

ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა - ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია?

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, თბილისი, საქართველო. Tengiz.verulava@gmail.com
577284849

რევაზ ჯორბენაძე

მედიცინის დოქტორი, ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის აღმასრულებელი დირექტორი, თბილისი, საქართველო.
revaz.jorbenadze@ecc.ge

თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია? ეკონომიკა და ბიზნესი. 2020; 12 (4).

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გულისხმობს სახელმწიფოს ვალდებულებას მოსახლეობა უზრუნველყოს აუცილებელი სამედიცინო სერვისებით, მიუხედავად მათი გადახდისუნარიანობისა. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სახელმწიფოსგან მოითხოვს ისეთი პოლიტიკის და სამოქმედო გეგმების შემუშავებას, რომლითაც მიიღწევა ყველასათვის ხელმისაწვდომი ჯანდაცვა. ჯანმრთელობის სერვისები არ შეიძლება განიხილებოდეს როგორც მხოლოდ პერსონალური პასუხისმგებლობა, რადგან მისი სოციალურ-ეკონომიკური ბუნების გამო, მასზე მოთხოვნა ხშირად ატარებს არამხოლოდ ინდივიდუალურ, არამედ სოციალურ ხასიათსაც და მოითხოვს მომხმარებელთა სახსრების გაერთიანებას. სამედიცინო ბაზრის ისეთი თავისებურებები - რისკი და გაურკვევლობა, არასრული ინფორმაცია, შეზღუდული კონკურენცია, გარეგანი ეფექტები, საზოგადოებრივი სიკეთის წარმოება, განაპირობებს სამედიცინო ბაზარზე ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს, რაც მოითხოვს სათანადო რეგულირების მექანიზმების შემუშავებას. ევროპის ქვეყნებში, სადაც ინდივიდის ფინანსური წვლილი ჯანდაცვაში არ არის დამოკიდებულია მისი ჯანმრთელობის რისკზე, მოქმედებს

უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც ფარავს მთელ მოსახლეობას. ადამიანი უმაღლესი სოციალური ერთეულია, რომლისთვისაც, ჯანმრთელობის დაცვა უფლებად და არა პრივილეგიად განიხილება არამხოლოდ ჰუმანისტური და ეთიკური მიზეზებით, არამედ პრაგმატული, უტილიტარული მიდგომების გამოც, რადგან უნივერსალური ხელმისაწვდომობას სარგებელი მოაქვს როგორც ინდივიდისათვის, ასევე საზოგადოებისთვისაც, რადგან უზრუნველყოფს სამუშაო ძალის პროდუქტიულობის ზრდას.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა, ადამიანის უფლება, ჯანდაცვის უფლება, უნივერსალური ჯანდაცვა

შესავალი

ადამიანის უფლება ნიშნავს, რომ იგი იურიდიულად გარანტირებულია სამართლებრივი ნორმებით და მას იცავს ისეთი ქმედებებისაგან, რაც არღვევს მის თავისუფლებას და ღირსებას (United Nations, 1999). ადამიანის უფლებები უნივერსალურია. საერთაშორისო საზოგადოება ადამიანის უფლებებს უნდა განიხილავდეს გლობალურად, სამართლიან და თანასწორ საფუძველზე. მიუხედავად იმისა, რომ გასათვალისწინებელია ეროვნული თავისებურებები, სახელმწიფო პასუხისმგებელია დაიცვას ადამიანის უფლებები (United Nations, 1993).

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, საერთაშორისო საზოგადოებამ მიიღო ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია (1948). 1966 წელს მიღებულ იქნა საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ და საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო პაქტები სავალდებულოა სახელმწიფოებისათვის, რომლებმაც მისი რატიფიცირება მოახდინეს.

უფლებები ორი კატეგორიისაა: ინდივიდუალური თავისუფლებები და მოსახლეობაზე დაფუძნებული უფლებამოსილებები. ეს უკანასკნელი მოითხოვს, რომ მთავრობამ გამოყოს სათანადო თანხები მომსახურებებისათვის ან დაავალოს ორგანიზაციებს მომსახურების გადახდა, მაგალითად, განათლების ან ჯანმრთელობის დაცვის უფლება (Bodenheimer, 2005).

ერთმანეთისაგან უნდა განვასხვავოთ ჯანმრთელობის უფლება და ჯანმრთელობის დაცვის უფლება. ჯანმრთელობა არის ინკლუზიური, ყოვლისმომცველი უფლება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ უამრავ დეტერმინანტს, როგორიცაა სასმელი წყალი, სათანადო სანიტარული და საცხოვრებელი პირობები, ჯანსაღი სამუშაო და გარემო პირობები (San Giorgi, 2012). მაგალითად, ჯანმრთელობის უფლება გულისხმობს ეკონომიკური უთანასწორობის აღმოფხვრას, რადგან პირადი შემოსავალი ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი დეტერმინანტია (Isaacs and Schroeder, 2004).

ბევრი საერთაშორისო დოკუმენტი, როგორიცაა - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია (1946), ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია (1948), ალმა-ათის დეკლარაცია (1978) განიხილავს ჯანმრთელობას, როგორც სრულ ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას და არამხოლოდ დაავადების არარსებობას, რაც ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა და რომ ჯანმრთელობის მაქსიმალური დონის მიღწევა, მსოფლიო მასშტაბით ყველაზე მნიშვნელოვანი სოციალური მიზანია, რომლის რეალიზაციაც ჯანდაცვის სექტორის გარდა მოითხოვს სხვა მრავალი სოციალური და ეკონომიკური სექტორების ქმედებებს (WHO, 1948; WHO, 1978).

მსოფლიოს 109 ქვეყანა ქვეყანა აღიარებს ჯანდაცვას როგორც ფუნდამენტურ უფლებას, რაც მათსავე ეროვნულ კონსტიტუციებშია დაცული (Kinney, 2001; Curran, 1989). რომის პაპმა იოანე XXIII, 1963 წელს გამოქვეყნებულ ენციკლიკში „Pacem in Terris“ (მშვიდობა დედამიწაზე) მკაფიოდ მოსაზრება, რომ ჯანმრთელობის დაცვა უფლებაა და არა პრივილეგია (Pope John XXIII, 1963).

ჯანმრთელობის უფლება მოითხოვს გაცილებით ფართო გარანტიას, ვიდრე ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, რადგან ჯანმრთელობის დაცვა ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი მხოლოდ ერთი ფაქტორია. წინამდებარე სტატიაში განვიხილავთ ჯანდაცვის უფლებას.

ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ფილოსოფიური ასპექტები

საინტერესოა საკითხის - ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა ადამიანის უფლებაა თუ პრივილეგია - განხილვა, ფილოსოფიური ასპექტით.

ბერძენი ფილოსოფოსის *არისტოტელეს* (ძვ.წ. 384-322) მტკიცებით, ყველაფერს, რაც ცოცხალია, აქვს სული (Aristotle, 1995). სული სიცოცხლის მომცემი ძალაა და პასუხისმგებელია ყველა ცოცხალის განვითარებაზე. სული გადის სრულქმნის, სრულყოფის გზას, რომლის მისაღწევად საჭიროა მისი ზრდა. სული ვერ გაიზრდება თავისთავად, საკუთარი ძალებით. მისი განვითარებისათვის აუცილებელია როგორც ადამიანის, ასევე მთელი საზოგადოების ძალისხმევა (Talyor, 1955).

არისტოტელეს მიხედვით, კაცობრიობა ვერ იქნება უკეთესი, თუ ადამიანი არსებობს მხოლოდ თავისთავად, საკუთარი ძალებით და მასზე არ ზრუნავს საზოგადოებრივი მექანიზმები. იგივე შეიძლება ითქვას ადამიანის ჯანმრთელობაზეც, რომელიც ვერ მიიღწევა მხოლოდ თავისთავად, საკუთარი ძალებით. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის აუცილებელია საზოგადოების ძალისხმევა.

თომას ჰობსი (1588-1679) თავის ნაწარმოებში - „ლევიათანი“, წარმოგვიდგენს „ბუნებით უფლებას“ (jus naturales) და „ბუნებით კანონს“ (lex naturalis). „ბუნებითი უფლება არის ადამიანის თავისუფლება, გამოიყენოს საკუთარი ძალა ისე, როგორც სურს, საკუთარი სიცოცხლის შესანარჩუნებლად და, შესაბამისად, მოიმოქმედოს ნებისმიერი რამ, რაც მისი აზრით, ამ მიზნის მიღწევის საუკეთესო გზაა“ (ჰობსი, 2014).

ბუნებითი უფლებისაგან განსხვავებით, „ბუნებითი კანონი“, ანუ გონება ადამიანს საშუალებას აძლევს გაერკვეს თუ რა უნდა გაკეთდეს სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. როდესაც ადამიანებს აქვთ თავისუფლება „აკეთონ ის, რაც მოესურვებათ, ყველანი ერთმანეთთან ომის მდგომარეობაში არიან“ (ჰობსი, 2014). ბუნების კანონი მოითხოვს თითოეულმა ჩვენგანმა დათმოს თავისი უფლება, უარი თქვას თავისუფლებაზე და ამით მეტი თავისუფლება მისცეს სხვა ადამიანებს. ამ დათმობით ადამიანები ფიქრობენ, რომ სხვებსაც იგივე კეთილგანწყობა ექნებათ მათ მიმართ და ისინიც დათმობენ თავისუფლებას. როდესაც ადამიანი თმობს თავისუფლებას ან რაიმე უფლებას სხვას გადასცემს, „ის ამას აკეთებს იმის გამო, რომ თავად იღებს ტოლფას უფლებებს... უფლების დათმობის ან გადაცემის მოტივი

და მიზანი სხვა არაფერია, თუ არა ადამიანის პიროვნული უსაფრთხოება იმ თვალსაზრისით, რომ მას ჰქონდეს საშუალება, დაიცვას თავისი სიცოცხლე“ (ჰობსი, 2014).

"ვალდებულება" იქმნება „ბუნებითი უფლების უარყოფით“. „ბუნებითი უფლება“ ადამიანისგან არ მოითხოვს ვალდებულებებს. ბუნებით მდგომარეობაში ყველა თავის თავსაა მინდობილი და ადამიანს შეუძლია მოიმოქმედოს ყველაფერი, რაც მის ინტერესებს შეესაბამება. „ბუნებითი უფლების“ უარყოფით საზოგადოების ყველა წევრი ვალდებულებას კისრულობს ერთმანეთის წინაშე, რომ ექნებათ მშვიდობიანი თანაარსებობა და ამით უზრუნველყონ ერთმანეთის უსაფრთხოება. როდესაც ადამიანები უარს ამბობენ „ბუნებით უფლებაზე“ ან მას გადასცემენ სხვას, წარმოიქმნება ხელშეკრულება ან შეთანხმება. „ბუნებითი უფლებიდან“ „ბუნებით კანონზე“ გადასვლა ხდება საზოგადოებრივი ხელშეკრულების სახით: ადამიანები თანხმდებიან კანონს დაემორჩილონ, რადგან ალტერნატივა საყოველთაო ომის მდგომარეობაა.

ჰობსის კონცეფციას თუ განვიხილავთ ჯანმრთელობასთან მიმართებით, უსაფრთხო ცხოვრებისათვის ადამიანები სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის "უფლებას" გადასცემენ საზოგადოებას, რომელშიც ყველა წევრი ურთიერთთანამშრომლობის პირობას დებს. ანუ, საზოგადოება თანხმდება, რომ ჯანმრთელობის დაცვა არის უფლება და ის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის.

ამერიკელი პუბლიცისტი *თომას პეინი* (1737-1809) ერთმანეთისაგან განასხვავებს ბუნებრივსა (natural rights) და სამოქალაქო უფლებებს (civil rights) (Paine, 1999). ბუნებრივი უფლებები ადამიანს თავისი არსებობის ძალით ეკუთვნის (რწმენის თავისუფლება, აზრის გამოხატვის უფლება, ბედნიერებისაკენ სწრაფვა...), ხოლო სამოქალაქო უფლებები ადამიანს აქვს იმდენად, რამდენადაც იგი საზოგადოების წევრია. სამოქალაქო უფლებები საზოგადოების მიერაა გარანტირებული. მათი სრულყოფილად განხორციელება საზოგადოების დახმარების გარეშე ინდივიდს არ შეუძლია.

სამოქალაქო უფლებები წარმოიშვა ბუნებრივი უფლებებიდან. ადამიანს მარტო არ შეუძლია უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. კოლექტიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა გადაეცემა სახელმწიფოს. სამოქალაქო ძალაუფლება არ უნდა გამოიყენებოდეს ინდივიდთა ბუნებრივი უფლებების დასათრგუნად. ადამიანის უფლება სხვა ადამიანის უფლებასაც გულისხმობს, რომელთა დაცვის ვალდებულებაც ამ ადამიანს აკისრია.

ამგვარად, ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა განიხილება როგორც ადამიანის პიროვნული, ასევე ეროვნული უსაფრთხოების საკითხი. თანამედროვე საზოგადოებაში ყველა ადამიანი საკუთარ ბუნებრივ უფლებებს გადასცემს სახელმწიფოს, რითაც იქმნება კოლექტიური უსაფრთხოების კაპიტალი. საერთო კეთილდღეობიდან ყოველ ადამიანს აქვს უსაფრთხოება და სარგებელი, ისევე როგორც ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობაზე უფლება (Paine, 1999).

ჰანა არენდტის (1906-1975) ნაშრომის „ადამიანური მდგომარეობა“ (1958), მიხედვით, ადამიანებმა ერთმანეთთან მიაღწიეს შეთანხმებას საერთო კეთილდღეობაზე და გადასცეს თავისი ბუნებრივი უფლებები სახელმწიფოს მათი კოლექტიური უსაფრთხოებისათვის (Arendt, 1958). ადამიანები, გარდა იმისა, რომ თანასწორნი არიან, განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. ადამიანები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან სიტყვითა (თუ რას ამბობენ) და ქმედებებით (რა ინიციატივით გამოდიან). ზოგი ადამიანი საკუთარი სიტყვით უკეთესად ცნობადი ხდება, ზოგი კი თავისი ქმედებით უფრო მდიდარი ხდება. ადამიანებს შორის ასეთი მრავალფეროვნება წარმოშობს "განსხვავებულობას", მაგრამ იგი არ ცვლის თანასწორობას. ადამიანები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან სიმაღლის, წონის, ეთნიკურობის, შემოსავლების, სქესის, ასაკის ან რელიგიის მიხედვით. მათ აქვთ გამორჩეული თვისებები და ინდივიდუალური ადგილი სამყაროში, მაგრამ ისინი ყველა თანასწორია. ადამიანებს საკუთარი წვლილი შეაქვთ საზოგადოების განვითარებაში. ამ საჯარო სივრცეში, სადაც კანონის უზენაესობაა, ადამიანები თანაარსებობენ, ისინი ერთმანეთთან ურთიერთქმედებენ სიტყვებითა და ქმედებებით, რითაც სურთ საკუთარი თავი ჩაწერონ საზოგადოებაში.

მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს სამედიცინო მომსახურების განსხვავებული საჭიროება აქვთ. ღარიბებს და ხანდაზმულებს, როგორც წესი, უფრო მეტად სჭირდებათ სამედიცინო მომსახურება. ამ განსხვავებულობის შედეგად წარმოქმნილი სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის პრობლემის აღმოსაფხვრელად საჭიროა ადამიანთა გაერთიანებული ძალისხმევა, სოლიდარობა. „ადამიანისათვის სამყაროს რეალობა გარანტირებულია სხვათა არსებობით“.

ჯონ როულზმა (1921-2002) თავის წიგნში "სამართლიანობის თეორია" (1971), განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმო ჯანმრთელობის ყველასათვის ხელმისაწვდომობას. როულზის მიერ შემუშავებული სოციალური სამართლიანობის არგუმენტის მიხედვით, ჯანმრთელობის დაცვა არის უფლება, რადგან (1) ის ხელს უწყობს შესაძლებლობების თანასწორობას და დიდი სარგებლობა მოაქვს საზოგადოების ყველაზე ნაკლებად უზრუნველყოფილი წევრებისათვის; და (2) უტილიტარული თვალსაზრისით, გარანტირებული სამედიცინო მომსახურება ზრდის ადამიანთა მეტი რაოდენობის კეთილდღეობას.

ნორმან დენიელსმა, ჯონ როულზის პრინციპებზე დაყრდნობით მოგვცა უნივერსალური ჯანდაცვის დასაბუთება. ჯონ როულზი მიიჩნევს, რომ თითოეულ ადამიანს აქვს ხელშეუხებლობის უფლება (ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის დაცვა, სიცოცხლის უფლება, პირადი ცხოვრების უფლება...), რაც ეფუძნება სამართლიანობას. ამიტომ, სამართლიან საზოგადოებაში მართლმსაჯულების მიერ უზრუნველყოფილი უფლებები არ ექვემდებარება პოლიტიკურ გარიგებებს.

ჯანმრთელობის უფლება და მისი კრიტერიუმები

ჯანმრთელობის უფლება არ ნიშნავს ჯანმრთელად ყოფნის უფლებას და იმას, რომ ღარიბი ქვეყნის მთავრობები ვალდებული არიან შექმნან მაღალტექნოლოგიური ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები, რომლისთვისაც მათ არ აქვთ სათანადო რესურსები. თუმცა, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სახელმწიფოსგან მოითხოვს ისეთი პოლიტიკის და სამოქმედო

გეგმების შემუშავებას, რითაც მიიღწევა ყველასათვის ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობის დაცვა.

ჯანმრთელობის დაცვა, როგორც უფლება, არ ნიშნავს "უფასო" მომსახურებას ან სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ მომსახურებების ქველმოქმედების სახით მიწოდებას ან სახელმწიფოს მიერ აბსოლუტურად ყველა სერვისის უზრუნველყოფას. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ვალდებულია ყველაფერი გააკეთოს იმისათვის, რათა მოსახლეობა უზრუნველყოს აუცილებელი სამედიცინო სერვისებით, მიუხედავად მათი გადახდისუნარიანობისა.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ფასდება ოთხი კრიტერიუმის მიხედვით.

- როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო ორგანიზაციების, ასევე საქონელთა და მომსახურებათა უნდა იყოს **საკმარისი**;
- სამედიცინო ორგანიზაციები, საქონელი და მომსახურება უნდა იყოს **ხელმისაწვდომი** ყველასათვის ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე. ხელმისაწვდომობა ფასდება ოთხი კრიტერიუმით: არადისკრიმინაციულობა, ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, ეკონომიკური ხელმისაწვდომობა, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა;
- ყველა სამედიცინო ორგანიზაცია, საქონელი და მომსახურება უნდა **შეესაბამებოდეს** სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს, ითვალისწინებდეს კულტურულ თავისებურებებს, გენდერულ და ასაკობრივ მოთხოვნებს, კონფიდენციალურობას;
- სამედიცინო ორგანიზაციები, საქონელი და მომსახურება უნდა იყოს **სათანადო ხარისხის**.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან მიმართებით ორი მიდგომა არსებობს: ერთი ნაწილი მხარს უჭერს ჯანმრთელობის დაცვას, როგორც ადამიანის უფლებას, რადგან ჯანდაცვა ადამიანის აუცილებლობაა. მეორე ნაწილი წინააღმდეგია და თვლის, რომ ჯანმრთელობის დაცვა მომსახურების ერთ-ერთი სახეა და მისი მიწოდება ბაზარსაც შეუძლია.

ჯანმრთელობის სერვისები ორი სახისაა - ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი. შესაბამისად, ის არ შეიძლება განიხილებოდეს როგორც მხოლოდ ინდივიდუალური ან მხოლოდ საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობა. ჯანმრთელობის სერვისები არის როგორც პერსონალური, ასევე საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობა (ვერულავა, 2016).

ბაზარი მხოლოდ მაშინ შეიძლება იყოს ეფექტიანი როდესაც რესურსების განაწილება ეფუძნება გადახდისუნარიანობას და არა სამართლიანობის პრინციპს. ბაზარი თავისი არსით არასამართლიანია. ბაზარი ეფექტიანად განსაზღვრავს თუ ვინ უნდა მართოს საწარმოები, ვინ იმგზავროს ავტომანქანით, ავტობუსით ან ველოსიპედით, ვის შეუძლია შეიძინოს ძვირადღირებული ავტომანქანა, მაგრამ ნაკლებად ითვისოს ადამიანის ისეთ აუცილებელ საჭიროებას, როგორიცაა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება. ბევრი სხვა საქონლისა და სერვისისგან განსხვავებით, მოთხოვნისა და მიწოდების კანონი კარგად არ ფუნქციონირებს სამედიცინო ბაზარზე (Vladeck, 2014).

სამედიცინო ბაზარზე საბაზრო ძალების გავლენა სერვისების მოცულობაზე, მათ ფასსა და ხარისხზე არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრებისგან. სამედიცინო ბაზრის ასეთი განსხვავება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობით, კერძოდ, მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე ხშირად ატარებს არამხოლოდ ინდივიდუალურ, არამედ სოციალურ ხასიათსაც („საზოგადოებრივი სიკეთეები” სამედიცინო ბაზარზე) და მოითხოვს ცალკეულ მომხმარებელთა სახსრების გაერთიანებას (ვერულავა, 2017). ასეთ სიტუაციებს, სადაც ბაზარს არ შეუძლია რესურსების ეფექტიანი განაწილება, უწოდებენ ბაზრის ჩავარდნას. ბაზრის ძირითადი ჩავარდნებია: რისკები და გაურკვევლობა, არასრული ინფორმაცია (ინფორმაციის ასიმეტრია), საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია, გარეგანი ეფექტები, საზოგადოებრივი სიკეთის წარმოება. ჯანდაცვის სექტორის ეს სპეციფიკა განაპირობებს სამედიცინო ბაზარზე ეკონომიკური ურთიერთობების

განსაკუთრებულ ფორმებს, რაც მოითხოვს სათანადო რეგულირების მექანიზმების შემუშავებას.

ევროპის ქვეყნებსა და კანადაში ჯანდაცვა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი სერვისი, რომლის უზრუნველყოფა საზოგადოებრივი სექტორის პასუხისმგებლობაა და არ არის დამოკიდებული ინდივიდუალურ შემოსავლებზე. ამ ქვეყნებში მოქმედებს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი. მთელი მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომია სამედიცინო მომსახურების არამხოლოდ სასიცოცხლოდ აუცილებელი სახეები, არამედ აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვა და ჰოსპიტალური სერვისები. ჯანდაცვის სერვისებზე ყველასათვის ხელმისაწვდომობის უფლება ხელს უწყობს მათ შორის სოლიდარობას და მიიჩნევა სახელმწიფოებრიობის მნიშვნელოვან ქვაკუთხედად. ამ მიზნით ჯანდაცვის დაფინანსება მთლიანად გამოყოფილია აქტუარული პრინციპებისგან. ინდივიდის ფინანსური შენატანები ჯანდაცვაში არ არის დამოკიდებული მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ანუ რისკზე.

ჯანმრთელობა ადამიანის ძირითად უფლებად განიხილება არამხოლოდ ჰუმანისტური და ეთიკური მიზეზებით, არამედ პრაგმატული, უტილიტარული მიდგომების გამოც (ვერულავა, 2019). უნივერსალური ხელმისაწვდომობას სარგებელი მოაქვს როგორც ინდივიდისათვის, ასევე საზოგადოებისთვისაც, რადგან უზრუნველყოფს სამუშაო ძალის პროდუქტიულობის ზრდას.

მრავალი განვითარებული ქვეყნისგან განსხვავებით, აშშ-ში ჯანდაცვა არ განიხილება როგორც უფლება ან კონსტიტუციური პრინციპი, იქ არ არსებობს საკონსტიტუციო ან საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის უფლებას. აშშ-ში არსებობს სოციალური დაცვის შერჩევითი (სელექციური) სისტემა. ის ეფუძნება მოსახლეობის საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის მხოლოდ იმ ნაწილის მოცვას, ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო უფრო საჭიროებს სერვისებს (ვერულავა, 2017).

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა ასახავს ამერიკული სოციალურ-ეკონომიკური მოდელის, იდეოლოგიის და ტრადიციების თავისებურებებს. XIX საუკუნის

პირველ ნახევარში ფრანგი პოლიტოლოგი და ისტორიკოსი ალექსის დე ტოკვილი იყო პირველი, რომელმაც ხაზი გაუსვა ამერიკის ექსკლუზიურობას და უნიკალურობას. „ამერიკელთა მდგომარეობა სრულიად განსაკუთრებულია, და შეიძლება ითქვას, რომ არცერთი სხვა დემოკრატიული ხალხი ვერასოდეს მიაღწევს მსგავსს“ (Tocqueville, 2000). ინდივიდუალიზმისა და ანტისტატიზმის პრინციპები მყარად დამკვიდრდა ამერიკულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში (ვერულავა, 2018). ინდივიდუალური უფლებების აღიარებამ ხელი შეუშალა სოციალური უფლებების განვითარებას, რადგან სახელმწიფოს ჩარევები ხშირად აღიქმებოდა როგორც თავისუფლების უფლების დაბრკოლება. თუ ევროპულ ქვეყნებში სოციალური პოლიტიკის შემუშავებისას ყოველთვის დომინირებდა თანასწორობის, სოციალური დაცულობის და საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპები, აშშ-ში ასეთი რამ მიუღებელი აღმოჩნდა მოქალაქეთა გარკვეული ნაწილისთვის. მათი აზრით, ადამიანი პასუხისმგებელია საკუთარ ბედსა და ქმედებებზე, ხოლო პასუხისმგებლობის სახელმწიფოსთვის გადაცემის იდეა დიდი მხარდაჭერით არ სარგებლობს. აშშ-ში ჯანდაცვის სფერო განიხილება არა როგორც სახელმწიფოს ყველაზე მნიშვნელოვანი სოციალურ ფუნქცია, არამედ როგორც სერვისი, რომელიც სხვა სერვისების მსგავსად იყიდება სამედიცინო ბაზარზე. თუმცა, საზოგადოებრივი აზრის კვლევების მიხედვით, აშშ-ში გამოკითხულთა 65–86% მხარს უჭერს, რომ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა უნდა იყოს უფლება (Community Voices, 2004).

ჯანდაცვაზე ხარჯების ყოველწლიური ზრდის მიუხედავად, აშშ-ში დგას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა (Squires and Anderson, 2015). თვით ისეთი სახელმწიფო პროგრამაც კი, როგორიცაა „მედიკა“, რომელიც მაღალი სამედიცინო რისკის მქონე საპენსიო ასაკის და შეზღუდული შესაძლებლობების მოსახლეობას მოიცავს, მოითხოვს პაციენტების მხრიდან მნიშვნელოვანი ხარჯების გაზიარებას ე.წ. თანაგადახდებს (ვერულავა, 2016). აღნიშნულის გამო, ჯანდაცვის ხარჯების დაახლოებით ნახევარის გადახდა თავად დაზღვეულებს უწევთ, რაც მძიმე ტვირთად აწვებათ. 2018 წლის მონაცემებით აშშ-ში დაუზღვეველთა რაოდენობა შეადგენს 11%-ს (30 მლნ ადამიანი). გარდა ამისა,

არიან ე.წ. არასაკმარისი დაზღვევის ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ თავიანთი შემოსავლის 10%-ს ან მეტს ხარჯავენ საკუთარი ჯიბიდან სამედიცინო ხარჯებზე. არასაკმარისი დაზღვევის მქონე ადამიანთა რაოდენობა შეადგენს 29 მლნ-ს (Barnett et al. 2015). აშშ-საგან განსხვავებით, სხვა განვითარებულ ქვეყნებში მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ვრცელდება უნივერსალური მოცვა გაცილებით დაბალი ხარჯებით (Davis et al. 2014). ბავშვთა სიკვდილიანობა და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა აშშ-ში მნიშვნელოვნად ჩამორჩება განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებლებს (Squires et al. 2015).

მიუხედავად აღნიშნულისა, აშშ-ში ჯანმრთელობის დაცვის უფლება არ არის რადიკალური კონცეფცია. ამის დასტურია „მედიქას“ და „მედიქეიდის“ სახელმწიფო პროგრამები, ასევე, ომის ვეტერანთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, რომლებითაც ჯანმრთელობის დაცვა განიხილება როგორც უფლება. თუმცა, აშშ-ში სახელმწიფო არ არის ვალდებული მისი ყველა მოქალაქე უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვით.

ჯანდაცვის უფლების უზრუნველყოფა მოითხოვს დიდ საინვესტიციო რესურსებს. საყოველთაო ჯანდაცვის მიზნების მისაღწევად გამოიყენება დაფინანსების სხვადასხვა მექანიზმი, კერძოდ, სოციალური დაზღვევის მოდელი (ბისმარკის მოდელი) და გადასახადებზე დაფუძნებული მოდელი (ბევერიჯის მოდელი).

სოციალური დაზღვევა პირველად შემოღებულ იქნა 1883 წელს გერმანიაში. დასაქმებულები და დამქირავებლები ვალდებულნი არიან სოციალური დაზღვევის შენატანები გადაიხადონ საავადმყოფოთა საღაროებში. გერმანული მოდელი ასახავს სახელმწიფოს ფედერალურ ორგანიზაციას და ეფუძნება უფლებამოსილების მკაფიო დეცენტრალიზაციას. ფედერალური ორგანოები განსაზღვრავენ ინსტიტუციონალურ მოდელს და სახელმძღვანელო პრინციპებს, მხარეები ფლობენ რეზიდუალურ საკანონმდებლო უფლებამოსილებას, ხოლო რაიონული ინსტიტუტები ახორციელებენ იურიდიულ ზედამხედველობას ჯანდაცვის ადგილობრივ სტრუქტურებზე. საყოველთაო ჯანდაცვის მიუხედავად, დაფინანსებაზე არ არის სახელმწიფო მონოპოლია, კერძოდ, საავადმყოფო

სალოაროები (Kranken kassen) და რეგიონული დაავადებების ფონდები წარმოადგენს საზოგადოებრივ და არა სამთავრობო ინსტიტუციებს. სახელმწიფო ადგენს სამედიცინო მომსახურების ბაზისურ პაკეტს. სოციალური დაზღვევის ფონდებს დაწესებული აქვთ სხვადასხვა სადაზღვევო პრემია, რაც გამოითვლება შემოსავლის მიხედვით და ერთობლივად ფინანსდება დამქირავებლებისა და დაქირავებულების მიერ. მიუხედავად აღნიშნულისა, კერძო სექტორი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში. დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში შემოღებულ იქნა სოციალური დაზღვევის სისტემა. სოციალური სადაზღვევო შენატანების გარდა, ჯანდაცვის დასაფინანსებლად გამოიყენება ზოგადი გადასახადები, რაც სამთავრობო ფონდებში აკუმულირდება.

დასკვნა

ამგვარად, ადამიანები სოციალურად ღირებული ერთეულებია, რომლებსაც მორალის ძალის მეშვეობით როგორც ერთმანეთს შორის, ასევე სახელმწიფოსთან იმპლიციტურად დადებული აქვთ შეთანხმებები. ბუნებითი უფლებების მეშვეობით, ჩვენ ვიცავთ საკუთარ ინდივიდუალობას, და ასევე მათ, ვისაც ერთობლივად გადავცემთ საერთო სიკეთეს. ბუნებითი კანონებითა და ბუნებითი უფლებებით, ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა ადამიანებისათვის არის უფლება და არა პრივილეგია.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია კონკრეტული ქვეყნის სოციალურ სტრუქტურაზე, სახელმწიფოს პოლიტიკასა და ეროვნულ კულტურაზე. მდიდარ ქვეყნებში ადამიანების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მაღალია. ამასთან, მოსახლეობის ჯანმრთელობა დამოკიდებულია არამხოლოდ ქვეყნის ეკონომიკაზე, არამედ სიმდიდრის განაწილებაზეც. რაც უფრო მეტია სახელმწიფოს ინვესტიციები ჯანდაცვაში, მით მაღალია ჯანმრთელობის მაჩვენებლები. მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებში ჯანდაცვის უთანასწორობის პრობლემა გადაწყვეტილ უნდა იქნეს ეკონომიკური უთანასწორობის კორექტირებით. ჯანდაცვის რეფორმირებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს არამარტო სამედიცინო სერვისების მიწოდებაზე, არამედ ჯანდაცვის

ხელმისაწვდომობაზეც მთელი მოსახლეობისათვის. ამგვარად, სახელმწიფო პოლიტიკას უდიდესი როლი ეკისრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამაღლებაზე.

ჯანდაცვის სისტემა ისე უნდა იყოს მოწყობილი, რომ მისთვის მთავარი იყოს პაციენტის კეთილდღეობა. ჯანდაცვის ყოველი სისტემა მოსახლეობას უნდა აძლევდეს ხელმისაწვდომობის გარანტიას, უნდა იცავდეს ჯანდაცვის კატასტროფული ხარჯებისაგან. ყველა მოქალაქეს უნდა ჰქონდეს მაღალხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა. ჯანმრთელობას სარგებელი მოაქვს როგორც ადამიანის, ასევე საზოგადოებისათვის, საერთოდ ქვეყნის კეთილდღეობისათვის. ჯანმრთელობა ადამიანის პროდუქტიულობის განმაპირობებელი ფაქტორია. რაც უფრო ჯანმრთელია ადამიანი, მით უფრო შრომისუნარიანია იგი. ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს ცოდნის ათვისებას, წავლის უნარების განვითარებას, შემოქმედებითობას, კრეატიულობას. ჯანმრთელი და განათლებული მუშაკები უფრო ადვილად რეაგირებენ ტექნოლოგიურ და ინოვაციურ პროცესებზე, რაც რეფორმების წარმატებით განხორციელების განმსაზღვრელი ფაქტორია. ამგვარად, ადამიანის ჯანმრთელობა ხელს უწყობს ეკონომიკის ამაღლებას, რადგან ზრდის შრომისუნარიან მოსახლეობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. გაეროს გენერალური ასამბლეა, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი (16 დეკემბერი, 1966 წ, ძალაში შევიდა 1976 წლის 3 იანვარს.
2. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.
3. ვერულავა, თ. სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2017;10 (4):73-90.
4. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში ინდივიდუალიზმი და უნივერსალიზმი. ეკონომისტი. 2017; XIII (4):142-154.
5. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის თავისებურებები აშშ-ში. ამერიკის შესწავლის საკითხები VII. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის

- თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ამერიკისმცოდნეობის ინსტიტუტი. 2018; 7: 331-337.
6. ვერულავა, თ. ჯანმრთელობის კაპიტალი - ეკონომიკის მდგრადი განვითარების ფაქტორი. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2019; 11 (1).
 7. ჰობსი, თ. ლევიათანი. წიგნში „შესავალი თანამედროვე აზროვნებაში“. წიგნი I. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი, 2014.
 8. Arendt, H. The Human Condition Chicago: University of Chicago Press; 1958.
 9. Aristotle. The Soul. Edited by: Smith JA. Whitefish: Kessinger Publishing; 2005.
 10. Barnett JC, Vornovitsky MS, Davis KE, et al. Health insurance coverage in the United States: 2015. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p60-257.pdf>. Published September 2016.
 11. Bodenheimer T. The Political Divide In Health Care: A Liberal Perspective, Health Affairs, 24, no.6 (2005):1426-1435
 12. Community Voices. Nation's Health Care System Ill, Survey Finds. 13 January 2004, www.communityvoices.org/Article.aspx?ID=298.
 13. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization. 1948.
 14. Davis, K, Stremikis, K, Squires, D, et al. Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror> Published June 16, 2014.
 15. Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff. Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations Staff College Project. 1999.
 16. Isaacs, S.L., Schroeder, S.A. Class - the Ignored Determinant of the Nation's Health. New England Journal of Medicine, 351, no. 11 (2004): 1137–1142;
 17. Kinney, D. The International Human Right to Health: What does This Mean for Our Nation And World ? Indiana Law Review, Vol. 34, page 1465, 2001.
 18. Pacem in Terris. Encyclical of Pope John XXIII on Establishing Universal Peace in Truth, Justice, Charity, and Liberty. April 11, 1963. Libreria Editrice Vaticana.
 19. Paine, T. Rights of Man. In Rights of Man Mineola: Dover Publications; 1999:7-64.
 20. Rawls, J. A Theory of Justice Cambridge: Harvard University Press; 1999.
 21. San Giorgi, M. The Human Right to Equal Access to Health Care. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam. 2012. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/32474>
 22. Squires, D, Anderson C. U.S. health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. The commonwealth fund, 2015. <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-healthcare-from-a-global-perspective>.
 23. Talyor, AE. Aristotle Toronto: Dover Publications; 1955.
 24. Tocqueville, A. Democracy in America. Chicago: University of Chicago Press; 2000.

25. Verulava, T., Jorbenadze, R., Dagadze, B., Eliava, E. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018.
26. Verulava, T., Gabuldani, M. Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). *Gazi Medical Journal*, 2015; 26 (2): 42-45.
27. Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993. The World Conference on Human Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations.
28. Vladeck BC. Paradigm lost: provider concentration and the failure of market theory. *Health Aff.* 2014;33:1083–1087.
29. World Health Organization. Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978

Healthcare access: fundamental right or a privilege?

Tengiz Verulava

Doctor of Medicine, Professor of Caucasus University, Associated Professor of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia. Tengiz.verulava@gmail.com
577284849

Revaz Jorbenadze

G. Chapidze Emergency Cardiology Center, Tbilisi, Georgia. revaz.jorbenadze@ecc.ge

Understanding health as a human right creates a legal obligation on government to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality. Health and health care can not be considered only as a personal responsibility, because due to its socio-economic nature, the demand for it is often not only individual, but also social ("public goods" in the medical market) and requires the consolidation of consumers funds. Peculiarities of the medical market, such as risks and uncertainty, incomplete information, limited competition, external effects, production of public good, lead to special forms of economic relations in the medical market, which require the development of appropriate regulatory mechanisms. In European countries, where financing of health care is completely divorced from actuarial principles, the individual's financial contribution to health does not depend on his or her health risk. Consequently, there is a universal

healthcare principle that covers the entire population, where every citizen has the right of access to health services, which promotes solidarity between them.

Employment, education and income are important factors influencing access to medical care. Some people have low access to health services due to various factors. The question arises as to whether the intervention necessary to assist them in obtaining such access should be considered a privilege, or a right. Viewing health care as a human service is not only done for humanistic and ethical reasons; it may also be done for pragmatic reasons. Other countries provide health care as a basic human right for utilitarian reasons. That is, universal access is provided not only because it benefits the individual but because it benefits the society by helping to ensure a productive workforce and promotes solidarity among its citizens. Thus, it has been determined by natural laws, and natural rights that human beings have the right, not the privilege, to healthcare access.

Keywords: *healthcare, human rights, universal healthcare.*