარება აუმაჯობესებს, მაგრამ სრულად ვერ წყვეტს სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას. დიაგრამა 1 წარმოადგენდა დაზღვეულთა სტრუქტურა.

დაზღვევის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორების პარტნიორობა საქართველოში დინამური და მუდმივად ცვალებადია. 2010 წელს ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამების წესები მნიშვნელოვნად შეიცვალა.

საქართველოს მოსახლეობა მკვეთრი სოციალური პოლარიზაციის გამო საჭიროებს სოციალური უსაფრთხოების დიფერენცირებული სისტემის სწორად დაგეგმვას და შესაბამისი მოდელის ეფექტურად ამოქმედებას; ასევე ბიუჯეტისა და სოციალური დაცვის ხარჯების ფართო დიაპაზონი საჭიროებს ბიუჯეტის სოციალური ნაწილის ფორმირების მუდმივ კორეგირებას.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეობების მიხედვით დაზღვეული მოსახლეობა



ამგვარად, სოციალური დაცვისა და სოციალური უსაფრთხოების თანამედროვე ტენდენციები ითვალისწინებს მრავალმხრივ განვითარებას, მოსახლეობის საჭიროებებისა და შესაძლებლობების ურთიერთშესაბამისობას. საქართველოში სოციალური დაზღვევის განვითარება ერთერთი მნიშვნელოვანი ტენდენციაა სოციალური დაცვისა და უსაფრთხოების სისტემის განვითარებაში, მაგრამ ჯერ კიდევ შორს არის სრულყოფილებისაგან, ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან ერთად არ არის საკმარისად განვითარებული ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა. ჯერ კიდევ დაბალია სამედიცინო დახმარების ხარისხი ჯანდაცვის სფეროში დაბალია მოსახლეობის ინფორმირებულობის ხარისხი, სერვისების მიწოდებასა და ხარისხზე.

ლიტერატურა

1. Parente S. et al. – Evaluation of the effect of a Consumer-Driven Health Plan on Medical Care Expenditures and Utilization// Health Serv Res. 2004 August; 39(4 Pt 2): 1189–1210. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00282.x. PMID: PMC1361062
2. Stefan Greg Private Health Insurance in Germany: Consequences of a Dual System//Health Policy. 2007 November; 3(2): 29–37. PMID: PMC2645182
3. Strombom B., Buchmueller T., Feldstein P. – Switching costs, price sensitivity and health plan choice// J. Health Economics, 2002, #21, 89-116. doi: 10.1016/S0167-6296(01)00124. [PubMed] [Cross Ref].
4. საქართველოს მთავრობისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიშები, 2006.



Assessment of Social Characteristics, Access to and Satisfaction with Healthcare Services in the Population of Georgia

Authors:

Nino Gokieli Phd Candidate, Shalva Zarnadze, Md, Mph,phd, Professor,
Irine Zarnadze, Md, Mph, Phd, Associated Professor, Lili Lomtadze, Md.phd, Marina Kajrisvili,
Md, phd, Tamar Bakradze

doi: 10.51505/ijmshr.2021.5217

URL: <http://dx.doi.org/10.51505/ijmshr.2021.5217>

Abstract

Background: The objective of the study was to assess social characteristics, access to and satisfaction with health care services in the population of the country of Georgia. **Methods:** An observational study conducted in 2019 enrolled randomly selected adult participants 18 years and older, who could speak Georgian, and provided informed consent. The respondents were asked to complete the structured questionnaire, which collected demographic data, information on social conditions, and access to health care services and satisfaction. **Results:** Of 850 respondents, 71.0% were male, 49.3% were 35-60 years old, and 63% lived in the capital city Tbilisi. An income per one family member was below one hundred GEL in 28.0% of the participants in Tbilisi vs. 36.0% of those from the regions ($p=0.029$). Satisfaction with medical services differed by social packages: 40.0-42.0% of the beneficiaries of insurance and social assistance vs. 27.0% of those not using social services were satisfied with the qualifications of medical personnel ($p<0.001$); 18.0% of insurance holders vs. 7.5% of the group not using social services considered healthcare costs affordable ($p<0.001$). Participants with private insurance showed significantly higher level of satisfaction with the provided medical service as compared to consumers of Universal Healthcare (24.6% vs. 8.7%, $p<0.001$). **Conclusions:** The findings demonstrated that, level of satisfaction with Universal Healthcare services remains low. Further research is needed to develop changes in existing social and healthcare state programs to increase coverage of healthcare needs and improve quality of care.

Keywords: Social characteristics, Healthcare services

1. Introduction

Georgia, the Eastern European country with the population of 3.7 million people, has developed social policy which aims to reduce the risks of poverty and vulnerability due to the country's social-economic problems [1]. Social Service Agency provides the various contingents requiring service or assistance with social disbursements, state health and social programs across the country and serves about 60 percent of Georgian citizens. [2,3]. Among the state programs existing in Georgian healthcare, the Universal Healthcare Program is the largest one, ensuring universal coverage of non-insured individuals living in the country with medical services. As of

the end of 2019, about 779 thousand people used the mentioned services, which constitute around 19% of the Georgian population [4].

Several studies conducted in Georgia demonstrated that beneficiaries of Universal Healthcare program were satisfied with the program, mainly due to the increase in access to and affordability of the medical services. [5,6]. However, due to the barriers related to insufficient financial resources the beneficiaries, especially pensioners, may lack coverage with some necessary medical services and medications.[7].

The paper focused on the challenges in the access to healthcare and assessment of the overall satisfaction as an essential indicator of health care services in terms of service quality and health care system responsiveness. Available data on the satisfaction with the health care service in Central and Eastern Europe, suggest that it is rather low compared to that in Western Europe. In fact, surveys of Gallup International and Gallup World Poll showed that the most post-communist countries (Georgia, among others) are most dissatisfied with the health care services.

The objective of our study was to assess social characteristics, access to and satisfaction with health care services based on self-reported data among the Georgian population.

2. Methods

2.1. Study population and data collection instrument

An observational study was conducted in year 2019. Eligible participants were adults 18 years of age and older, having the ability to speak and read in Georgian, who provided informed consent to study participation. The sample represented all the geographical areas of Georgia, including the capital city Tbilisi and ten regional centers. At the first stage, regional centers as sampling points were selected and agreed with the respective governmental authorities. At the following stage, potential respondents were selected using randomly selected addresses/households per each sampling point. The selected respondents were asked to complete the questionnaire at the preferred location. Overall, 850 respondents agreed to participate in the study.

A research instrument was a self-administered structured questionnaire to be completed anonymously, which was developed by the investigator and pre-tested before conducting the study. It contained four sections and total of 70 questions, and needed about 30-40 minutes to complete. The first section collected demographic data (age, gender, and family information); the second section asked information on respondents' health and access to health care services as well as satisfaction; The third one was about the usage of state or private insurance services; and finally, the fourth section contained questions concerning social conditions (average income, living conditions referring to shelter, safety and proper sanitation), usage of social services and their satisfaction with the services.

2.2. Data analysis

The data analysis was performed using descriptive and analytic statistical methods. The continuous variables were categorized and frequencies were calculated for all categorical variables. Bivariate analysis was conducted using chi-square test to assess associations between

different socio-demographic variables and indicators of satisfaction with services. Statistical significance was defined as p-value <0.05. Statistical program R for Windows (4.0.2) and the libraries (dplyr, ggplot, stringr, readr, tidyverse) were used for statistical analysis.

3. Results

3.1. Demographic characteristics

Out of the 956 potential respondents, who were offered to participate in the study, 850 completed the questionnaire and 106 refused to participate. The majority (71.0%) were male participants, 49.3% were reclassified in the age category of 35-60 years old; 539 (63%) respondents lived in the capital city Tbilisi and 311 (37%) – outside the capital, in different regions of Georgia. More than half (53, 5%) were self-employed e.g. without regular job or were unemployed. According to family and marital status, 608 (71, 5%) were married and 242 (28, 5%) – divorced, widower or single (Table 1); 80, of the participants had at least one child in a family, including 20, 1% with 3 or more children, and 18, 5% did not have a child in a family.

Table 1. Demographic characteristics of the sample of 850 respondents, Georgia, 2019

Variable	N (%)
<i>Gender</i>	
Women	604 (71.0%)
Men	246 (29.0%)
<i>Age categories (years)</i>	
18 - 24	111 (13.1%)
25 - 34	211 (24.8%)
35 – 59	419 (49.3%)
Over 60	108 (12.7%)
<i>Geographical distribution</i>	
Capital city Tbilisi	539 (63%)
Regions	311 (37%)
<i>Employment/Occupation</i>	
Teacher	174 (20.0%)
Doctor	54 (6.3%)
Lawyer	48 (5.6%)
Financial manager	11 (1.3%)
Business sector	50 (5.9%)
Employment in agriculture	26 (3.0%)
Self-employed or unemployed	455 (53.5%)
<i>Family and marital status</i>	
Married	608 (71.5%)
Divorced, widowed or single	242 (28.5%)

*Note: 32 respondents did not answer question about employment

3.2. Social conditions

Analysis of the average income per one family member showed that an income below one hundred GEL was reported in 28% of the participants in Tbilisi, while in regions the same level income was in 36% and the difference in income distribution between Tbilisi and the regions was statistically significant ($p = 0.029$). (Table 2).

Data analysis of living conditions (referring to shelter, safety and proper sanitation) revealed that only 15% (129) were living in “good” conditions, 67% (571) considered their living conditions “satisfactory” and 16% (129) thought they were living in “unsatisfactory” conditions. Respondents living in Tbilisi were significantly more likely to report better living conditions as compared to the representatives of the regions($p=0.036$) (Table 2).

To the question on the financial standing of the household, 46.9% of the respondents answered it was “decent”, however, 36.8% stated that their income was spent on food, and for 8%, income was not sufficient for adequate food e.g they were living on the edge of poverty (Table 2). The questionnaire asked whether any of the household members was a pensioner and if the pension could satisfy basic standards of living. As a result, in 57.0% the pensioners’ financial standing was enough for basic needs, but in 38.0% pensioners lived in poverty. Minimum allocated pension in the country was perceived as “not satisfactory” by the majority of the respondents (65.8%) and only “partially satisfactory” by 24.2%.

3.3. Access to and satisfaction with healthcare services

Analysis of access to and satisfaction with medical services among consumers of different social packages demonstrated the following results: satisfaction with qualifications of medical personnel differed by different social service consumers: 42.0% of the beneficiaries of insurance and 40.0% of beneficiaries of social assistance were satisfied with personnel's' qualifications, but among those, who did not use any social program, only 27.0% expressed satisfaction with the qualifications of medical staff, however, higher proportion (28.0%) of the beneficiaries of social programs expressed negative perceptions towards personnel's' qualifications ($p < 0.001$). As for communication skills of medical personnel, the highest proportion expressing negative feelings with this respect (24.0%) was shown in the group not using social services and the lowest one (18.0%) – in insured persons ($p < 0.001$). Total of 18.0% of insurance holders and only 7.5% of the group not using social services considered healthcare costs affordable. The affordability was increased in case of co-financing in all three groups up to 50%. Analysis showed statistically significant difference with respect to provision of medical services in a timely manner among insured, persons with social assistance and those not using social services (respectively, 20.0%, 25.0% and 11.0%, $p < 0.001$) (Table 3).

Table 2. Social conditions: income per one family member, living conditions and financial standing by geographical distribution of the study participants, Georgia, 2019

	Entire sample, N = 850	Tbilisi N = 540	Regions N = 310	p-value
<i>Income per one family member</i>				0.029
50-99 GEL	248 (29.2%)	142 (28%)	106 (36%)	
100-199 GEL	330 (38.8%)	210 (41%)	120 (40%)	
>200 GEL	232 (27.3%)	160 (31%)	72 (24%)	
Did not answer	40 (4.7%)	28	12	
<i>Living conditions</i>				0.036
Good	129 (15%)	85 (16%)	44 (14%)	
Satisfactory	571 (67%)	372 (70%)	199 (65%)	
Unsatisfactory	137 (16%)	74 (14%)	63 (21%)	
<i>Financial standing</i>				0.007
Good	54 (6.0%)	37 (6.8%)	17 (5.5%)	
Decent	399 (46.9%)	266 (49.2%)	133 (42.9%)	
Enough for purchasing food	313 (36.8%)	192 (35.5%)	120 (38.7%)	
Not enough for purchasing food	68 (8.0%)	31 (5.7%)	37 (11.9%)	

Note: the table does not include the missed data.

Table3.Satisfaction with quality of medical services and affordability by type of social and healthcare packages, Georgia, 2019

Social/healthcare package	Insurance N = 204	Social assistance N = 911	Not using social services N = 534	p-value
<i>Qualifications of medical personnel</i>				
Satisfactory	83 (42%)	35 (40%)	143 (27%)	<0.001
Unsatisfactory	31 (15%)	24 (28%)	98 (19%)	
Partially satisfactory	85 (43%)	28 (32%)	281 (54%)	
<i>Communication skills of medical personnel</i>				
Highly satisfactory	41 (21%)	21 (25%)	53 (10%)	<0.001
Satisfactory	122 (61%)	45 (54%)	342 (66%)	
Not satisfactory	36 (18%)	18 (21%)	123 (24%)	
<i>Healthcare costs and affordability</i>				
Affordable	35 (18%)	14 (16%)	39 (7.5%)	<0.001
Affordable with co-financing	99 (50%)	37 (42%)	242 (46%)	
Not affordable	63 (32%)	37 (42%)	242 (46%)	
<i>Provision of medical services in a timely manner</i>				
High level	40 (20%)	23 (25%)	58 (11%)	<0.001
Moderate	150 (74%)	56 (62%)	409 (78%)	
Low level	12 (5.9%)	12 (13%)	58 (11%)	
<i>Note: the table does not include the missed data.</i>				

Twenty three percent of the respondents had private insurance and 73% –universal healthcare. In addition, 68% (539) had experience of using medical services through Universal Healthcare program, with 13% using it frequently. 19 % (154) never needed to use Universal Healthcare services, but 10% (82) reported that this program did not help them to cover their healthcare needs. People with private insurance showed significantly higher level of satisfaction with the quality of provided medical service as compared to consumers of Universal Healthcare(24.6% vs. 8.7%, p-value <0.001). (Table 4.)

Table 4. Satisfaction with medical services, Universal healthcare vs. private insurance, Georgia, 2019

	Universal healthcare N = 643	Private insurance N = 1991	p-value
<i>Question: Are you satisfied with the quality of medical services provided?</i>			
Very satisfied	56 (8.7%)	49 (24.6%)	<0.001
Satisfied	268 (41.7%)	86 (43.2%)	
Not satisfied	264 (41.0%)	60 (30.0%)	
Did not answer	55 (8.6 %)	4 (2.2%)	

When asking about health care needs of pensioner household members, it occurred that in about 51%, pensioners visited medical facilities at least twice a year. Access to full package of medical services was shown in only 9% of the pensioners, in 55%, their medical services were partially covered and in 36% they did not have free access to needed medical services.

4. Discussion

The study conducted among 850 participants from the different geographical regions of Georgia assessed social conditions, access to healthcare and satisfaction with the healthcare service quality among Georgian population.

Based on the study findings, the majority of the respondents used Universal Healthcare program packages for their health care needs and persons with private insurance were significantly more likely to be satisfied with medical service quality as compared to those using Universal Healthcare. These results were consistent with the findings of the previous studies conducted in the country when the study participants showed the lowest level of confidence in free healthcare services.

Satisfaction with medical services differed by social and healthcare program packages. Namely, persons with insurance and beneficiaries of social programs were at least partially satisfied with qualifications of medical personnel, while those not using social benefits were less satisfied with professional skills of medical personnel. Communication skills of medical staff were generally acceptable for all categories regardless the type of healthcare package and in most cases, the respondents did not show any serious concerns regarding the timeliness of medical service.

The most negative feelings were expressed towards the costs of medical care: health services either were not affordable or were affordable in case of co-financing by the insurance or state program. The findings were supported with the previous research conducted in Georgia on assessment of quality of outpatient service where, similarly to the current study results, patients' expenses for health services were considered high and the participants assessed cost-related aspects negatively.

The study findings revealed that Georgian population experiences harsh economic problems, having an average income per one family member as low as below 100 Gel in 30% and from 100 to 200 Gel in 38% of the respondents. Despite the above mentioned, most participants described their living conditions as “satisfactory”, however, in most cases, the respondents experienced financial problems and the household income was spent on purchasing adequate food. Economic conditions of pensioners in the country were noteworthy. Minimum amount of pension was considered too low to satisfy their basic living needs.

The study has limitations. The collected data were based on self-report and satisfaction, as a concept, has weakness because its subjectivity and lack of unified understanding which are discussed in scientific literature. However, national and international health consumer indices present both health outcomes and patients’ experience and perceptions (including satisfaction) in the assessment of health care service quality.

In conclusion, the findings demonstrated that, on one hand, the Universal Healthcare program increased the coverage of the population with healthcare service, but on the other hand, level of satisfaction with its medical services was low. Further action is needed to monitor and improve quality of the healthcare services in the country. Poor social and financial conditions of the population, especially pensioners who frequently visit health care facilities, remain challenge and require additional material resources. Further research is needed to develop changes in existing social and healthcare state programs to increase coverage of healthcare needs and improve quality of care.

Conclusion

The study findings demonstrated that Georgian population faces social problems and despite the increased coverage with healthcare services, level of satisfaction with healthcare services, especially Universal Healthcare, remains low. Further research is needed to develop changes in existing social and healthcare state programs to increase coverage of healthcare needs and improve quality of care.

References:

- Materials of reports made at the international scientific-practical conference held at Paata Gugushvili Institute of Economics of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University in 2015.
- Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.* 2009 Apr; 87(4):271-8.
- Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations. *BMJ Qual Safe.* 2012 Jan; 21(1):39-46.
- Deaton A. Income, health, and well-being around the world: evidence from the Gallup World Poll. *J Econ Perspect.* 2008 Spring; 22(2):53-72
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997; 45:1829–43.

Veenhoven R. Developments in satisfaction-research. Soc Indic Res. 1996;37:1-46.

Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2012. Health Consumer Powerhouse 2012. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>. Accessed 28 Jul 2016.